



Die Redaktion von BDI aktuell freut sich über jeden Leserbrief. Bitte richten Sie Ihre Leserbriefe an bd-aktuell@thieme.de oder schreiben Sie an den Berufsverband Deutscher Internisten e.V., Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden.

Leserbrief

„Der Tarifabschluss und seine Folgen – Wer ist Oberarzt?“

von Hans-Friedrich Spies, in BDI aktuell 10/07

Sehr geehrter Herr Kollege Wesiack,

seit über 30 Jahren bin ich Mitglied des BDI, habe aber nach Lesen Ihres Artikels das Gefühl, als ein im Krankenhaus angestellter Internist nicht dazuzugehören.

Die Kriterien, die vor dem von Ihnen kommentierten Tarifabschluss einen Internisten zum Oberarzt befähigten und worauf auch der zwischen Internisten und Arbeitgeber geschlossene Arbeitsvertrag beruhte, waren vielfältig: die soziale Kompetenz im Umgang mit Mitarbeitern und Patienten, fachliche Aufsicht der Assistenz- und Fachärzte, fachliche Weisungen an diese Ärzte, Leitung der Visiten, Bereichsverantwortung (was sich auf bestimmte Stationen, Ambulanz, Funktionsbereiche und anderes beziehen konnte), herausgehobene klinische Kompetenz (verantwortliche Betreuung schwieriger Fälle, Durchführung komplexerer Prozeduren und – z. B. Endoskopischer – Operationen), besondere fachliche und wissenschaftliche Qualifikation (Zusatzbe-

zeichnungen, Habilitation, Publikationen), Organisationsverantwortung, Ausbildungsfunktion der Weiterbildungsassistenten, Leistung von Hintergrunddiensten u. a. 2006 war die bisherige berufliche vertraglich festgeschriebene Bezeichnung „Oberarzt“ mit ihren allgemein bekannten und anerkannten Merkmalen für die Vertragspartner der Krankenhäuser des öffentlichen Dienstes obsolet geworden, nach TVöD und dann mit dem vom Marburger Bund ausgehandelten Vertrag TV-Ärzte. Die triumphierenden Arbeitgeber haben sich in der Lage gesehen, die Oberärzte erst einmal völlig abzuschaffen und diese Ärzte der kostengünstigeren Kategorie „Facharzt“ zuzuordnen. Ganze Krankenhäuser und Kliniken konnten so (Vertragsbruch hin und her) oberarztfrei gemacht werden. Einigen der früheren Oberärzte wurde – Proteste wurden auch von den Verwaltungen nicht ganz überhört – aufgrund des einzigen für die Vertragspartner gültigen Kriteriums, die „ausdrückliche“ vollverantwortliche

Zuordnung eines Teilbereichs oder Funktionsbereichs durch den Arbeitgeber, die Einstufung in die Entgeltgruppe III (Oberärzte) gewährt. Allerdings sind alle diese, nach Monaten als „Facharzt“ geführten, nun wieder zu Oberärzten gewordenen Kollegen für 3 Jahre der Gehaltsstufe 1 zugeordnet (Anfängerstatus), mit der Begründung, die Teil- oder Funktionsbereich seinen jetzt erst vom Arbeitgeber für sie „geschaffen“ worden. Ein „Geldsegen“ – ganz gleich, was Sie darunter verstehen – wird auch auf diese der Willkür des Arbeitgebers ausgelieferten neu ernannten Anfängeroberärzte nicht zuteil. Chefärzte haben in der Tat wenig Einfluss auf die Entscheidung der allmächtigen Verwaltung, die fern dem Klinikgeschehen am grünen Tisch die „gewinnbringendste“ Lösung findet. Als Folge dieser Verhandlungstricks schwindet die Motivation der Oberärzte. Es ist kaum zu erwarten, dass diese trotz Degradierung und schlechter Bezahlung weiterhin mit höchstem Einsatz all ihre Qualifikationen sozusagen zum Nulltarif einsetzen werden. Diese Gruppe von Ärzten wird nun eher Dienst nach Vorschrift verrichten und bei nächstbesten Gelegenheit mit den Füßen abstimmen.

Es ist mir unverständlich, dass sich die Redaktion des BDI aktuell die aus dem aktuellen Tarifvertrag abgeleitete Auf-

fassung der Arbeitgeber der öffentlichen Krankenhäuser zu eigen macht, so als habe für früher geschlossene Oberarztverträge nie eine andere Grundlage als allein die Verantwortung für einen selbständigen Teil- oder Funktionsbereich gegeben. Eine solche Verantwortlichkeit wurde in aller Regel auch dann nicht „ausdrücklich“ benannt, wenn sie zum Tätigkeitsprofil des Oberarztes selbstverständlich dazu gehörte. Bei den von Ihnen ausführlich benannten „Nenn-Oberärzten“ dürfte es sich um eine zahlenmäßig geringe Randgruppe handeln, wobei diese sicher nicht allein von einem Chefarzt, sondern immer auch mit Zustimmung und Unterschrift des Arbeitgebers Oberärzte geworden waren.

Es besteht kein Grund, die von ihrer Gewerkschaft Marburger Bund vertretenen und von den Krankenhausverwaltungen ausgetricksten Oberärzte mit Häme zu überziehen. Die ins Krankenhaus eingewiesenen Patienten der niedergelassenen Internisten werden bald erfahren, dass die Qualität der Behandlung ohne Oberärzte nicht mehr die von früher ist.

