

IN DIESER AUSGABE

Dialog

Baumgärtner will MEDI in den KV-Gremien stärker vertreten sehen **2**

Aus Baden-Württemberg

Die Anzahl der GbRen nimmt weiter zu **4**

NOK will integrierte Versorgung voranbringen **4**

Südbaden: MEDI setzt sich gegen KV-Widerstand durch **5**

Schulungsverein bringt den fachübergreifenden Gedanken voran **6**

Aus Berlin **8**

Nur wer die Solidarität liebt, sollte Gewählt werden

Aus Rheinland-Pfalz **10**

Fachübergreifende Solidarität sichert die Freiberuflichkeit

Aus Hessen

Erweiterte Honorarverteilung soll Altersversorgung sichern **11**

KV soll ihren körperschaftlichen Status abgeben dürfen **11**

MEDI Positionspapier **12**

Wohin geht die Reise? MEDI setzt auf Information und Aufklärung

Business

Nur durch Verbindlichkeit erreicht MEDI Verhandlungsstärke **18**

Bei MEDI haftet nur die Dienstleistungs GmbH **18**

IGeL: MEDI Ärzte bleiben nicht auf der „Kassenmedizin“ sitzen **19**

MEDI Positionspapier

MEDI klärt über Ziele und Strukturen auf



Obwohl der MEDI Verbund stetig neue Mitglieder gewinnt, scheuen sich immer noch Ärzte und Psychotherapeuten MEDI beizutreten. Die meisten kennen die Ziele und Strukturen zu wenig, andere haben von ihren Kollegen zu Kritik und Vorurteile gehört, und sind deshalb unsicher. Damit interes-

sierte Ärzte und Psychotherapeuten künftig wissen, wohin die Reise geht, hat MEDI ein eigenes Positionspapier verfasst. Darin steht alles über die Ziele und Strukturen des Verbundes. Auch das Thema Haftung wird aufgegriffen.

Seiten **12 – 16**

Dialog

MEDI soll in den neuen KVen vertreten sein

Im Hinblick auf die bevorstehenden KV-Wahlen wollen mehrere MEDI Verbände eigene Wahllisten aufstellen. Der MEDI Deutschland-Vorsitzende Dr. med. Werner Baumgärtner begrüßt das. Schließlich sollen MEDI Mitglieder in den neuen KV-Gremien künftig mehr Mitspracherecht haben.

Seiten **2 + 3**

es gerade jetzt nach der Gesundheitsreform wichtig, dass der MEDI Verbund seine Verhandlungsmandate bündelt und somit für seine Mitglieder entsprechend gute Konditionen aushandelt.

Seite **17**

Baden-Württemberg

Neue MEDI GbRen stärken den Verbund

MEDI Baden-Württemberg wächst und wächst. Vor allem in Nordbaden entstehen neue regionale Netze. Mittlerweile zählt der Verbund dort rund 450 Mitglieder. Aber auch die anderen Regionen melden einen Mitgliederzuwachs. Bundesweit zählt MEDI inzwischen rund 12.000 Mitglieder.

Seiten **4 – 6**

Business

Bei Verträgen ist Verbindlichkeit wichtig

Verbindlichkeit und Einheit bei der Vertragsgestaltung stoßen bei Ärzten nicht immer auf Wohlwollen. Dabei ist

KV-Wahlen

Baumgärtner will MEDI in den KV-Gremien stärker vertreten sehen

Alle landesweiten Verbände sollten eigene fachübergreifende Wahllisten aufstellen

Im Herbst werden die vier Kassenärztlichen Vereinigungen in Baden-Württemberg zu einer großen Landes-KV zusammengelegt. Damit wird die neue KV Baden-Württemberg die zweitgrößte in Deutschland sein und rund 18.000 niedergelassene Ärzte und psychologische Psychotherapeuten vertreten. Der Erste Vorsitzende von MEDI Deutschland, Dr. med. Werner Baumgärtner, wird sich um den Vorsitz der KV Baden-Württemberg bewerben. Im Gespräch mit Angelina Schütz erklärt er, welche Vor- und Nachteile eine große KV bringt, welche Schwierigkeiten es im Vorfeld gegeben hat und welche Rolle der MEDI Verbund künftig hat.

Wenn Sie gefragt werden, ob Sie eher für den KBV- oder für den KV-Vorsitz in Baden-Württemberg kandidieren wollen, möchten Sie lieber im Ländle bleiben. Was hat Stuttgart, was Berlin nicht hat?

Stuttgart ist meine Heimat und ein Umzug nach Berlin würde mir auch privat schwer fallen. Davon unabhängig, könnte ich in Baden-Württemberg mit einem Team Gleichgesinnter die enormen Probleme für die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg,

aufgrund des GMG und auch der Zusammenlegung der KVen, angehen.

Hier wäre mir wichtig, dass der deutlich verkleinerte KV-Vorstand zusammenarbeitet. Regionale Profilierung von Selbstdarstellern wäre völlig unangebracht. Es gilt, die Interessen unserer Mitglieder gegenüber den Krankenkassen zu vertreten. Dabei kann MEDI die Arbeit der KV auf jeden Fall unterstützen. Wir brauchen einen star-

ken MEDI Verbund in Baden-Württemberg für den Wettbewerb der Zukunft. Insbesondere, um Verwerfungen durch die neuen Vertragsformen wie Integrationsversorgung oder besondere Versorgungsformen für die Kollektivverträge zu vermeiden. Deshalb möchte ich auch in den nächsten Jahren aktiv daran mitarbeiten, den



„Der neue KV-Vorstand in Baden-Württemberg muss gut zusammenarbeiten. Wir wollen keine Profilierung von regionalen Selbstdarstellern.“

Foto: Baur

MEDI Verbund in Baden-Württemberg zu stärken. Als KBV-Vorstandsmitglied müsste ich aber meine Vorstandsmitgliedschaft in MEDI aufgeben. Beides zusammen geht einfach nicht.

Welche Vorteile haben die Ärzte künftig von einer so großen KV?

Eine KV Baden-Württemberg hat sicher einen größeren Einfluss auf die

Bundesebene. Außerdem war es in der Vergangenheit so, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen in Baden-Württemberg selten eine einheitliche standespolitische Linie verfolgt und auf der Bundesebene einheitlich votiert haben. Zuletzt hatten wir das in der Diskussion um den EBM. Ich denke, dieses Verhalten ist nicht im Inter-

esse der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg. Es muss ein einheitliches Ziel sein, die Verwaltungskosten zu senken und sie trotz der steigenden bürokratischen Anforderungen durch das GMG nicht steigen zu lassen. Ein weiterer Vorteil einer Landes-KV wird sein, dass die ärztliche Selbstverwaltung mit den Krankenkassen, die ja auch landesweit organisiert sind, künftig mit einer Stimme verhandelt. So bewegen wir uns auf gleicher Augenhöhe. Außerdem sollten aus meiner Sicht Honorarunterschiede, die es zwischen den Regionen gibt, künftig nach oben angepasst werden.

Und welche Nachteile sehen Sie in einer Landes-KV?

Als Nachteil sehe ich, dass die Vorstände und die Spitzen der Verwaltung von ihren Mitgliedern in den Regionen einerseits wegen der Zusammen-

legung, aber andererseits auch wegen der Professionalisierung, weiter entfernt sind als bisher. Die Regionalität hatte gewisse Vorteile, weil der einzelne Arzt oder Psychotherapeut einen Ansprechpartner in seiner regionalen Kassenärztlichen Vereinigung gefunden hat. Ein gewisses Maß an Regionalität soll aber durch die Bezirksstellen weiterhin gesichert werden.

Gilt das alles nur für Baden-Württemberg oder auch für Rheinland-Pfalz, wo ja ebenfalls eine Fusion ansteht?

In Rheinland-Pfalz bestehen die gleichen Probleme. Auch dort werden die Vorstände verkleinert und gleichzeitig geht der regionale Bezug in seiner bisherigen Form verloren. Ich möchte aber an dieser Stelle auch klar sagen, dass eine KV Rheinland-Pfalz sehr viel kleiner ist, als eine Landes-KV in Baden-Württemberg. Denn nach der Zusammenlegung in Rheinland-Pfalz, wäre die dortige Kassenärztliche Vereinigung etwa so groß wie die bisherige KV Nord-Württemberg.

Wie betrachten die Krankenkassen in Baden-Württemberg die anstehende KV-Fusion?

Das Verhältnis zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen ist auf der Landesebene deutlich besser als das Verhältnis zwischen der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf der Bundesebene. Für die Krankenkassen könnte es schwieriger werden, mit einer KV Baden-Württemberg zusammenzuarbeiten, weil sie nicht mehr mehrere KVen gegeneinander ausspielen können. Allerdings haben sich die Krankenkassen bisher mit öffentlichen Kommentaren zurückgehalten.

Meines Wissens hat es bei der Ausarbeitung der neuen Satzung mit dem Sozialministerium in Stuttgart Schwierigkeiten gegeben. Worum ging es dabei?

Das GMG bringt eine hohe Regeldichte. Dabei wurde der Einfluss der Landesebene auf die Gesundheitspolitik deutlich reduziert. In

den Verhandlungen mit dem Sozialministerium ging es uns in den KVen vor allem darum, dass die Eingriffe in die Selbstverwaltung nicht über das, was von Bundesebene zentral vorgegeben wird, hinausgehen. Die Ministerien auf Bundes- und Landesebene vergessen



„Der Vorstand der KVen ist kein Organ der Selbstverwaltung mehr.“

manchmal, dass sie eine Rechtsaufsicht und keine Fachaufsicht sind.

Andere KV-Vorsitzende in Baden-Württemberg wollten erreichen, dass im neuen Vorstand alle vier Regionen vertreten sind. Sie waren von Anfang an dagegen. Warum?

Der Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung ist nach der Gesundheitsreform kein Organ der Selbstverwaltung mehr. Insofern muss sich die Re-

gionalität künftig im höchsten Gremium der Selbstverwaltung abbilden und das ist die Vertreterversammlung. Angesichts der gewaltigen Probleme durch das GMG, aber auch durch die Zusammenlegung der vier KVen, muss ein Vorstand unbedingt zusammenarbeiten. Wie ich

bereits schon am Anfang des Interviews sagte: Ein Vorstand, bestehend aus profilierungssüchtigen Regionalfürsten, wird keines der anstehenden Probleme in den nächsten Jahren lösen können. Die Vorstandsmitglieder würden nur gegeneinander arbeiten, wie das in der Vergangenheit auch auf Bundesebene stattgefunden hat. Den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten ist zu wünschen, dass wir ein solches Szenario in Baden-Württemberg vermeiden können und einen Vorstand bekommen, der zusammenarbeitet und auf

diese Weise auch regionale Probleme löst.