Dr. Oskar Jaeger
Veilchenweg 9

78056 Villingen-Schwenningen

Medizinische Versorgungszentren

Beispiele aus der Beratungspraxis

Bevor ein medizinisches Versorgungszentrum gegründet werden kann, müssen zahlreiche persönliche und wirtschaftliche Punkte bedacht werden. Und jeder Fall ist anders. Das zeigen die folgenden sechs ausgewählten Beispiele aus der Beratungspraxis, die von kooperationswilligen und innovativen Ärzten in den letzten zwei bis drei Jahren mit Erfolg bereits umgesetzt wurden oder demnächst umgesetzt werden sollen. Neben kleineren MVZs, die sich aus mehreren ehemaligen Einzelpraxen zusammensetzen, werden Ihnen auch größere und kompliziertere Anwendungsbeispiele vorgestellt, die insbesondere unter der Federführung von Krankenhäusern, aber auch unter aktiver Mitwirkung von Ärzten verwirklicht wurden bzw. werden sollen.

1. Allgemein-hausärztlich-fachärztlich-internistisches MVZ in Niederbayern

Das erste Beispiel betrifft eine (frühere) Praxisgemeinschaft in einer niederbayerischen Kleinstadt D nicht weit von München, bestehend aus einer Gemeinschaftspraxis zwischen einem Allgemeinarzt und einer Allgemeinärztin und einer weiteren Gemeinschaftspraxis zwischen einem Kardiologen und einem Gastroenterologen. Beide Gemeinschaftspraxen befanden sich unter einem Dach auf der gleichen Etage; außerdem waren die beiden fachärztlichen Internisten auch als Belegärzte an einem nahen Kreiskrankenhaus tätig. Diese räumliche Nähe der Ärzte führte dazu, dass die beiden Gemeinschaftspraxen über eine Patientenidentität von ca. 40 % verfügten, was recht bald nach dem Zusammenschluss zur Praxisgemeinschaft zu entsprechenden Plausibilitätskontrollen durch die Kas-

senärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) führte, und zwar mit nicht unerheblichen Regressforderungen in fünfstelliger Höhe gegen die betroffenen Ärzte. Außerdem war die Allgemeinärztin als Mutter kleiner Kinder nicht in Vollzeit tätig und am Vermögen der mit dem anderen Allgemeinarzt bestehenden Gemeinschaftspraxis nicht wirklich beteiligt, sodass das nicht zu unterschätzende Risiko bestand, früher oder später von der KVB als „Scheingemeinschaftspraxis“ mit „verkapptem“ Mitarbeiter- bzw. Angestelltenverhältnis angesehen zu werden mit den bekannten unangenehmen Folgen. Diese Konstellation führte zu der Beratungsempfehlung, baldmöglichst ein MVZ zu gründen. Dies wurde in der Weise umgesetzt, dass der Allgemeinarzt, der Kardiologe und der Gastroenterologe als Vertragsarzt in dem MVZ tätig wurden, die Allgemeinärztin jedoch als Angestellte in das MVZ integriert wurde.

Auf diese Weise wurden beide zuvor geschilderten Probleme elegant erledigt: Zum einen war die hohe Patientenidentität innerhalb des MVZ mit einem Schlag kein Problem mehr, da es in einem MVZ ja geradezu natürlich ist, dass ein Patient von mehreren Ärzten fachübergreifend behandelt wird. Zum anderen war auch die Position der Allgemeinärztin durch ihre Anstellung legalisiert und entsprach letztlich auch ihrem eigenen Wunsch, nicht wirklich ein wirtschaftliches Risiko zu tragen, ein fixes garantiertes Gehalt zu beziehen und geregelte (reduzierte) Arbeitszeiten einhalten zu können. Hinzu kam noch die PR-Wirkung nach außen gegenüber den Patienten aufgrund des Auftretens am Markt als MVZ mit allgemein-hausärztlich-internistisch-fachärztlicher Ausrichtung (Slogan: „Körper, Herz, Magen und Darm!“) hat sich ein nicht unerheblicher Zustrom von Neupatienten

aus dem gesamten Landkreis und darüber hinaus ergeben.

2. „Ärztelhaus“-Vollversorgungs-MVZ in Niedersachsen

Das zweite Beispiel ähnelt dem vorangegangenen, unterscheidet sich allerdings doch in einigen Aspekten von diesem, nicht zuletzt wegen der Dimension: In diesem Fall handelte es sich um ein großes Ärztelhaus in Niedersachsen nicht weit von Hannover, in dem ca. 15–20 Allgemeinärzte, Kardiologen, Gastroenterologen, Gynäkologen, Urologen, Chirurgen, HNO-Ärzte und Anästhesisten tätig waren. Diese verschiedenen Einzel- und Gemeinschaftspraxen waren ebenfalls in Form einer Praxisgemeinschaft organisiert, und zwar in einer hochmodernen Immobilie. Im Gegensatz zum sonst üblichen Ärztelhaus waren die betreffenden Ärzte jedoch der Zukunft quasi um Jahre voraus: Eine klare räumliche Abgrenzung zwischen den einzelnen Praxen bzw. Gemeinschaftspraxen gab es – abgesehen natürlich von den Sprechzimmern und Behandlungsräumen – nicht; vielmehr gingen die Anmelde-, Empfangs- und Wartebereiche auf mehreren Etagen ineinander über, wurde das Personal weitgehend gemeinsam eingesetzt und fand eine fachübergreifende Behandlung des Patienten statt, sofern und soweit dies aufgrund der betreffenden Erkrankung erforderlich war. Bedauerlicherweise wurde dabei jedoch übersehen, die aus Gründen der ärztlichen Schweigepflicht erforderliche Trennung der Patientenkar-

teien bzw. -dateien zwischen den Praxen vorzunehmen bzw. durchzuhalten; ferner kam es auch in diesem Fall zu einer ungewöhnlich hohen Quote von Patienten, die von mehreren der in dem Ärztelhaus vertretenen Fachärzte im gleichen Quartal behandelt wurden. Die Folge waren ebenfalls Plausibilitätsverfahren und Rückforderungen der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsens (KVN), diesmal allerdings in Millionenhöhe, die einige der betroffenen Ärzte letztlich fast oder tatsächlich in die Insolvenz zwangen. Ferner kam es zur Einleitung von unangenehmen disziplinar-, berufs- und strafrechtlichen Verfahren, die sich über Jahre erstreckten und zusätzliche berufliche und private Belastungen für die Ärzte brachten. Auch in diesem Fall ging daher der Rat dahin, die Konstellation unverzüglich in ein MVZ umzuwandeln, was von der KVN und der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) sogar übereinstimmend begrüßt wurde. Dies konnte zwar die aus der Vergangenheit herrührenden Probleme nicht ungeschehen machen, legalisierte jedoch von einem Tag auf den anderen sowohl die mangelnde Trennung der Patientendaten wie auch die zahlreich erfolgenden Mehrfachbehandlungen der Patienten durch die verschiedenen Fachärzte bei entsprechenden Diagnosen. Ferner wurde diese zügige Legalisierung für die Zukunft von den zuständigen Organen im Rahmen der gegen die Ärzte eingeleiteten Verfah-

ren als „strafmildernd“ gewertet und somit die drohenden Sanktionen abgeschwächt. Und schließlich ist es gelungen, zumindest einen der in die Insolvenz geratenen Ärzte mit Zustimmung des Insolvenzverwalters als Angestellten in das MVZ zu integrieren und ihm so das wirtschaftliche Überleben zu angemessenen Bedingungen zu ermöglichen. Die gegen die Ärzte laufenden Verfahren wurden zwischenzeitlich weitgehend abgeschlossen, so dass sie sich nunmehr mit einer tragfähigen Grundlage wieder ihrer beruflichen Zukunft widmen

können. Im Grunde hatten diese Ärzte die erst mit dem GMG im Jahr 2004 eingeführte Rechtsfigur des MVZ als neuen Leistungserbringer bereits vor Jahren vorweggenommen, sodass sich die Umgründung in ein MVZ als zulässige Legalisierung der vorher unzulässigen Verhältnisse darstellte. Das hier vorgestellte größte MVZ Niedersachsens wurde aufgrund der guten Kooperation mit der KVN und der ÄKN in einem Zeitraum von weniger als drei Monaten umgesetzt.

3. Chirurgisch-Orthopädisches MVZ in Unterfranken

Das dritte Beispiel betrifft ein mittlerweile sehr bekanntes MVZ in der unterfränkischen Kreisstadt B unter (indirekter) Mitwirkung eines Krankenhauses: In dieser Stadt beschlossen ein je in Einzelpraxis tätiger Orthopäde und Chirurg sowie ein in einer ca. 15 km entfernt liegenden Kleinstadt P tätiger weiterer Orthopäde nach entsprechender Beratung, in Kooperation mit einem städtischen Krankenhaus der Versorgungsstufe II in der Rechtsform einer kommunalen Einrichtung

ein MVZ zu installieren, allerdings ohne direkte Beteiligung des Krankenhauses. In dem Krankenhaus befand sich u.a. je eine – allerdings wirtschaftlich schwächelnde – Hauptabteilung, die ebenfalls von einem Orthopäden und einem Chirurgen geleitet wurde. Der in Einzelpraxis operativ tätige Orthopäde und Chirurg verfügten ferner über Belegbetten in der entsprechenden Abteilung des Krankenhauses; der Orthopäde in der Kleinstadt war lediglich konservativ tätig.

In einem ersten Schritt wurde unter Hinzunahme eines Plastischen Chirurgen, für dessen vertragsärztliche Zulassung der betreffende Planungsbereich nicht gesperrt war, ein MVZ zwischen dem Orthopäden und dem Chirurgen in der Kreisstadt in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) gegründet – ein vertragsarztrechtlicher Routinevorgang ohne jegliche Probleme. Im zweiten Schritt veräußerte der Orthopäde in der Kleinstadt den GKV-Teil seiner Praxis einschließlich seiner Vertragsarztzulassung an den zuvor in

der Hauptabteilung des Krankenhaus tätigen Orthopäden, der von den Ärzten des MVZ hierfür akquiriert worden war und seinen Anstellungsvertrag mit dem Krankenhaus zuvor rechtzeitig aufgelöst hatte. Dieser Orthopäde wurde in der Kleinstadt lediglich im konservativen Leistungsspektrum der Orthopädie tätig, so dass die dortigen Räume als „Filiale“ im Sinne von ausgelagerten Praxisräumen installiert werden konnten. Der mit ihm in den gleichen Räumen nach wie vor tätige veräußernde Orthopäde beschränkte sich auf seine Tätigkeit als Privatarzt, um sich nach Ablauf von ca. zwei bis drei Jahren gänzlich aus dem Berufsleben zurückzuziehen. Durch die Veräußerung des GKV-Teils seiner Praxis an das MVZ hatte er sich einen nicht unerheblichen Teil seiner Altersvorsorge bereits vorzeitig gesichert.