Außer in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz finden ja auch in allen anderen KV-Regionen Wahlen statt. Was bedeutet das für MEDI Deutschland?

Wir streben außerhalb von Baden-Württemberg an, dass alle in MEDI Deutschland organisierten landesweiten Verbände eine fachübergreifende Wahlliste aufstellen. Wir hoffen, dass MEDI als neue innerärztliche Kraft, fachübergreifend und auf Netzen basierend, ein gutes Wahlergebnis erreicht, damit wir diesen unsäglichen Hausarzt-/Facharztkonflikt, der kürzlich wieder neu entflammte, auf der Bundesebene zumindest etwas eindämmen können.

Der Juni kommt bestimmt.
Und mit ihm die neue
MEDITIMES
Neues Logo & Neues Layout
Lebendig, modern und immer brandaktuell

Nordbaden

Die Anzahl der GbRen nimmt weiter zu

Erfreuliche Entwicklung: MEDI zählt schon über 500 Mitglieder



MEDI war in Nordbaden lange kein Thema. Ärzte und Psychotherapeuten beobachteten die Entwicklung in Nordwürttemberg höchstens aus sicherer Entfernung. Den schwäbischen Kollegen eilte der Ruf einer autoritären, gar undemokratischen Struktur voraus, garniert mit Schaulergeschichten über die MEDI Protagonisten. Mochten die Zumutungen im Gesundheitssystem noch so groß sein, ein Ende des abwartenden Verharrens schien nicht in Sicht. Doch dann kam die Wende.

Den Anfang machte Mosbach. Dort gründeten Ärzte am 10. Dezember 2003 die MEDI Neckar-Odenwald-Kreis GbR als erste GbR in Nordbaden. Ihr gehören über 100 Mitglieder der 182 tätigen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten an. Weitere GbRen in Karlsruhe, Heidelberg, Mannheim, Bruchsal, Calw, Walldorf und Weinheim folgten.

Zwar gab es seit Jahren sporadische Kontakte zwischen der Nordbadischen Ärzteinitiative (NAI) und dem MEDI Verbund. Diese wurden erst durch die gemeinsame Mitgliedschaft in der Arbeitsgemeinschaft freier Verbände und Körperschaften 2003 intensiviert. Persönliche Kontakte, Arbeitssitzungen und der Austausch von Informationen vertieften die Beziehungen.

Folgerichtig waren die NAI und der Ärzteverbund Nordbaden (AVNB) am 19. November Gründungsmitglieder des neuen landesweiten Dachs MEDI Baden-Württemberg. Gleichzeitig warben Kollegen in ihren Regionen für das MEDI Konzept und damit für weitere GbR-Gründungen. Unterstützt wurden sie durch die nordbadische KV-Spitze und einen gemeinsamen Aufruf der NAI und des AVNB an alle nordbadischen Kollegen, MEDI beizutreten.

Mittlerweile sind in Nordbaden über 500 Ärzte und Psychotherapeuten in MEDI organisiert. Das ursprüngliche Ziel, in nächster Zeit mehr als 1000 Mitglieder zu gewinnen, scheint also erreichbar. Es gibt aber immer noch viele Fragen bei den Kollegen zu MEDI. Andere scheuen einen Beitritt, weil sie sich in der Haftungsfrage unsicher sind (siehe dazu Artikel auf Seite 18). Dennoch gelingt es den aktiven nordbadischen Kollegen in ihren GbRen, das MEDI Konzept im fachübergreifenden und flächendeckenden Verbund überzeugend zu vertreten. Viele sehen auch keine Alternative zu MEDI. Die politische Entwicklung durch die Gesundheitsreform und die aktuellen Regressdrohungen tun ein übriges.

Aktive Kollegen aus dem ganzen Land garantieren den MEDI Erfolg

Alle Regionen sollten ihr Potential in MEDI einbringen und den Verbund dadurch stärken. Für uns aus Nord-Württemberg erscheinen die aktuellen GbR-Gründungen manchmal wie eine Zeitreise. Wir erinnern uns noch gut an die eigene Gründungs-Phase 1999, die begleitet war von einer breiten, regional und lokal verankerten Politisierung vieler bisher inaktiver Kollegen. Wir MEDI Ärzte und einige Mitarbeiter der Geschäftsstelle in Stuttgart treffen auch in Nordbaden auf viele, teilweise noch berufspolitisch unerfahrene, aber umso engagiertere Kollegen. Sie sind, in Verbindung mit einer professionellen zentralen Organisation, die erfolgreichen Multiplikatoren in MEDI. Das macht Mut für die Zukunft in der gemeinsamen MEDI Struktur.

*Dr. med. Michael Ruland,
Stellvertretender Vorsitzender des
MEDI Baden Württemberg e.V*

Neckar-Odenwald-Kreis

GbR will integrierte Versorgung voranbringen

Die MEDI Neckar-Odenwald-Kreis GbR (NOK) wird sich mehr den Themen IGeL, DMP, integrierte Versorgung und Hausarztmodelle widmen. Dafür werden wir IGeL-Listen in Anlehnung an bestehende MEDI Listen für alle Fachgruppen zusammenstellen. Die Neustrukturierung oder Ablehnung der bisherigen DMP-Verträge ist ein medizinisches Problem, da die Vorgaben nicht den Leitlinien entsprechen.

Außerdem sind die Vorgaben mit Bürokratie überfrachtet und ihr eigentlicher medizinischer Nutzen kommt zu kurz. Es gibt einen Beschluss der Kreisärzteschaft Neckar-Odenwald von 2002, wonach DMP-Verträge, die nicht den Leitlinien entsprechen, abgelehnt werden sollen. Hier hoffen wir, mithilfe von MEDI einen besseren Vertrag abzuschließen. Dieser sollte dann auch besser dotiert sein, als der Vertrag der KV-Nordbaden mit der AOK, der noch nicht einmal akkreditiert ist. Andernfalls werden wir im NOK die Behandlung nach DMP auch weiter nicht empfehlen können.

Bei der integrierten Versorgung und den Hausarztmodellen wollen wir Kontakt mit den regionalen Krankenkassen und Krankenhäusern aufnehmen. So ist auch ein Gespräch mit der AOK-NOK geplant, um die Stellungnahme der Kassen dazu zu erfahren. Bei unseren Verhandlungen wird uns Werner Conrad, Geschäftsführer der MEDI Dienstleistungs GmbH, unterstützen. Dabei wollen wir auch klären, wie die ambulante Nachsorge der Patienten nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus aussehen soll. Unsere Mitglieder sollen für die zusätzliche ambulante Tätigkeit eine angemessene Honorierung bekommen.

Mitgliederwerbung und KV-Wahl stehen auch auf dem Plan

Darüber hinaus wird unsere GbR die Vorbereitungen zur Wahl der neuen KV Baden-Württemberg unterstützen und neue Mitglieder werben. Unsere bisherige Mitgliederentwicklung ist sehr erfreulich: Seit unserer Gründung am 10. Dezember letzten Jahres sind von 182 Niedergelassenen 101 in MEDI organisiert.

Wir wollen vor der KV-Wahl aber mindestens 120 Ärzte und Psychotherapeuten für MEDI gewinnen. Dabei sollen uns Telefonaktionen, Kollegen-Gespräche und Wahlwerbung bei Fortbildungen und Kreisärzteschaftstreffen helfen.

Durch mehr als 50 Prozent der Niedergelassenen haben wir eine starke Verhandlungsposition mit Krankenkassen, Kommunalpolitikern oder Krankenhäusern. Die MEDI Geschäftsführung in Stuttgart unterstützt uns bei den Vertragsverhandlungen und -abschlüssen. Das ermöglicht uns wirtschaftlich und juristisch eine sichere Zukunft.

*Dr. med. Christoph Kaltenmaier
Sprecher der MEDI NOK GbR*

Der Autor



Dr. med. Christoph Kaltenmaier ist Mitbegründer der ersten MEDI GbR in Nordbaden und wurde am 10. Dezember 2003 zu ihrem Sprecher gewählt. Der 42-jährige praktische Arzt aus Aglasterhausen bei Heidelberg ist auch Mitglied der Nordbadischen Ärzteinitiative und sitzt seit vier Jahren in der Vertreterversammlung der KV Nordbaden. Kaltenmaier stellt sich auch für die neue Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg zur Wahl.

Kontakt:

Dr. med. Christoph Kaltenmaier,
Goethestr. 16, 74858 Aglasterhausen,
Tel. 06262/9 169535
E-Mail: dr.c.kaltenmaier@web.de

Südbaden

MEDI setzt sich gegen KV-Widerstand durch

In letzter Zeit nimmt auch die Mitgliederzahl in Südbaden zu



Im letzten Jahr hatte der MEDI Verbund Schwierigkeiten, Mitglieder in Südbaden für sein Konzept zu erwärmen. Grund war auch eine gezielt geführte Negativwerbung der südbadischen KV-Spitze. Um so erfreulicher ist es, dass sich trotzdem immer mehr Ärzte für MEDI interessieren.

Die Entwicklung des MEDI Verbunds in Südbaden kann am besten mit den Worten beschrieben werden „langsam setzt sich eine überzeugende Idee auch gegen Widerstände durch“. Dabei liegt die Betonung durchaus auf „langsam“, wenn man bedenkt, dass erste Informationsveranstaltungen bereits 2002 stattfanden, damals noch unter der Ägide der Vertragsärztlichen Vereinigung Südbaden.

Die Widerstände, die es dabei zu überwinden galt, fokussierten sich pars pro toto in der Person des Ersten Vorsitzenden der KV Südbaden: In einem beachtlichen persönlichen Einsatz fand er anfänglich den Weg zu allen Veranstaltungen, die MEDI in Südbaden organisiert hatte. Dem Vernehmen nach aus rein fürsorglichen Gründen, um seine arglosen südbadischen Schäfchen vor den Fängen des alles verschlingenden nordwürttembergischen Ungeheuers MEDI zu bewahren.