Im dritten Schritt schied auch der bis dahin noch in der Hauptabteilung des Krankenhauses tätige Chirurg aus diesem aus und trat über eine (in diesem Fall ausnahmsweise trotz gesperrten Planungsbereichs wegen der lokalen Unterversorgung vom Zulassungsausschuss gewährte) Sonderbedarfszulassung in das MVZ ein. Gleichzeitig wurden diese (wirtschaftlich angeschlagenen) Hauptabteilungen von dem betreffenden Krankenhaus geschlossen und in die ohnehin bestehenden Belegabteilungen integriert; ein Vorgang, mit dem sich das Krankenhaus das finanzielle Überleben sicherte: Die Belegbetten sind aufgrund der nunmehr vier in dem MVZ operativ tätigen Orthopäden bzw. Chirurgen und dem weiteren „Einweiser“ in der Kleinstadt heute gut gefüllt. Ferner haben sämtliche Ärzte ihre zukünftige Tätigkeit in dem MVZ strategisch auf eine tragfähige und zukunftssichere Grundlage gestellt.

Das MVZ hat in der dortigen Region so großen Zuspruch gefunden, dass bereits konkret über eine Erweiterung durch sonstige Ärzte nachgedacht wird.

4. Überörtliches Augenärzte-Anästhesisten-MVZ mit Zweigpraxen in Niederbayern

Das nächste Beispiel betrifft Augenärzte und Anästhesisten in einer großen niederbayerischen Kreisstadt L, die in einer hochmodern eingerichteten eigenen Immobilie mit zwei Gemeinschaftspraxis tätig waren: Die eine Gemeinschaftspraxis bestand aus vier voll zugelassenen Augenärzten und vier Job-Sharing-Partnern; die andere Gemeinschaftspraxis aus zwei Anästhesistinnen. Aufgrund der stark operativ ausgerichteten Augenarztpraxis waren die beiden Anästhesistinnen voll ausgelastet. Im gleichen Haus befanden sich außerdem noch ein Allgemeinarzt, ein Apotheker und ein Optiker. Ferner hatten die Augenärzte gute Kontakte zu einem jeweils in Einzelpraxis konservativ tätigen Augenarzt in je einer niederbayerischen Kleinstadt in einer Entfernung von ca. 80 bis 100 km, allerdings in anderen Planungsbereichen.

Im ersten Schritt wurden die beiden Gemeinschaftspraxen der Augenärzte

und Anästhesisten in ein MVZ umgewandelt – ein denkbar einfacher Schritt, da sich ja bereits alle Ärzte unter einem Dach befanden. Allerdings haben die jeweiligen Fachgruppen großen Wert darauf gelegt, im Innenverhältnis des MVZ nach Möglichkeit die bisherigen finanziellen Verhältnisse weitgehend getrennt beizubehalten. Dieser Wunsch konnte vertraglich umgesetzt werden, sodass das MVZ in diesem Fall eher als vertragsarztrechtliche „Hülle“ dient. Im gleichen zeitlichen Zusammenhang wurde ein an einem Krankenhaus tätiger junger Augenarzt gewonnen, der mit dem Augenarzt in der Kleinstadt S vorübergehend eine Gemeinschaftspraxis bildete. Hierfür konnte die letzte noch „offene“ augenärztliche Zulassung in dem betreffenden Planungsbereich genutzt werden. Die Finanzierung des Einstiegs des jungen Augenarztes in die Übergangsgemeinschaftspraxis und die Fortbildung als Operateur wurde von den in dem MVZ tätigen Augenärzten übernommen. Gleichzeitig erfolgte der Zusammenschluss des MVZ in der Kreisstadt L und der neuen Gemeinschaftspraxis in der Kleinstadt S über einen Betriebsgesellschaftsvertrag, da nach der noch geltenden Rechtslage die Begründung einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft noch nicht möglich war. Diese rein gesellschaftsrechtliche Konstruktion bewegt sich nicht auf der Ebene des Vertragsarztrechts, so dass weder die KVB, noch der Zulassungsausschuss involviert waren. Eine solche Betriebsgesellschaft wird als zulässig angesehen, sofern und soweit sie nicht gegen das Vertragsarzt- oder Berufsrecht verstößt.

Anschließend erfolgte die Praxisaufgabe des in der Kleinstadt S tätigen älteren Augenarztes wegen des Näherrückens der vertragsarztrechtlichen Altersgrenze von 68 Jahren. Für diesen rückte ein weiterer am Krankenhaus tätiger junger Augenarzt nach, d. h. er übernahm im üblichen Nachbesetzungsverfahren mit Genehmigung des Zulassungsausschusses den Vertragsarztsitz des ausscheidenden älteren Augenarztes. Die bisherige Übergangsgemeinschaftspraxis wurde nunmehr durch die beiden jüngeren Augenärzte fortgesetzt und gleichzeitig ein neuer OP dort eingerichtet, finanziert von dem MVZ in der Kreisstadt L. Auch der Einstieg des weiteren jungen Augenarztes in der Praxis in der Kleinstadt S wurde von dem MVZ finanziert. Der Betriebsgesellschaftsvertrag zur Verbindung der beiden Standorte blieb natürlich aufrecht erhalten. Im Laufe des Jahres 2007 ist nun ein überörtliches MVZ entstanden, was nach dem VÄndG zulässig ist (§ 33 Abs. 2 Satz 1 Ärzte-ZV n. F.): Für die bisherige Gemeinschaftspraxis in der Kleinstadt S ist ein weiterer, bisher in Einzelpraxis tätiger Anästhesist gewonnen worden. Durch die hierdurch entstehende Fachübergreiflichkeit wird die Gemeinschaftspraxis dort in ein weiteres MVZ umgewandelt werden. Auch zu den in der anderen Kleinstadt P bisher selbständig in Einzelpraxis agierenden Augenarzt wird ein Anästhesist hinzukommen,