Erfreulicherweise konnte diese Debatte inzwischen versachlicht werden und bei vielen Kollegen hat sich unter dem zunehmenden Druck der aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklung die Erkenntnis durchgesetzt, dass wir in Südbaden eine starke Parallelorganisation neben der KV künftig brauchen. Diesbezüglich gibt es in Südbaden, wie auch im übrigen Land, zu MEDI keine Alternative, zumal es mit der Beschaulichkeit der vier Einzel-KVen zum Jahresende endgültig vorbei sein wird.

Regionale Netze treten MEDI Baden-Württemberg bei

Inzwischen sind in Südbaden über 100 Mitglieder in MEDI organisiert. Neue Mitglieder wurden vor allem durch die Integration bereits bestehender Netze in MEDI Baden-Württemberg gewonnen: So trat im November letzten Jahres das Medizinische Qualitätsnetz Kinzigtal (MQNK) mit rund 50 Mitgliedern dem landesweiten MEDI Dach bei. Auch die Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Fachärztinnen und Fachärzte Südbaden e.V. (anf, mit rund 250 Mitgliedern) hat sich, zunächst noch unter Gremienvorbehalt, MEDI Baden-Württemberg angeschlossen. Die endgültige Entscheidung wird bald fallen, diesbezüglich dürfte es aber keine Überraschungen geben, da eine Mitgliederbefragung Ende letzten Jahres bereits ein nahezu einstimmiges Votum für MEDI ergeben hatte.

Neben einer intensiveren Mitgliederwerbung arbeiten die Aktiven in MEDI Südbaden derzeit auch an einem Konzept und dem Terminplan für die anstehende Wahl zur KV Baden-Württemberg. Dafür ist eine zentrale Großveranstaltung und möglichst viele Einzelveranstaltungen in den Regionen vorgesehen, zu denen auch prominente MEDI Protagonisten aus Nordwürttemberg oder dynamische Neumitglieder aus Nordbaden kommen werden. Alles in allem passt die Entwicklung zum sonnigen Südbaden: Nicht ganz so eilig, dafür aber grundsolide.

*Dr. med. Michael Deeg,
MEDI Beauftragter Südbaden*

Nordwürttemberg

Schulungsverein bringt den fachübergreifenden Gedanken voran

Der Schulungsverein MEDI Stuttgart wächst und bietet sein Know-how auch anderen GbRen an



Diabetiker bei der MEDI Schulung im Stuttgarter Marienhospital. In der Zwischenzeit nehmen sich auch andere GbRen ein Beispiel an dem Stuttgarter Modell.

Foto: Klett

Der erste MEDI Schulungsverein für Diabetiker hat sich in der Zwischenzeit zu einem erfolgreichen Projekt entwickelt. Seit der Gründung des Vereins in der GbR Stuttgart vor drei Jahren wurden in 60 Kursen zahlreiche Typ 2 -Diabetiker mit und ohne Insulin geschult. Nun bietet der Schulungsverein sein Know-how auch anderen GbRen an und will sie bei den Gründungen unterstützen.

Die erste MEDI Schulung fand in Stuttgart im September 2001 statt. Durch die Einführung der DMP im Juli 2003 wurden kaum Schulungen gebucht. Die Kollegen scheuten wegen des hohen bürokratischen Aufwands die Einbeziehung ihrer Patienten in das DMP und damit auch in die MEDI Schulungen. Mittlerweile hat sich das Blatt aber gewendet. Die Krankenkassen bieten ihren Versicherten finanzielle Vergünstigungen, wenn diese an DMP teilnehmen. Dadurch ist die Nachfrage an MEDI Diabetes-Schulungen wieder gestiegen, seit Jahresbeginn sind bereits acht DMP- Kurse für Diabetiker angelaufen. Sieben professionelle Referentinnen betreuen die Diabetes-Patienten, auch die Zahl der im Verein tätigen Kollegen steigt. Im finanziellen Bereich hat sich der MEDI Schulungsverein inzwischen auch gut entwickelt.

Kooperation soll weiterhelfen

Aufgrund unseres Erfolgs erwarten wir Nachfragen aus anderen GbRen. Deshalb haben wir ein neues Schulungsmodell in Kooperation mit zwei namhaften Stuttgarter Diabetes-Fachabteilungen am Bürgerhospital und im Marienhospital abgeschlossen. Die Schulungsaktivitäten haben bereits erfolgreich begonnen, die vertraglichen Vereinbarungen sind unter Dach und Fach. Das Vertragsmodell dient anderen MEDI GbRen als Grundlage für Schulungsvereinbarungen zwischen MEDI Ärzten und Krankenhäusern. Die Anmeldung der Patienten zu unseren Schulungen übernimmt die Geschäftsstelle des MEDI Verbunds in Stuttgart. Darüber hinaus haben wir ein elektronisches Einbuchungssystem entwickelt, das wir allen interessierten GbRen zur Verfügung stellen.

Mittlerweile interessieren sich Kollegen auch über Baden-Württemberg hinaus für unser Schulungsmodell. Die MEDI Schulungsvereine sind der Beweis für eine fachübergreifende Zusammenarbeit, denn dort sind alle beteiligten Fachgruppen integriert. Darüber hinaus ist es uns hier gelungen, die Arbeit zwischen Kliniken und niedergelassenen Ärzten im Sinne eines

Integrationsmodells zwischen den Beteiligten erfolgreich umzusetzen.

Die Entwicklung unseres Vereins beweist uns, dass MEDI nicht nur erfolgreich Politik betreibt, sondern für uns Mitglieder neue Formen der Zusammenarbeit entwickelt. Was in Nordwürttemberg ausprobiert und entwickelt wird, wird in anderen Regionen gerne übernommen. Das ist nicht nur bei den Schulungsvereinen der Fall.



*Dr. med. Markus Klett,
Vorsitzender des Schulungsvereins
MEDI Stuttgart*

Sie haben Fragen zum MEDI Schulungsverein? Dann wenden Sie sich bitte direkt an den Autor oder an den MEDI Verbund in Stuttgart.

KONTAKTE:

Dr. med. Markus Klett,
Tel. 0711/ 95469010,
E-Mail: markus.klett@dgn.de

Beim MEDI Verbund:
Ansprechpartner: Thomas Rademacher,
Tel. 0711/ 8060790
E-Mail: rademacher@medi-verbund.de

Anzeige

KV-Wahl

Nur wer die Solidarität lebt, sollte gewählt werden

MEDI Berlin setzt sich für fachübergreifende Zusammenarbeit ein



Vor der Wahl zu den neuen KV-Gremien macht der Berliner MEDI Verbund klar, wofür er steht: Als komplementärer Verbund zur Kassenärztlichen Vereinigung setzt er sich für die Interessenvertretung seiner Mitglieder, aber auch für eine fachübergreifende wohnortnahe Versorgung der Patienten ein. Die Berliner MEDI Mitglieder wollen in der neuen Vertreterversammlung keine Selbstdarsteller und zahnlosen Papiertiger, sondern Kollegen, die den MEDI Gedanken leben und sich für die ärztliche Solidarität einsetzen.

- Der MEDI Verbund Berlin bekennt sich zu seinen Zielen als Parallelorganisation der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin mit komplementärem Auftrag, der für alle Berliner Vertragsärzte offen ist, die sich seiner Satzung anschließen.

- Ziel des MEDI Verbundes ist die Entwicklung und Umsetzung eines fachübergreifenden Konzeptes kollegialer Zusammenarbeit zwischen den ärztlichen Berufsgruppen (Haus- und Fachärzte). Tendenzen zur Entsolidarisierung soll entgegengewirkt werden.
- In der Zusammenarbeit zwischen Haus- und Gebietsärzten ist das Recht des Versicherten auf eine freie Arztwahl strikt zu beachten.
- In der Zusammenarbeit zwischen Haus- und Gebietsärzten ist das Prinzip der qualifizierten Überweisung, problemadäquaten Stufendiagnostik, der Berichtspflicht an den Überweiser und die Einholung einer Zweitmeinung vor einer fachfremden Krankenhauseinweisung zu beachten.

So bekennt sich der MEDI Verbund Berlin zu einem konstruktiven und kooperativen Miteinander zwischen haus- und gebietsärztlich tätigen Mitgliedern. Er hat dieses in seiner Satzung verankert und lebt es in seinen Gremien. Die Mitglieder des MEDI Verbundes halten ein derartiges Miteinander statt eines Gegeneinanders für die rationale Basis als gesundheitspolitische Antwort auf die Versuche der gesetzlich angedachten Spaltung der Ärzteschaft.

Unter dem jetzigen wirtschaftlichen und politischen Druck wäre es kurzfristig, die Auseinandersetzung zwischen den Arztgruppen zu suchen.

Kontakte

MEDI Verbund Berlin c/o HWS
Bleibtreustraße 24, 10707 Berlin
Tel. 030/88 70 99 75
Fax 030/88 70 99 74
info@mediberlin.de

Ärzteinitiative

Vorsitzender: Dr. Wolfgang Mitlehner, Turmstr. 21, 10559 Berlin,
Tel. 030/391 87 47
Fax 030/39 90 38 89
wolfgang.mitlehner@t-online.de

MEDI GmbH Berlin

Geschäftsführer: Dr. Friedrich Kruse,
Tel. 030/831 32 61
dres.kruse@t-online.de

Der MEDI Verbund Berlin appelliert an die Mitglieder und Vertreter der KV Berlin, diesen Geist des Miteinanders zwischen Haus- und Gebietsärzten und psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten umzusetzen und zu leben.

In diesem Sinne ruft der MEDI Verbund Berlin alle Mitglieder und die Mitglieder der KV Berlin auf, sich an der Wahl zur Kassenärztlichen Vereinigung zu beteiligen und dabei nur Kandidaten zu wählen, die für ein derartiges Miteinander stehen und dieses durch ihre aktive Mitgliedschaft im MEDI Verbund ausdrücken. Unterstützen Sie den MEDI Verbund, indem Sie dem/den MEDI Vertreter(n) der jeweiligen Liste Ihre Stimme geben.

Ärzte, die ihr Profil in der Entsolidarisierung der Arztgruppen suchen, sollen in der Vertreterversammlung der KV Berlin keinen Platz haben.