so dass auch dort ein MVZ entstehen kann. Gleichzeitig erfolgte auch hier ein durch das „große MVZ“ in der Kreisstadt L finanzierte Einbau eines OP. In der Folge kann der bisherige Betriebsgesellschaftsvertrag dann durch eine vertragsarztrechtlich vom Zulassungsausschuss zu genehmigende überörtliche MVZ-Konstruktion abgelöst werden. Auch wenn sich die dann vorhandenen drei MVZ in drei verschiedenen Planungsbereichen befinden, steht dies der Genehmigung nach den VÄndG nicht entgegen. Erforderlich ist es lediglich, dass die zuständige KVB mit den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Verbänden der Ersatzkassen eine Vereinbarung über den zuständigen Zulassungsausschuss trifft (§ 33 Abs. 2 Satz 5 Ärzte-ZV n. F.). Mit diesem überörtlichen MVZ, bestehend aus drei Standorten, werden die darin tätigen Ärzte einen großen Teil des niederbayerischen Raumes im konservativ- Augenärztlichen, insbesondere aber operativ- Augenärztlich- anästhesiologischen Bereich abdecken und der dortige „Marktführer“ mit einem Einzugsgebiet von mindestens ca. 100 km im Umkreis sein. Ähnliche Konstellationen im augenärztlichen Bereich gibt es in Bayern beispielsweise im Großraum Nürnberg sowie natürlich im Großraum München.

5. Krankenhaus-Internisten-Spezialisten-MVZ in Schwaben

Das fünfte Beispiel stammt aus dem „reinen“ Krankenhausbereich: Hier handelte es sich um ein Krankenhaus der Versorgungsstufe II, und zwar in der Rechtsform einer kommunalen Einrichtung in der großen bayerischen Stadt A. Das Krankenhaus unterhielt mehrere Hauptabteilungen mit angestellten Krankenhausärzten, darunter auch ein Nuklearmediziner und ein Strahlentherapeut. Auch diese Hauptabteilung hatte aufgrund der DRGs, zurückgehender Verweildauern und steigender Personalkosten mit erheblichen finanziellen Schwierigkeiten zu kämpfen. Die daneben vorhandene Belegabteilung für Gynäkologie, Urologie, Orthopädie und HNO, bedient von vier in Einzelpraxis tätigen Belegärzten, war dagegen gut ausgelastet. Nach entsprechender Beratung erfolgte zunächst die Gründung eines MVZ am Krankenhaus, und zwar als Unterabteilung der bestehenden kommunalen Einrichtung. Die KVB bestand erfreulicherweise nicht darauf, dass das Krankenhaus eine eigene, neue Trägergesellschaft, z. B. in der Rechtsform einer GmbH für das MVZ zur Verfügung stellen musste. Erforderlich war lediglich ein Stadtratsbeschluss über eine Satzungsänderung bzw. -erweiterung durch den Träger. Die Anstellungsverträge des Krankenhauses mit dem Nuklearmediziner und dem Strahlentherapeuten wurden einvernehmlich aufgehoben; beide wurden stattdessen zu den gleichen Konditionen im MVZ angestellt, was die erforderliche Fachübergreiflichkeit zur Gründung herstellte. Strategisch diente diese Phase lediglich als „Initialzündung“ für die Absicht des Krankenhauses, die

Hauptabteilung zu stärken: Nach und nach suchte und gewann das Krankenhaus weitere Vertragsärzte, nämlich einen Kardiologen, einen Angiologen, einen Gastroenterologen und einen Endokrinologen, die mit ihren bestehenden Einzelpraxen als angestellte Ärzte unter Verlegung ihrer Praxen und Einbringung ihrer Vertragsarztsitze in das MVZ eingetreten sind. Hierbei handelte es sich zum Teil um ältere Kollegen, die nicht länger bereit waren, das mit der selbständigen Niederlassung verbundene wirtschaftliche Risiko zu tragen und hierdurch insbesondere Gelegenheit hatten, bereits jetzt einen entsprechenden Kaufpreis für ihre Alterssicherung zu realisieren, statt bis zur endgültigen Abgabe ihrer Praxen noch jahrelang zu warten und sich dem Risiko ausgesetzt zu sehen, aufgrund entsprechender gesundheitspolitischer Veränderungen möglicherweise keine entsprechende Alterssicherung mehr erreichen zu können. Zum Teil handelte es sich aber auch um jüngere Ärzte, die die vorerwähnten wirtschaftlichen Risiken von Anfang an scheuten und es vorzogen, als angestellter Arzt mit einem Fixgehalt und einer entsprechenden erfolgsabhängigen Tantieme ohne dieses Risiko zu praktisch den gleichen Konditionen in dem MVZ an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung tätig zu sein. Für das Krankenhaus seinerseits entstand der Vorteil, gebundene und somit zuverlässige Einweiser in verschiedene Fachrichtungen im krankenhauseigenen MVZ angesiedelt zu haben, was die Belegung der Betten der Hauptabteilung stark erhöht und damit die wirtschaftliche Situation des Krankenhauses entscheidend verbessert hat!