*Dr. med. Wolfgang Mitlehner,
Dr. med. Wolfgang Kreisler*

Der Juni kommt bestimmt.
Und mit ihm die neue

MEDI *TIMES*

Neues Logo & Neues Layout

Lebendig, modern und immer brandaktuell

MEDI Ärzte aus Berlin
finden alle wichtigen Termine,
im Internet unter

www.MEDIBERLIN.de

Anzeige

KV-Wahl

Fachübergreifende Solidarität sichert die Freiberuflichkeit

Wenn MEDI Ärzte in der neuen Landes-KV mitreden wollen, müssen Einzelinteressen weichen



In Rheinland-Pfalz geht eine Ära zu Ende: Im Herbst werden die vier Kassenärztlichen Vereinigungen Trier, Koblenz, Rheinhessen und Pfalz zu einer Landes-KV Rheinland-Pfalz zusammengelegt. Die KV-Wahlen bedeuten für die dortigen Ärzte eine Neuordnung des berufspolitischen Umfeldes. Die MEDI Verbände Trier und Pfalz wollen die KV-Wahl dazu nützen, eigene MEDI Vertreter in die neuen KV-Gremien hineinzubekommen. Denn das Beispiel Nordwürttemberg hat bewiesen: Da MEDI eine Parallelorganisation zu den Kassenärztlichen Vereinigungen ist, ist auch eine Personalunion in KV und MEDI für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten von Vorteil.

Auch wenn das Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz (GMG) erste Entwicklungen angestoßen hat, die zu einem Verlust der Autonomie der Kassenärztlichen Vereinigungen und zu einem größeren Einfluss der Krankenkassen führen (zum Beispiel bei der Honorarverteilung oder bei den Verträgen zur integrierten Versorgung), so strebt MEDI doch keineswegs die Abschaffung der KVen an.

Auch die derzeit schwierige Situation im Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ändert nichts an den Zielen des MEDI Ver-

bunds: Die Vertragsärzte müssen sich komplementär zu den KVen organisieren, um den Verlust an Verhandlungskompetenz, den die Politik den Kassenärztlichen Vereinigungen aufzwingt, durch eine fachübergreifende Einigkeit und Anbietermacht der Verbundstruktur aufzufangen. Wo immer es möglich ist, wird MEDI jedoch versuchen, Verträge dreiseitig, das heißt unter Einbeziehung der KV, abzuschließen.

MEDI bietet Schutz vor Kassenwillkür

Der fachübergreifende Charakter der MEDI Netze und der Grundsatz, dass keine Verträge zu Lasten anderer Fachgruppen abgeschlossen werden dürfen, bietet in erster Linie einen sicheren Schutz vor Kassenwillkür und beliebigem Ausbooten von einzelnen Gruppen oder Praxen durch die Krankenkassen. Was MEDI in Frage stellt, ist lediglich der Körperschaftliche Status der Kassenärztlichen Vereinigungen, der sie über das Sozialgesetzbuch V zwingt, Vorgaben des Gesetzgebers umzusetzen, die mit der Interessenvertretung der Vertragsärzte nicht mehr kompatibel sind.

Die gesundheitspolitische Landschaft ist geprägt von vielen Unwägbarkeiten: Seien es die von Ministerin Ulla Schmidt gewünschten medizinischen Versorgungszentren nach altem DDR-Vorbild, die Öffnung der Krankenhäuser in einem bisher nicht absehbaren Ausmaß oder der Versuch, durch Einzelverträge Kollegen aus dem Kollektiv-System herauszulösen und die Gesamtvergütung stetig auszudünnen: Diese Entwicklungen fordern unsere fachübergreifende Solidarität, um unsere Freiberuflichkeit zu sichern und den Patienten ein leistungsfähiges, flexibles Gesundheitssystem zu erhalten.

MEDI: In der KV die Interessenvertretung der Mitglieder stärken

Hier wird MEDI in der neu entstehenden KV Rheinland-Pfalz Flagge zeigen. Das heißt, MEDI Ärzte werden in den dortigen Gremien und der Vertreterversammlung den bestehenden Spielraum nutzen, um die Interessen ihrer

Ansprechpartner der MEDI GbRen in der Pfalz

GbR Westpfalz: Frau Dr. Ultes-Kaiser, Tel.: 063 71/981 00

GbR Donnersberg: Herr Dr. Kühn, Tel.: 063 02/50 77

GbR Kusel: Herr Edlinger, Tel.: 063 73/30 86

GbR Südpfalz: Herr Dr. Kern, Tel.: 072 72/928 00

GbR Landau/SÜW: Herr Dr. Hübner, Tel.: 063 22/24 32

GbR Pirmasens: Herr Dr. Knoth, Tel.: 063 31/7 09 04, Mobil: 01 70/922 83 80

Ärztegemeinschaft im Leininger Land e. V. (AGIL): Herr Dr. Boos, Tel.: 063 59/32 63

Kollegen wieder wirklich zu vertreten und nicht nur Ordnungsfunktionen auszuüben!

Die Entwicklung in Rheinland-Pfalz wird ganz wesentlich davon abhängen, ob es gelingt, Partikularinteressen zurückzustellen und gemeinsame Zielsetzungen umzusetzen. Die intensive Zusammenarbeit von MEDI Trier und MEDI Pfalz ist die Basis dafür, dass sich die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten in Rheinland-Pfalz nicht nur fachübergreifend, sondern auch über regional festgelegte Grenzen hinaus schlagkräftig organisieren können.

*Dr. med. Sigrid Ultes-Kaiser,
Sprecherin der MEDI Westpfalz GbR*

Alterssicherung

Erweiterte Honorarverteilung soll Ärzten Altersversorgung sichern

Solange die KVen den Sicherstellungsauftrag haben, müssen die Ärzte nicht um ihr Geld zittern



Im Alter soll jeder Arzt das Geld bekommen, das ihm zusteht.

Vertragsärzte in Hessen haben für den Ruhestand mehrfach vorgesorgt. Sie erhalten Leistungen aus dem Versorgungswerk der Kammer und nehmen außerdem an der sogenannten erweiterten Honorarverteilung (EHV) teil. Die Versorgungswerke legen Kapital an, während die EHV ein Umlageverfahren darstellt.

Beide haben ihre Vorteile: Die kapitalisierte Altersversorgung der Kammer erwirtschaftet in Jahren hoher Zinsen gute Erträge, aus denen Leistungen im Alter sprudeln. In den letzten Jahren war es jedoch schwer, am Kapital- und Aktienmarkt Gewinne zu erzielen. Wie viele private Anleger haben auch die Versorgungswerke Kapital eingebüßt – schlecht für die Alten.

Die EHV in Hessen sorgt nach einem anderen Prinzip vor: Sechs Prozent des Honorars der aktiven Ärzte wird für die Altersversorgung aus der Kassenärztlichen Vereinigung abgezweigt und an die inaktiven älteren Ärzte ausbezahlt, gemessen an ihrem Anteil vom Durchschnittshonorar zu ihrer aktiven Zeit. Das beinhaltet einen automatischen Inflationsausgleich. Galoppiert der Geldwertverlust, so werden die Altersbezüge den aktuellen Honoraren entsprechen. Dieses zweite Standbein gibt den hessischen Ärzten

mehr Sicherheit für die Versorgung im Ruhestand: Sozusagen die kapitalgebundene Versorgung für Zeiten im Boom und die Umlagesicherung für Zeiten, in denen Wertverluste stattfinden.

Verbleibt der Sicherstellungsauftrag bei der KV, ist das System stabil. Werden aber Honorare künftig im Rahmen von Einzelverträgen, integrierter Versorgung oder Gesundheitszentren ohne Beteiligung der KV abgeschlossen, gefährdet das Umlageverfahren die Alterssicherung der Ärzte. Sie wird entsolidarisiert.

Die Mandatsträger im MEDI Verbund sind sich einig, dass die solidarische Fortführung der EHV gemeinsam mit der KV Hessen eine wichtige fachübergreifende Aufgabe in der kommenden Legislaturperiode darstellt. Die Sicherung unserer dualen Altersversorgung ist für MEDI Hessen eine Herausforderung. Wir werden für eine solide Basis der Altersversorgung kämpfen. Weder darf jungen Vertragsärzten durch überhöhte Abgaben die Freude an ihrem Beruf, noch den älteren die späten Früchte ihrer Arbeit genommen werden. Wir von MEDI stehen auch hier gemeinsam für den gerechten Weg!

*Dr. med. Robert Wilcke,
Vorsitzender des MEDI Hessen e.V.*

**Ansprechpartner der
MEDI GbRen in Hessen****Wiesbaden-Süd:**

Dr. Serban Salup, Straße der Republik 17, 65203 Wiesbaden
Tel: 06 11/661 32, Fax: 06 11/661 60
E-Mail: s.salup@gmx.com

Rheingau:

Dr. Rainer Terhedebrügge
Kiliansring 5, 65343 Eltville
Tel: 061 23/21 00, Fax: 061 23/49 33
E-Mail: rt@diagnostikpraxis.de

Wiesbaden-Zentrum:

Dr. Axel Wirtz, Saalgasse 40,
65183 Wiesbaden, Tel: 06 11/5 1904,
Fax: 06 11/9 51 89 80
E-Mail: Dr.A.Wirtz@t-online.de

Untertaunus:

Dr. Claus Oppermann, Brunnenstraße 31, 65307 Bad Schwalbach
Tel: 061 24/37 77, Fax: 061 24/14 62
E-Mail: Dr.C.Oppermann@t-online.de

**KV soll ihren körper-
schaftlichen Status
abgeben dürfen**

Einigen niedergelassenen Ärzten ist der körperschaftliche Status ihrer KV ein Dorn im Auge. Deshalb soll nun die Rechtsabteilung der KV Hessen prüfen, wie die KV auf ihren öffentlich-rechtlichen Status verzichten kann. Das hat die Abgeordnetenversammlung der KV Hessen beschlossen. Antragsteller war die Bezirksstelle Gießen. Außerdem soll die Rechtsabteilung prüfen, ob und wie eine einzelne Länder-KV diesen Status kündigen und somit aus der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ausscheiden kann. Zur Begründung des Beschlusses hieß es, wegen der politischen und gesetzgeberischen Umstände werde durch unhaltbare Rahmenbedingungen eine eigenverantwortliche Arbeit in freier Praxis zunehmend unmöglich gemacht. Darüber hinaus sei eine Interessenvertretung der Ärzteschaft durch die KV, insbesondere durch die gesetzlich induzierten neuen Satzungsänderungen, nicht mehr gewährleistet.