6. Überörtliches Krankenhaus-Angestellten-Vertragsärzte-MVZ

Das letzte Beispiel „spielt“ in Sachsen, und zwar in einer großen Kreisstadt P: Bei dem Klinikum handelt es sich um ein solches der Versorgungsstufe III in der Rechtsform einer GmbH. Auf dem Klinikgelände war bereits ein Nephrologe in Einzelpraxis tätig. In der Stadt fanden sich daneben je ein Chirurg, ein Dermatologe und ein Anästhesist in Einzelpraxis. Auch hier ging es um die Sicherung und den Ausbau der Belegung der Betten in der Hauptabteilung. Zunächst wurde die Dermatologin dafür gewonnen, sich in den vom Krankenhaus zu gründenden MVZ anstellen zu lassen, und zwar zusammen mit dem Nephrologen – eine fachlich gesehen recht ungewöhnliche Fachkombination, die primär der „Initialzündung“ des MVZ diene. Hierzu war bei beiden Ärzten die Einbringung ihrer vertragsärztlichen Zulassung und ihrer Praxen in das MVZ und die Genehmigung der Anstellung durch den zuständigen Zulassungsausschuss erforderlich. Beide Ärzte zogen diese Art der Berufsausübung zur Vermeidung des

wirtschaftlichen Risikos des selbständigen Vertragsarztes vor und realisierten gleichzeitig einen entsprechenden Kaufpreis für ihre Praxen. Die finanziellen Konditionen der Anstellung entsprachen fast den Gewinnen, die sie bisher in ihren Einzelpraxen erzielt hatten. Als Trägergesellschaft für das MVZ fungierte die bereits existierende GmbH als Trägergesellschaft des Krankenhauses; das MVZ wurde also organisatorisch als „Unterabteilung“ des Krankenhauses geführt.

In einem weiteren Schritt wurde zwischen den jeweils in Einzelpraxis tätigen Chirurgen und Anästhesisten in der Stadt ein weiteres MVZ gegründet, und zwar in der Rechtsform einer GbR, da die beiden Ärzte wünschten, ihre Selbständigkeit beizubehalten. An diesem MVZ beteiligte sich das Klinikum als weiterer Gesellschafter. Anschließend ist beabsichtigt, dass sich das MVZ am Krankenhaus und das MVZ in der Stadt zu einem überörtlichen MVZ zusammenschließen, um die sich hieraus ergebenden weiteren Kooperationsmöglichkeiten und Ressourcen zu heben. In diesem Zusammenhang muss allerdings darüber nachgedacht werden, für das MVZ am Krankenhaus eine eigene GmbH als Trägergesellschaft zu installieren, da der Zusammenschluss der GbR des Vertragsärzte-MVZ mit der krankenhauseigenen GmbH insbesondere berufsrechtliche Schwierigkeiten aufwerfen dürfte.

Wie die vorstehend wiedergegebenen konkreten Fälle aus der Beratungspraxis zeigen, liegt jeder Fall individuell anders, was wieder einmal belegt, dass es ein „Muster“ eines MVZ oder gar einen „Mustervertrag“ schlicht und einfach nicht gibt. So vielfältig die Vorstellungen, Interessen und strategischen Zielsetzungen der ein MVZ gründenden bzw. betreibenden Ärzte und Krankenhausträger sind, so verschieden sind auch die Projekte, die es zu realisieren gilt. Da nicht nur persönliche und wirtschaftliche Fragestellungen gelöst werden müssen, sondern auch die gesellschafts-, vertragsarzt-, berufs- und nicht zuletzt auch steuerrechtlichen Vorgaben beachtet werden müssen, werden an den Berater und Vertragsgestalter höchste Anforderungen gestellt. Nichtsdestotrotz lassen sich solche MVZ-Projekte bei professioneller Abwicklung und entsprechendem Engagement auch der Gründer und Betreiber recht zügig realisieren. Selbst die komplizierteren der vorgestellten Modelle haben bzw. werden von der Planung bis zur Umsetzung nur selten mehr als ein ganzes Jahr benötigt bzw. benötigen.

*Dr. Ralph Steinbrück
Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht,
Rechtsanwälte Ulsenheimer und Friederich, München
Steinbrueck@Uls-Frie.de
www.uls-frie.de*

Zu dem Artikel gehörende grafische Darstellungen können auf der Homepage des BDI www.bdi.de unter „Vermischtes“, „MVZ – Konkrete Anwendungsbeispiele aus der Beratungspraxis“, eingesehen bzw. unter rbornemann@bdi.de als zusammenhängende PDF-Datei abgerufen werden.

Die Einführung von QM ist Pflicht

Qualitätsmanagement leben

Am 1. Januar 2006 ist der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung in Kraft getreten. In drei Phasen – Befähigung, Umsetzung und Überprüfung – soll Qualitätsmanagement (QM) in allen Vertragsarztpraxen in Deutschland eingeführt werden. Spezifisch auf internistische Belange ausgerichtet ist das System „Qualitätsmanagement Innere Medizin“, das der Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI) in Kooperation mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) entwickelt hat. Dr. Berndt Birkner, Vorsitzender der AG Medizinisches Qualitätsmanagement im BDI, war an dieser Entwicklung beteiligt und ist einer der Autoren des Loseblattwerks, das seit Juli auf dem Markt ist.

BDI aktuell: Was bringt Qualitätsmanagement außer mehr Verwaltung?

Birkner: Grundsätzlich nutzt QM zunächst dem Patienten. Eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung bringt dem Patienten einen Gewinn, nämlich eine größere Sicherheit bei allen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und eine höhere Wahrscheinlichkeit für einen günstigen Ausgang der therapeutischen Bemühungen.