Gesundheitspolitik und Unternehmensstruktur

Wohin geht die Reise? MEDI setzt auf Information und Aufklärung

Das Positionspapier soll Ärzten und Psychotherapeuten wichtige Positionen näher bringen

Das Interesse am MEDI Verbund steigt vor allem nach der Gesundheitsreform immer mehr. Trotz vieler Berichte und Informationen rund um den Verbund werden die Positionen von MEDI teilweise aber immer noch nicht verstanden oder sogar absichtlich falsch wiedergegeben. Wir wollen mit diesem Positionspapier diejenigen motivieren, bei MEDI mitzumachen, die von unserer fachübergreifenden Bewegung zwar gehört haben, aber ihre Ziele und Strukturen nicht genauer kennen.

Wie ist MEDI entstanden?

Die Vertragsärztliche Vereinigung Nordwürttemberg, ein 1992 gegründeter fach-übergreifender Berufsverband niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten, hat die MEDI Verbund GmbH 1999 als Unternehmen von Ärzten für Ärzte gegründet. Sie sollte als Parallelorganisation zur Kassenärztlichen Vereinigung Nordwürttemberg (KVNW) gelten. Die Vertreterversammlung der KVNW entschied im gleichen Jahr fast einstimmig (91 Ja-Stimmen, 3 Enthaltungen, keine Gegenstimmen), als Minderheitsgesellschaft mit einem Anteil von 20 % in die GmbH sowie in jede der zwölf regionalen MEDI GbRen einzutreten, um das Know-how der KV im MEDI Verbund zu nutzen. Wir hatten uns deshalb für eine Minderheitsbeteiligung der KV entschieden, weil wir den staatlichen Einfluss über die körperschaftliche Struktur in die GmbH hinein vermeiden wollen.

Die Beteiligung der KVNW an MEDI

Die MEDI-Gründung mit Beteiligung der KV wurde von den niedergelassenen Ärzten in Nordwürttemberg deshalb gewollt, weil die Regierung schon damals unsere körperschaftliche Selbstverwaltung in Frage stellte und zunehmend mit ihrer Abschaffung drohte. Leider wurde die KV, entgegen dem überwältigenden Votum der Vertreterversammlung, für die Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung in der MEDI Verbund GmbH gerichtlich gezwungen, ihren Anteil an der MEDI Verbund GmbH zurückzugeben: Eine kleine Gruppe von Ärzten hatte die vor den Sozialgerichten erfolgreich geklagt. Entgegen der Voten ihrer Gremien mussten sie sich aus MEDI zurückziehen.

Welche übergeordneten Ziele hat der MEDI Verbund?

1. Aufbau einer Interessenvertretung der Niedergelassenen, die mehr als 50 % der Ärzte und Psychotherapeuten einer KV-Region organisiert. Nur in dieser Größenordnung können Ärzte auf gleicher Augenhöhe mit Krankenkassen, Krankenhäusern oder Kapitalgesellschaften verhandeln. Der einzelne Arzt oder die einzelnen Arztgruppen wären hier chancenlos.

2. Aufbau eines regionalen Unternehmens (GmbH), das den niedergelassenen Ärzten gehört. Dieses soll sich durch Wertschöpfung im Gesundheitsmarkt finanziell selbst tragen und seinen Mitgliedern wirtschaftliche Vorteile (z. B. durch gemeinsamen Einkauf) bringen.

Was hat MEDI bis heute organisatorisch erreicht ?

Der MEDI Verbund ist der größte deutsche Praxisverbund. Er zählt bundesweit rund 12.000 Mitglieder und allein in Baden-Württemberg über 6.000. Nordwürttemberg ist die stärkste Region: Dort sind in zwölf regionalen Praxisnetzen über 70 % der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten organisiert. MEDI hat die Kommunikation zwischen Hausärzten, Gebietsärzten und psychologischen Psychotherapeuten auf allen Ebenen verbessert.

MEDI ergänzt und unterstützt die Arbeit der KV Nordwürttemberg und wird als gewerkschaftsähnliche Interessenvertretung im Sinne einer Parallelorganisation dort tätig, wo die KV per Gesetz nicht mehr als Vertragspartner auftreten darf. Die MEDI Verträge innerhalb der Praxisnetze sind für die Mitglieder verbindlich. Damit ist

der MEDI Verbund einerseits im Vertragswesen handlungsfähig (er kann Ja oder Nein zu Vertragsangeboten sagen), andererseits garantiert die Verbindlichkeit dem einzelnen Mitglied, dass er nicht in von Krankenkassen diktierte Einzelverträge einwilligen muss. Denn bei MEDI lautet im Vertragsgeschäft das Prinzip: Entweder alle oder keiner.

Entwicklung von MEDI Baden-Württemberg

Am 19.11.2003 gründeten die Vertragsärztlichen Vereinigungen Nord- und Südwürttemberg, die Nordbadische Ärzteinitiative und der Ärzteverbund Nordbaden für Nordbaden, die Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Fachärzte und das Praxisnetz Kinzigtal für Südbaden vor dem Hintergrund der anstehenden Fusion der 4 KVen in Baden-Württemberg den MEDI Baden-Württemberg e.V. als landesweite fachübergreifende Interessenvertretung. In den letzten 3 Monaten wurden vor allem in Nordbaden neue regionale Netze (in Form von GbRen) aufgebaut. Zwischenzeitlich sind dort über 400 Ärzte und Psychotherapeuten in 8 MEDI GbRen organisiert. Weitere Gründungen finden laufend statt. Insgesamt vertritt MEDI Baden-Württemberg in 26 GbRen rund 6.000 Ärzte und Psychotherapeuten.

Entwicklung von MEDI Deutschland

Am 19.07.2003 gründeten mehrere Ärzteverbände die bundesweite Arbeitsgemeinschaft MEDI Deutschland. An der Gründung waren beteiligt: Die Ärzteinitiative Berlin, die Arbeitsgemeinschaft MEDI Trier und die Vertragsärztliche Vereinigung Trier, der Landesverband Praxisnetze Westfalen-Lippe, die MedUnion Rheinland-Pfalz in Koblenz, die

MEDI Verbände in **Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Pfalz** und **Hessen**, die Nordbadische Ärzteinitiative und die Vertragsärztlichen Vereinigungen Nord- und Südwürttemberg.

Ziele:

- Abstimmung von Zielen und Tätigkeiten der MEDI Verbände insbesondere auf politischem, standespolitischem und wirtschaftlichem Gebiet
- Förderung und Unterstützung regionaler Projekte
- Politische und standespolitische Lobby als fachübergreifende und auf Praxisnetzen basierende Organisation
- Aufbau weiterer MEDI Verbände in Regionen, wo es noch keine Parallelorganisation zur der regionalen KV gibt

Warum wollen wir MEDI als fachübergreifende und auf Praxisnetzen basierende Organisation bundesweit aufbauen?

Vor der Beantwortung dieser Frage steht die folgende Ist-Analyse:

1. Was wollen die politisch Verantwortlichen?
2. Was wollen die Krankenkassen?
3. Was wollen die Ärzte?

Zu 1: Was wollen die politisch Verantwortlichen?

a) Einsparungen im Gesundheitswesen und Senkung der Krankenkassenbeiträge. Das wird öffentlich als „Stärkung des Wirtschaftsstandortes Deutschland“ verkauft.

b) Beibehaltung einer Vollkasko-Rundum-Versorgung, wirtschaftlich abgesichert durch mehr Zuzahlung der Patienten und durch Preisdumping der ärztlichen Leistungen. Das wird unter den politischen Schlagworten „mehr Eigenverantwortung und mehr Qualität durch Wettbewerb“ verkauft.

c) Aushebelung der KVen. Der Sicherstellungsauftrag geht schrittweise zu den Krankenkassen. Originalton Politik: Weg mit den Ärztekartellen, mehr Wettbewerb.

d) „Kassenwettbewerb“, der sich zu einem Wettbewerb um gesunde Versicherte entwickeln wird. Wettbewerbsnachteile werden durch interne Geldtransfers wieder ausgeglichen (Risikostrukturausgleich).

e) „Hollandisierung“ der fachärztlichen Versorgung: Die Facharztpraxis wird entweder an das Krankenhaus gedrängt oder das Krankenhaus übernimmt die ambulante Versorgung ganz. Dafür sorgen Gesetzesänderungen, die die dual-finanzierten Krankenhäuser für die ambulante Versorgung öffnen und die Bildung von Medizinischen Versorgungszentren. Die Facharztpraxen sind dieser Konkurrenz der Krankenhäuser und der Konkurrenz durch Kapitalgesellschaften nicht gewachsen.

Zu 2: Was wollen die Krankenkassen?

a) Die großen Krankenkassen wollen den **Sicherstellungsauftrag.** Sie wollen möglichst alle Leistungen (stationäre und ambulante) für ihre Versicherten durch Ausschreibungen einkaufen.

b) Die Krankenkassen wollen langfristig die **medizinische Qualität der Versorgung** und ihre **Honorierung vorgeben.** Bis es soweit ist, werden die Kassen mit den KVen noch notwendige Verträge abschließen. Bald werden die großen Kassen direkte Verträge an den KVen vorbei abschließen und den KVen bleibt eine Restversorgung.

Zu 3: Was wollen die Ärzte und Psychotherapeuten?

a) Die niedergelassenen Ärzte sind durch 12 Jahre Budgetierung und Reglementierung frustriert und desillusioniert. Die Mehrheit der Praxen lebt von der Hand in den Mund, die Kapitaldecke ist ausgedünnt. Dennoch sind die Vertragsärzte mangels Alternative gezwungen, die häufig nicht mehr kostendeckenden Honorierungen im KV-System hinzunehmen.

b) Die Ärzteschaft ist durch interne Aufspaltung politik- und konfliktunfähig. Es herrscht ein Hausarzt-Facharztkonflikt, ein Konflikt zwischen niedergelassenen und Krankenhausärzten und zwischen Fachärzten und Psychologen. Darüber hinaus sind viele Ärzte nach dem

Gießkannenprinzip in Berufsverbänden, Genossenschaften, Vereinen, Praxisnetzen und Verbänden organisiert. Im Zweifelsfall gilt das Prinzip jeder gegen jeden. Schonungslos könnte die Antwort auf die Frage, was wollen die Ärzte, vielleicht so lauten: Ärzte und Psychotherapeuten wollen irgendwie bessere Arbeitsbedingungen, ohne dafür interne Einigkeit zu schaffen und gemeinsam politisch zu kämpfen. Damit tragen sie wesentlich zur fortschreitenden Selbstentwertung und Drangsalierung durch die Politik bei.