Auf Seiten der Ärzte führt QM zu einer höheren Handlungssicherheit in den diagnostischen und Behandlungsstrategien, z. B. durch Leitlinien, die fester Bestandteil von QM sind. Leitlinien unterstützen die Entscheidung und sorgen dafür, dass das ärztliche Handeln evidenzbasiert ist. Die Abläufe in einer Praxis werden schließlich durch QM verschlankt und geglättet. So werden die Prozesse ökonomischer, stringenter und durchschaubarer.

Natürlich ist QM mit Dokumentationsaufwand verbunden. Es lebt von Daten und Fakten. Nur wenn ich etwas dokumentiere, sind Daten für andere erkennbar und nachvollziehbar. QM ist kein Prozess für einen alleine. Es ist eine Sache der Transparenz und dazu gehört die Dokumentation meines ärztlichen Handelns in Daten und Fakten.

BDI aktuell: Welche Vorteile hat es, ein bereits am Markt bestehendes QM-System anzuwenden?

Birkner: Grundsätzlich ist es die persönliche Entscheidung jedes Arztes, ob man ein QM alleine aufbaut oder ein bestehendes, käuflich zu erwerbendes System verwendet. Wichtig ist dabei die Richtlinie des G-BA, die festlegt, welche Elemente und Instrumente in einem einrichtungsinternen QM zu berücksichtigen sind. Wenn ich ein bestehendes System erwerbe, kann ich natürlich schon eine von anderen geleistete Vorarbeit übernehmen.

BDI aktuell: Was empfiehlt/unterstützt der BDI?

Birkner: Wir haben gemeinsam mit der KBV das Qualitätsmanagement Innere Medizin (QMI) entworfen und jetzt auch als Loseblattwerk publi-

ziert. Wir bieten damit allen Internisten als Service ein QM an, das speziell für sie – egal ob hausärztlich, fachärztliche oder in einer Schwerpunktpraxis tätig – gemacht worden ist. Das Baumuster von QMI ist das QM-System der KBV, QEP®, aber bei QMI sind alle Elemente spezifisch auf die internistischen Versorgungsbereiche abgestimmt.

BDI aktuell: Ist QEP® zwingend notwendig, um QMI anwenden zu können?

Birkner: Im Prinzip kann jeder Kollege alleine mit dem Loseblattwerk sein QM aufbauen und muss dafür nicht QEP® erwerben. Die Kollegen können natürlich auch QEP® machen, aber die spezifischen internistischen Anteile sind dort nicht enthalten. Möglicherweise kann zukünftig bei einer Zertifizierung QEP® hilfreich sein, aber für die Einführung von QM in die niedergelassene Arztpraxis ist QMI ausreichend.

BDI aktuell: Wie ist das Loseblattwerk aufgebaut?

Birkner: Die Innere Medizin ist ein pluralistisches ärztliches Gebiet. In ihr findet sicher die größte Spannweite der medizinischen Versorgung statt, von der hausärztlichen über die fachärztliche bis zur Schwerpunktversorgung. Für jeden müssen sich ganz spezifische Versorgungsleistungen im QM wieder finden. Deshalb haben wir es auf die verschiedenen Versorgungsbereiche zugeschnitten, damit jeder, aber wirklich jeder Internist etwas davon hat. In einem allgemeinen Teil geht es um Abläufe in jeder Praxis, z. B. Patientenaufnahme, Verwaltung, Termingestaltung etc. In den Schwerpunktteilen werden die jeweiligen versorgungsspezifischen Anteile, z. B. im Falle der Gastroenterologie Endoskopie/Koloskopie, bei den Kardiologen beispielsweise EKG, Echokardiographie, Langzeit-EKG etc. aufgegriffen. Jeder Internist kann sich die für ihn entsprechenden Punkte gemäß seiner Versorgungsleistungen herausuchen. Wenn beispielsweise ein Internist auf dem Lande aus verschiedenen Bereichen Versorgungsleistungen anbietet, kann er die QM-Anteile aus den spezifischen Kapiteln der Kardiologie,

Gastroenterologie oder Pulmologie übernehmen.

BDI aktuell: Wie ist der Praxisbezug in den Einzelkapiteln gewährleistet?

Birkner: In jedem Kapitel gibt es allgemeine und spezielle sowie Präventions- und technische Anteile. Alle Abschnitte werden herunter gebrochen auf die praktische Situation. Ist zum Beispiel die hygienische Kontrolle beim Gastroenterologen das Thema, wird vorgeschlagen, eine halbjährliche Kontrolle, wie sie auch vorgeschrieben ist, durchzuführen. Die dafür notwendigen Schritte müssen festgelegt werden, um das Ziel, nämlich diese mikrobiologische Kontrolle zu erfüllen. Da die Ziele immer mit einem Indikator gemessen werden können, haben wir bei fast allen Kapiteln eine Liste von Indikatoren zusammengestellt, an denen der Kollege selber sehen, kann, ob er seine Ziele erreicht hat.

BDI aktuell: Was muss trotz „QM-Innere“ jede Praxis selber leisten?

Birkner: QM kann man nicht als Blaupause erwerben – QM muss gelebt werden! Jeder Internist muss aber seine eigenen Dokumente und seine Inhalte selber gestalten. In QMI sind aber Beispiele und Anleitungen für das eigene QM enthalten, die gewährleisten, dass es auf jeden Fall die Anforderungen der G-BA-Richtlinie erfüllt.

BDI aktuell: QMI ist als Loseblattwerk konzipiert. Welche Lieferungen werden als nächstes folgen?