Was wird MEDI aufgrund der Ist-Analyse tun?

1. Aufbau einer Parallelorganisation zur KV, die insbesondere durch politische Entscheidungen verloren gegangene Interessenvertretung übernimmt.

2. Fachübergreifende Organisation. Haus- und Fachärzte haben die gleichen wirtschaftlichen Interessen. Nur gemeinsam sind wir stark.

3. Organisation unserer Mitglieder in regionalen Netzen und überregional im Verbund. Das sichert die wirtschaftlichen Interessen des Einzelnen und die wohnortnahe ambulante Versorgung der Patienten.

4. Aufbau von Marktmacht durch gemeinsames Handeln.

5. Gleiche Augenhöhe im Vertragswettbewerb gegenüber den Nachfrageroligopolen der Krankenkassen, den Krankenhäusern und Kapitalgesellschaften.

6. Kooperation mit allen Unternehmen im Gesundheitsmarkt als gleichwertige Partner. Insbesondere sind Kooperationen mit den Krankenhäusern anzustreben.

7. Stärkung der Freiberuflichkeit durch wirtschaftliche Unabhängigkeit. Die nächsten Jahre werden zeigen, ob wir mittelständische Unternehmer bleiben oder die Mehrheit in wirtschaftliche Abhängigkeit und Angestelltenstatus gerät.

8. Rückgewinnung der Politikfähigkeit, indem wir Konflikte nach innen austragen, demokratisch entscheiden und nach außen solidarisch mit einer Stimme sprechen.

9. Erhalt der Einzelpraxis in Kooperation mit Praxisgemeinschaften und flexiblen Versorgungsformen wie selbstbestimmten Ärztehäusern oder Versorgungszentren.

10. Aufbau einer wirtschaftlichen Zukunftsoption für die freiberuflichen niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten im Wettbewerb der Zukunft.

Warum ist es besser, zusammenzubleiben, als sein Heil in Einzelverträgen zu suchen?

Einfach deshalb, weil dies ökonomisch sinnvoller ist. Können Sie sich vorstellen, was passiert, wenn zukünftig die Krankenkasse die niedergelassenen Ärzte im Rahmen von Ausschreibungen einzeln einkaufen? Der einzelne Arzt wird sich einem Preisdiktat und Preisdumping unterwerfen müssen. Einen Vorgeschmack haben die Ausschreibungen der Krankenkassen bezüglich der Akupunktur geliefert. Hier wurde eine Leistung, die vorher nach GOÄ mit ca. 45 Euro bezahlt wurde, ausgeschrieben mit der Frage, wer die gleichen Leistungen für 25 Euro erbringt. Das Ergebnis ist bekannt.

Wir wollen nicht, dass der einzelne Arzt oder Psychotherapeut der geballten Nachfragemacht anderer ausgeliefert ist. Deshalb ist es Ziel des MEDI Verbundes, in jeder KV Region in Deutschland mehr als 50 % der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im Verbund, also fachübergreifend und in Praxisnetzen zu organisieren. Einzeleinkauf und Rosinenpickerei der Krankenkassen werden dann nicht mehr möglich sein. Ohne die Zustimmung der Ärzte im Verbund wird niemand eine flächendeckende ambulante Versorgung realisieren können.

Unser Produkt, das wir als niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten im Praxisnetz anbieten, ist die flächendeckende wohnortnahe haus- und fachärztliche Versorgung. Niemand außer uns ist in der Lage, die ambulante Versorgung der Patienten wohnortnah zu garantieren. Wir sind somit im MEDI Verbund konkurrenzlos organisiert, denn weder Krankenhäuser noch Kapitalgesellschaften können eine flächen-

deckende und fachübergreifende Versorgung der Patienten realisieren.

Positionen zu aktuellen standes- und gesundheitspolitischen Themen

1. Praxisgebühr

Wir klagen im einstweiligen Anordnungsverfahren und im Hauptverfahren vor mehreren Gerichten gegen das Inkasso dieser Gebühr in unseren Praxen. Es ist ein Inkasso für Dritte, nämlich für die Krankenkassen. Das Inkasso und die damit verbundene Bürokratie belasten unsere Praxisteams und das Arzt-Patientenverhältnis und führt zu zusätzlichen Unkosten in den Praxen. Die Kassen sollen die 10 Euro selbst einziehen, es ist ihr Geld und erhöht nur ihre Einnahmen.

2. Der neue EBM 2000plus

Wir lehnen die Einführung des neuen EBM zum 01.10.2004 entschieden ab. Wir versuchen mit all unseren gewählten Vertretern in der ärztlichen Standespolitik die Einführung zu verhindern.

Der EBM bringt nicht mehr Geld, er bringt nur mehr Punkte und eine Umverteilung zwischen den Fachgruppen und innerhalb der Fachgruppen. Dies wird uns in einer Zeit, wo wir uns eigentlich gegen die Drangsalierungen des Staates wenden müssten, in innerärztlichen Diskussionen und im innerärztlichen Dissens gefangen halten.

Aus unserer Sicht sollte die KBV ihre ganze Kraft dafür einsetzen, dass wir ab 2007 das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen übertragen. Hierzu sieht der Gesetzgeber ab 2006 die so genannten Regelleistungsvolumen vor, und ab 2007 sollen die Honorarbudgetgrenzen wegfallen und das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen übertragen werden. Bis heute weiß niemand innerhalb der KBV und den KVen, wie diese Regelleistungsvolumen aussehen sollen. Stattdessen setzt die KBV ihre ganzen personellen Ressourcen zur Einführung des EBM ein. Sie tut dies, ohne dass die vielen Ungereimtheiten im EBM mit den betroffenen Fachgruppen geregelt wären. Sie tut dies unter einem enormen Zeitdruck. Sie führt den EBM ge-

gen die Mehrheit der niedergelassenen Ärzte ein und riskiert, den letzten Rest an Glaubwürdigkeit dadurch zu verlieren.

Völlig unberücksichtigt in der EBM Diskussion blieb, dass, wenn der EBM im Oktober eingeführt wird, den Ärzten innerhalb von drei Jahren, drei verschiedene Honorarverteilungsmaßstäbe aufgezwungen werden und somit jegliche Planungssicherheit für die einzelne Praxis entfällt. Unklar bleibt auch, wie die EDV Anbieter den dauernden Wechsel der HVMs zeitgerecht in den Praxisprogrammen umsetzen sollen. Damit mag die KBV ihre gesetzlichen Aufgaben übererfüllen, ein solcher Umgang mit ihren Mitgliedern hat aber mit Interessensvertretung nichts mehr zu tun.

Unsere Forderungen bezüglich des EBM:

1. Definition von Regelleistungsvolumen, welche ab 2006/2007 zu morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumen weiterentwickelt werden können.
2. Die Einführung des EBM erst nach weiteren Berechnungen und neuen Kalkulationen im Konsens mit den Fachausschüssen und Berufsverbänden.
3. Die Einführung des EBM erst mit den morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumen. Bis dahin sollten wir mit dem alten EBM weitermachen und die jetzigen Honorarverteilungsmaßstäbe zu Regelleistungsvolumen weiterentwickeln, damit die gesetzlichen Vorgaben ab dem 01.10.2004 erfüllt sind.

3. MEDI steht für eine sach- und leistungsgerechte Honorierung bei den neuen Vertragsformen

a) Kostenerstattung

Wir wollen die Kostenerstattung, allerdings löst ihre Einführung nicht unsere wirtschaftlichen Probleme. Die Kostenerstattung ist nur ein anderes Inkassoverfahren als z. B. das Sachleistungssystem. Sie wird von uns angestrebt und politisch gefordert, weil sie eine bessere Transparenz bringt und jegliche Art der Honorar-

verteilung überflüssig macht. Wir wollen, dass die PKV wie für den stationären Bereich auch attraktive Zusatztarife anbietet, damit GKV Patienten auch im ambulanten System zu Privatpatienten werden.

Die Kostenerstattung allein schützt den einzelnen Arzt jedoch nicht vor Einzeleinkauf und Preisdumping. Wer meint, allein durch die Kostenerstattung Freiberuflichkeit und wirtschaftliche Unabhängigkeit der einzelnen Praxis zu sichern, der irrt. Gerade die großen Kassen, die Nachfrageoligopole im Gesundheitswesen, werden auch bei einer Kostenerstattung nicht davor zurückschrecken, sich durch Ausschreibungen diejenigen Ärzte zu suchen, die ihnen auch im Rahmen der Kostenerstattung ihre Patienten zu von den Kassen vorgegebenen Qualität und Preisen versorgen. Auch bei einer Kostenerstattung ist die Organisation innerhalb des MEDI Verbundes unerlässlich, damit sie nicht zu Lasten der niedergelassenen Ärzte geht.

b) Integrierte Versorgung

Grundsätzlich bewerten wir die Koordination und Kooperation zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens positiv. Die Bildung eines eigenen Honorartopfes aus jeweils 1 % der ambulanten und stationären Versorgung durch den Gesetzgeber hat aber deutschlandweit bei Krankenhäusern und Niedergelassenen zu unkoordinierten Aktionen geführt.

Das Risiko des Verlustes dieses einen Prozentes birgt für die ambulante medizinische Versorgung aber auch Chancen: Wenn es gelingt, durch konsequente Anwendung des Grundsatzes ambulant vor stationär, die Patienten, wo immer dies medizinisch sinnvoll ist, im ambulanten Sektor zu halten, hat das vier positive Effekte:

- Die Patienten und ihr Umfeld werden weniger stark beeinträchtigt,
- Die Kosten werden bei gleichbleibender Behandlungsqualität deutlich gesenkt,
- Ambulant operierende Ärzte erhalten zusätzliches gutes Geld für gute Leistungen,
- Die Anzahl der wegen der Anreize im DRG-System „blutig“ entlassenen

Patienten wird gesenkt.

Die Integrationsversorgung über den haus- und gebietsärztlichen Sektor hat außerdem den praktischen Vorteil, dass wir sie innerhalb des MEDI Verbundes ohne Einbindung starker externer Partner mit antagonistischen Interessen organisieren können.

Für das Verhältnis von MEDI zu den Krankenhäusern ist entscheidend,

- dass die Krankenhäuser nur das von ihnen selbst finanzierte 1 % aus dem Topf der integrierten Versorgung abrufen. Darüber hinausgehende Ansprüche würden Gegenmaßnahmen von MEDI provozieren.
- dass die Krankenhäuser aufhören, teure Originalpräparate zu verschreiben, die die Medikamentenbudgets der Vertragsärzte sprengen, vor allem dann, wenn es alternativ preiswerte Generika gibt (z.B. Sortis und Simvastatin)
- dass die Krankenhäuser auf regionaler Ebene bei früherer Entlassung Regelungen mit den Praxisnetzen (GbRen) finden, wie eine frühere Entlassung geregelt und vergütet wird.

c) DMP

Disease Management Programme (DMP), verstanden als strukturierte, sektorübergreifende Behandlungsprogramme für chronisch Kranke, sind zu begrüßen, wenn sie folgenden Kriterien genügen:

- Definition einer Qualität, die dem Arzt selbstverantwortlich einen Behandlungskorridor entsprechend dem Stand des medizinischen Wissens lässt. Eine Einschränkung der Therapiefreiheit nach nicht evidenzbasierten Behandlungsleitlinien (Fließbandmedizin) lehnen wir ab.
- Dokumentation entsprechend den medizinischen Notwendigkeiten. Eine sachlich nicht gerechtfertigte Bürokratisierung des Arztberufs zu Lasten der Betreuung unserer Patienten lehnen wir ab.
- Wir wollen für unsere Leistungen in DMP – wie für alle unsere anderen Leistungen auch – ein leistungsgerechtes Honorar, auch für die auf ein Minimum zu reduzierende Dokumentation.

d) Hausarztmodelle

Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V: Seit dem 01.01.04 können sich Versicherte gegenüber ihrer Krankenkasse schriftlich verpflichten, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihnen ausgewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. An diese Vereinbarung und an seinen Hausarzt ist der Versicherte dann mindestens ein Jahr lang gebunden. Der Versicherte kann seinen Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln.

Ambulantes Integrationsmodell:

Dem stellt MEDI ein ambulantes Integrationsmodell entgegen, bei dem der Patient weiterhin freien Zugang zum Gebietsarzt hat. Bei gebietsärztlichem Primärzugang informiert der Gebietsarzt den Hausarzt über Diagnose und vorgeschlagene Therapie. Bei entsprechender Diagnose gibt der Hausarzt in einer Stellungnahme dem Gebietsarzt gegenüber an, ob er eine ausschließliche Weiterbehandlung durch den Gebietsarzt, eine Mitbehandlung oder eine ausschließliche hausärztliche Behandlung vorschlägt (siehe auch integrierte Versorgung).

e) Besondere Versorgungsformen

Besondere Versorgungsformen sind ein Sammelbegriff für alle hinreichend genau abgrenzbaren medizinischen Bereiche, die per Vertrag zwischen Kassen und Leistungserbringern aus dem Versorgungsauftrag der KVen und damit aus der Gesamtvergütung ausgegliedert werden. Solche Modelle sind nur akzeptabel, wenn sich dadurch keine Fachgruppe zu Lasten einer anderen Teile aus dem Honorarkuchen schneidet.

f) Medizinische Versorgungszentren

Seit dem 01.01.2004 können alle Leistungserbringer (Vertragsärzte, Krankenhäuser, Apotheker etc.) Medizinische Versorgungszentren (MVZ) betreiben. In der Pressemitteilung der Bundesgesundheitsministerin vom 17.10.2003 hieß es dazu: „Als Vorbild dienen ... die Polikliniken der ehemaligen DDR.“ Gegenüber der bisherigen Regelung, dass ambulante Medizin nur von Freiberuflern einzeln oder in als GbR organisierter Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft betrieben werden konnte, sind

jetzt alle Rechtsformen (z.B. GmbH oder AG), auch (ausschließlich) mit angestellten Ärzten möglich. Am bisherigen Zulassungssystem ändert sich nichts, d.h. MVZ können nur mit den bisher niedergelassenen Ärzten bzw. durch die Akquisition einer Neuzulassung betrieben werden. MVZ können nach der derzeitigen – jederzeit änderbaren – Regelung entgegen ersten Befürchtungen nicht von Krankenkassen oder externen Unternehmen gegründet werden.

Damit können Krankenhausträger, die nach Einführung der DRGs über freie Raum- und Technikkapazitäten verfügen, den Niedergelassenen mittelfristig eine existenziell gefährdende Konkurrenz machen.

Es wird nicht zu verhindern sein, dass Krankenhäuser Facharztpraxen aufkaufen. Es sind schon Preise bis zu 500.000 Euro in der Diskussion. Dies scheint der Markt im Augenblick herzugeben, weil Arztsitze in den MVZ auch der Bedarfsplanung unterliegen. Es ist aber davon auszugehen, dass schon mittelfristig die Preise fallen und auch einzelne Krankenhäuser feststellen werden, dass sich ein MVZ nicht rechnet.

Gelingt es den Krankenhäusern, Praxen aufzukaufen und solche Versorgungszentren am Krankenhaus zu etablieren, so sind diese eine Konkurrenz für die ambulanten Fach-/Hausarztpraxen. Die Krankenhäuser sind dual finanziert und sind im freien Wettbewerb deshalb unseren Praxen, die wir allein aus unseren Einkünften finanzieren müssen, wirtschaftlich überlegen.

Insofern gilt es, die Marktmacht der regionalen MEDI GbRen zu nutzen. Es ist anzustreben, dass alle Versorgungszentren, auch die an Krankenhäusern, nur mit Zustimmung der regionalen Praxisnetze etabliert werden. Die in den Praxisnetzen entstandenen Versorgungszentren, auch die an den Krankenhäusern, sollen in die MEDI GbR und in den MEDI Verbund eingebunden werden. Wir erreichen so eine bessere Verhandlungsposition im Vertragssektor gegenüber den Krankenkassen. Zudem ist das Berufsrecht so zu ändern, dass wir uns als niedergelassene Ärzte genauso organisieren können wie Krankenhäuser oder Kapitalgesellschaften, nämlich als GmbH und auch als solche abrechnen können.

In jedem Fall rechnen MVZ zwingend gemeinsam ab.

Wir wollen keinen Neuaufguss der Polikliniken der sozialverträglich spät abgelebten DDR, sondern stellen dem das Konzept von Ärztehäusern und dezentralen Netzwerken (virtuellen Ärztehäusern) gegenüber, in denen Ärzte freiberuflich und selbstverantwortlich arbeiten. Über die Intensität der Kooperation bei

- Abrechnung
- Praxismanagement
- OP-Nutzung
- Gerätegemeinschaft
- Personalpool
- Empfang
- Patientenschulung
- Marketing

entscheiden die Beteiligten selbst nach einem Baukastensystem. Der Grad der Kooperation kann je nach Erfahrung im Laufe der Zeit erhöht werden. Das hat den Vorteil, dass man nicht bei Gründung sofort eine perfekte Lösung für die Ewigkeit finden muss.

Nach dem MEDI Modell können die Mitglieder die Kooperation je nach Standort und Neigung der Beteiligten intensivieren und gleichzeitig ihre Selbstständigkeit bewahren.

Haftung der GbRen

Die GbRen haben mit der MEDI Dienstleistungs GmbH einen Geschäftsbesorgungsvertrag. In diesem verpflichtet sich die MEDI Dienstleistungs GmbH, verwaltungstechnische Aufgaben zu übernehmen, Einkaufsverträge für die Ärzte der GbRen zu schließen, Weiterbildungsveranstaltungen zu organisieren und Verhandlungen mit den Kassen und Krankenhäusern zu führen.

- Verwaltungstechnische Aufgaben beinhalten das Führen der Mitgliederdatei, Einladungen zu Versammlungen auszusenden etc. Haftungen entstehen dadurch nicht.
- Bei den Einkaufsverträgen handelt es sich um Rahmenverträge, die bestimmte Rabatte für Ärzte beinhalten. Die Einkaufsmöglichkeiten ha-

ben nur MEDI Ärzte. In diesen Fällen kommt ein Kaufvertrag zwischen dem Arzt und dem Lieferanten auf der von MEDI ausgehandelten Preisbasis zustande. Auch in diesem Fall wird kein Vertrag mit einer GbR geschlossen.

- Bei Verträgen mit Krankenkassen und/oder anderen Leistungserbringern wie Krankenhäusern oder Reha – Einrichtungen handelt es sich ebenfalls nur um Rahmenverträge. Wie bei der Akupunktur oder auch bei den DMP's tritt der einzelne Arzt diesem Angebot durch Unterzeichnung eines eigenen Vertrags bei, der sich dann an den Bedingungen des Rahmenangebotes orientiert. Auch in diesen Fällen wird kein Vertrag mit einer GbR geschlossen.

In allen Verträgen wird nie eine GbR direkt oder indirekt Vertragspartner. Insofern kann es auch nicht zu einer Durchgriffshaftung von der GmbH zur GbR kommen (mangels vertraglicher Verpflichtung einer GbR).

Wenn jemand haftet, ist es die MEDI Dienstleistungs GmbH und zwar ausschließlich mit ihrem Vermögen nach den gesetzlichen Vorschriften. Aus dem Vermögen stammen 25.000 € aus Mitteln der Vertragsärztlichen Vereinigung, der Rest wurde selbst erwirtschaftet. Die zurzeit geplante Kapitalerhöhung wird aus Eigenmitteln vorgenommen. Die Ärzteschaft haftet demnach nur mit 25.000 €. Pro Arzt war das bei der Gründung ein Einsatz von weniger als 10 €. Die MEDI Dienstleistungs GmbH hat nie weitere Beiträge von Ärzten erhalten. Nun sollte der Leser sich fairerweise fragen, wie hoch die Einlagen bei ärztlichen Genossenschaften sind: 500 € und mehr sind keine Seltenheit.

Dr. med. Werner Baumgärtner

**Juristische Ausführungen
zur Haftung unter
www.medi-deutschland.de**

Anzeige

Versorgungsverträge**Nur durch Verbindlichkeit erreicht MEDI Verhandlungsstärke**

Demokratisches Konstrukt: Bei Vertragsverhandlungen werden Ärzte von der Basis einbezogen



Die Verbindlichkeit bei Versorgungsverträgen mit Krankenkassen, Krankenhäusern und anderen Leistungsanbietern im Gesundheitswesen ist das Herzstück des MEDI Verbundes. Denn nur durch die Bündelung der Verhandlungsmandate aller Mitglieder kann MEDI eine starke Verhandlungsposition für alle Ärzte und Psychotherapeuten aufbauen.