Birkner: Es fehlt zunächst noch das Nephrologiekapitel. In den nächsten Ergänzungslieferungen werden wir weiter genau darauf achten, dass die Forderungen der G-BA-Richtlinien erfüllt sind und dies auch immer wieder überprüfen. Außerdem werden wir weitere Beispiele und Beispieldokumente liefern.

BDI aktuell: Was leistet QMI für die zum Jahresende ablaufende Befähigungsphase?

Birkner: QMI ist ein ganz wichtiges Instrument zur Befähigung. Mit den QM-Einführungskursen, die wir ihn in Kooperation mit den KVen anbieten, und dem Loseblattwerk sind die Anforderungen der Befähigungsphase erfüllt.

BDI aktuell: Wie geht es in der Umsetzungsphase weiter?

Birkner: Das QMI ist so aufgebaut, dass es auch die Umsetzungsphase ermöglicht, zum Beispiel die Umset-



„Über Qualität zu reden und Qualität nachzuweisen sind zwei Paar Stiefel. Es ist an uns, Qualität auch nachzuweisen“, sagt Dr. Berndt Birkner, München, Vorsitzender der Sektion Gastroenterologie und der AG Medizinisches Qualitätsmanagement im BDI.

zung der Qualitätsziele in die eigenen Praxisgegebenheiten. Und es ermöglicht, dass sich jeder Kollege selbst bewerten kann – ebenfalls eine Forderung des G-BA in der Umsetzungsphase.

BDI aktuell: Empfehlen Sie eine bestimmte Reihenfolge bei der Bearbeitung der Kern- und Qualitätsziele?

Birkner: Das würde ich den Kollegen selber überlassen. Es gibt aber Erfahrungswerte. Danach kann es sinnvoll sein, zunächst als Startschuss mit der Qualitätspolitik anzufangen, also mit der Festlegung, was ich als Praxisinhaber als Qualität nach innen und außen darstellen will. Zwingend ist das aber nicht.

BDI aktuell: Wie wird zukünftig das interne Qualitätsmanagement in Vertragsarztpraxen kontrolliert?

Birkner: In allen KVen wurden QM-Kommissionen eingerichtet. Jedes Jahr wird eine Stichprobe von 2,5 % der niedergelassenen Kollegen zufällig ausgewählt, die von den Kommissionen mit einem standardisierten Fragebogen gefragt werden, wie weit sie in der jeweiligen Phase sind. Sanktionen gibt es dazu allerdings bisher nicht.

BDI aktuell: Wird die Zertifizierung des internen Qualitätsmanagements Ihrer Einschätzung nach zukünftig Pflicht?

Birkner: Die Gesundheitsministerkonferenz hat sich dafür ausgesprochen. Da diese Institution schon immer der Vordenker für Änderungen des SGB V war, kann es sein, dass die Zertifizierungspflicht kommt. Aktuell ist eine Zertifizierung aber nicht verpflichtend.

BDI aktuell: Ist Ihre Praxis bereits zertifiziert?

Birkner: Ja, seit 1999.

BDI aktuell: Was sind für Sie persönlich die wichtigsten Vorteile des internen QM?

Birkner: Für eine Praxis und ihre internen Abläufe ist QM sehr viel

wert. Es macht Abläufe transparenter und leichter reproduzierbar in der gleichen gestalteten Qualität. Die Mitarbeiter erkennen schneller, worum es geht und wissen überhaupt, dass es um Qualität in der medizinischen Versorgung geht. Und ich denke, das meine Patienten es sehr zu schätzen wissen, dass sie hier in einer qualitätsgemanagten Praxis sind, dass es unser Ziel ist, eine hohe Qualität in der Versorgung zu bieten. Die Patienten bringen mir ihr Vertrauen entgegen und ich glaube, dass ich mit QM besser ihrem Vertrauen gerecht werde.

BDI aktuell: Hat QM Einfluss auf das Arzt-Patienten-Verhältnis?

Birkner: Das ist ein ganz entscheidender Punkt. In unserem Gesundheitswesen leiden die Leistungserbringer häufig, weil sie sich nicht mehr geachtet und weil sie sich überlastet fühlen. Ich glaube, dass die persönliche Achtung und Wertschätzung steigt, wenn transparent wird, welche Qualität der Leistung die Ärzte und ihre Mitarbeiter anbieten. Und ich spreche mit meinen Patienten darüber, dass die Sicherheit eine ganz, ganz hohe Priorität hat. Zum Beispiel bekommt jeder Patient in meiner Praxis das Propofol für eine Endoskopie von einem Anästhesisten verabreicht, der auch in der Lage ist, ihn jederzeit zu beatmen, zu intubieren, zu reanimieren. So wird dem Menschen, der bei mir ist, mit großer Wahrscheinlichkeit nichts passieren. Und die Transparenz ist auch für den Patienten sichtbar: Jeder Patient geht mit einem Brief aus der Praxis mit einem Befund und einem Bild. Er weiß genau, was gemacht wurde, und er weiß, wo er weiter hin muss. Er hat ein Betreuungskonzept, er weiß wie es weiter geht und das ist für ihn gefühlte Qualität.

Herr Dr. Birkner, herzlichen Dank für das Interview!

Das Interview führte Friederike Klein

BUCHTIPP

B. Birkner, F. Diel, B. Gibis, M. Ludwig
Qualitätsmanagement Innere Medizin (QMI)
 Springer Verlag, Heidelberg 2007
 Loseblattwerk, Ringordner DIN A4 (Grundwerk), 273 Seiten. 99,95 €, Sonderpreis für Mitglieder des BDI: 69,00 €