Zentral und regional – in MEDI ist das kein Widerspruch

Der MEDI Verbund ist demokratisch organisiert. Deshalb sind erfahrene Mitglieder aus den Regionen auch bei der Ausarbeitung von Versorgungsverträgen wertvolle Input-Geber und Partner und sollten daher bei den Verhandlungen mit am Tisch sitzen. Der MEDI Verbund strebt einen Erfahrungsaustausch über alle Regionen und Fachgruppen an und bezieht die Ärzte und Psychotherapeuten an der Basis in die Verhandlungsgespräche von vorneherein mit ein. Sind bestimmte Regionen oder Fachgruppen von einem Vertrag in irgendeiner Weise besonders betroffen, können sich ihre Vertreter an den Verhandlungen beteiligen.

Die letzte Entscheidung zu den Vertragsabschlüssen liegt jedoch immer beim Erweiterten Vorstand, dem Ent-

scheidungsgremium des MEDI Verbunds, in dem mindestens ein Vertreter pro GbR sitzt. Das gilt für alle Einzelmitglieder, Fachgruppen und Regionen gleichermaßen. Anders ist das Ganze nicht handhabbar. Denn Gruppenprivilegien und dezentrale Verhandlungen würden die Verhandlungsstärke von MEDI wieder aushebeln.

So wirkt das Verhandlungsmandat

Das exklusive Verhandlungsmandat für MEDI hat drei Effekte:

- MEDI kann durch eine flächendeckende Verweigerung einseitige Einkaufsmodelle der Kassen verhindern.
- MEDI kann umso bessere Verhandlungsergebnisse erzielen, je größer der Organisationsgrad von MEDI in der betreffenden Fachgruppe ist.
- Durch einen Zusammenhalt im gesamten ambulanten Sektor kann verhindert werden, dass einzelne Fachgruppen – wie gut auch immer organisiert – auf sich alleine gestellt von den Kassen sukzessive durch Ausschreibungen an Krankenhäuser oder verwandte Fachgruppen aus dem Markt gedrängt werden.

Auch alle anderen Ziele des MEDI Verbunds, wie leistungsgerechte Honorare oder ärztliche Vorstellungen von Qualität, lassen sich immer nur in Verträgen mit den anderen Beteiligten im Gesundheitswesen durchsetzen.

Wer bei MEDI mitmacht, darf nicht ausscheren

MEDI führt die Vertragsverhandlungen immer unter Beteiligung der betroffenen Ärzte und Psychotherapeuten. Mit dem Vertragswerk verpflichtet sich jedes Mitglied, keine Verträge an MEDI vorbei abzuschließen. Mit dieser Solidarität will der MEDI Verbund die alte und leider noch weitverbreitete ärztliche Krankheit der Zerstrittenheit heilen.

*Stefan Weresch,
Prokurist der MEDI Dienstleistungs
GmbH*

Klartext**Bei MEDI haftet nur die Dienstleistungs GmbH**

MEDI Mitglieder haften nicht mit ihrem Vermögen, obwohl sie in einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) organisiert sind. Das betont die MEDI Geschäftsführung in Stuttgart, nachdem es bei GbR-Gründungen erneut Diskussionen und Panikmache von MEDI Gegnern dazu gegeben hat.

Zwar gibt es eine Regelung des Bundesgerichtshofs, wonach neue Gesellschafter einer GbR mit ihrem Privatvermögen auch für die Altschulden der GbR haften. Das gilt aber nicht für MEDI Mitglieder. Denn bei MEDI haftet allein die Dienstleistungs GmbH mit ihrem Vermögen. Da die GbRen laut Satzung keine Verträge abschließen dürfen, können sie auch nicht dafür haften. Damit werden die MEDI GbRen zu reinen Innengesellschaften. Die GmbH darf als einzige Verträge mit Krankenkassen, Krankenhäusern, Pharmafirmen und Dienstleistern abschließen. Die abgeschlossenen Verträge berechtigen und verpflichten nie die GbR als Ganze, sondern nur das einzelne Mitglied. So haftet jeder Gesellschafter immer nur für sich und nicht für andere mit. as

IGeL

MEDI Ärzte bleiben nicht auf der „Kassenmedizin“ sitzen

IGeL finden immer mehr Akzeptanz/ Eigene MEDI IGeL-Listen bieten auch juristische Sicherheit



IGeL können Einkommensverluste in den Praxen abfangen.

Kaum ein Bereich im Gesundheitsmarkt floriert bei MEDI so stark wie die individuellen Gesundheitsleistungen, kurz IGeL genannt. Der Verbund schult und informiert seine Mitglieder dazu nach wie vor. Einige MEDI Ärzte haben sich in der Zwischenzeit zu wahren IGeL-Experten entwickelt. Und wer die IGeL früher noch misstrauisch beäugt hatte, erkennt in ihnen heute eine seriöse Möglichkeit, Einkommensverluste abzufangen.

Die Zeiten im Gesundheitswesen sind für Ärzte härter geworden. Wer glaubt, dass es schlimmer nicht mehr geht, sieht sich durch die Reformen des Gesetzgebers schnell eines Besseren belehrt. Waren wir Ärzte bisher schon durch die Begrenzung unserer Umsätze über den floatenden Punktwert und die Koppelung unseres Honorars an die Steigerung des Bruttoinlandsprodukts gebunden, setzt die seit letztem Jahr eingeführte Nullrunde, die eigentlich eine Minusrunde ist, dem Ganzen noch die Krone auf.

Mithilfe von individuellen Gesundheitsleistungen können niedergelassene Ärzte einen Teil ihrer Einkommensverluste abfangen. Das hat auch der MEDI Verbund erkannt und unterstützt seine Mitglieder dabei auf mehreren Ebenen: Allein der MEDI IGeL-Kongress lockte auf der Messe MEDIZIN

2003 in Stuttgart rund 1500 Besucher in nur drei Tagen an. Das MEDI IGeL-Kompendium wurde zusammen mit der „Ärztlichen Praxis“ vertrieben und in ganz Deutschland 8000 Mal verkauft. Und auch die MEDI IGeL Workshops sind immer ausgebucht.

Damit beweist der MEDI Verbund, dass sich seine Ärzte nicht nur auf die „Kassenmedizin“ begrenzen. Statt dessen bieten sie ihre medizinische Kompetenz breitflächig an. Die MEDI IGeL-Listen sind sinnvoll nach den Regeln der Gebührenordnung für Ärzte zusammengestellt und bieten darüber hinaus ein hohes Maß an juristischer Sicherheit.

Einstieg in eine neue Systematik

Während andere Selbstzahler-Projekte kaum eine Rolle spielen, ist die Geschichte des MEDI IGeL-Konzepts eine Erfolgsstory mit zunehmender Akzeptanz. MEDI versteht die IGeL als Einstieg in eine neue Systematik im Gesundheitswesen: Die Versicherten sollen zwischen Grundleistungen und medizinisch sinnvollen Wahlleistungen, wie IGeL oder Angebote aus dem Wellness-Bereich wählen können. In einem weiteren Schritt visieren wir das Ziel der Kostenerstattung im gesamten GKV-Bereich mit Rechnungsstellung an die Patienten an. MEDI Mitglieder, die Ihren Patienten schon jetzt GOÄ-

Rechnungen über individuelle Gesundheitsleistungen ausstellen, sind für ein solches Szenario bestens vorbereitet.

*Dr. med. Rainer Graneis,
Sprecher der MEDI Esslingen GbR*

Der Autor



Dr. med. Rainer Graneis ist nicht nur Sprecher der MEDI Esslingen GbR in Baden-Württemberg und dortiger Ärzteschaftsvorsitzender. Vielmehr hat sich der 48-jährige Allgemeinarzt bei MEDI einen Namen als IGeL-Experte gemacht: Graneis hatte die ärztliche Leitung beim MEDI IGeL-Kongress auf der MEDIZIN 2003 in Stuttgart und ist der Ansprechpartner für MEDI Ärzte in Sachen IGeL. Nicht nur seine Kollegen, auch die Medien sind auf Graneis aufmerksam geworden und schätzen sein Know-how für ihre Berichterstattung.

Darüber hinaus wird Rainer Graneis für einen Sitz in der Vertreterversammlung der neuen KV Baden-Württemberg kandidieren.

Kontakt:

Dr. med. Rainer Graneis,
Hindenburgstr. 55, 73760 Ostfildern
Tel: 07 11 / 341 14 78
rainer.graneis@t-online.de



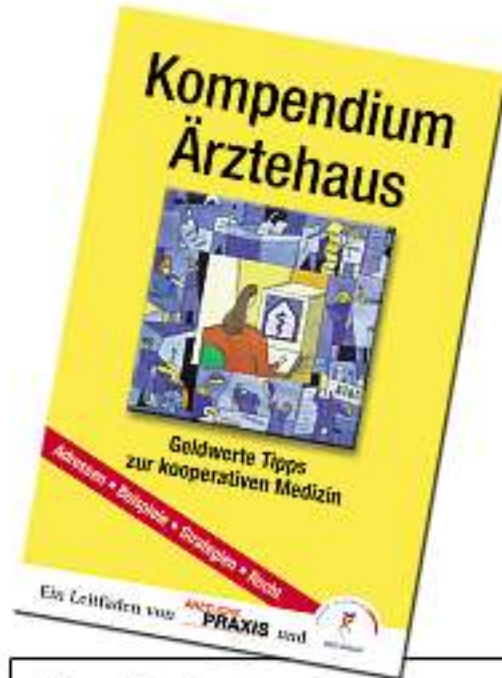
Bestell-Kupon

Ja,

ich bestelle den
neuen Leitfaden
"Kompendium
Ärztehaus"

Preis: 24,90 € (inkl. MwSt.)
(zzgl. Versandkosten)

Bestelladresse:
MEDI Dienstleistungs GmbH
Engstlatte Weg 14
70567 Stuttgart
Fax: 0711/80607950



Praxisstempel:

Impressum

MEDI-Times:
Ein Service der MEDI-Verbund GmbH für
die MEDI-Gesellschafter, VVNW-Mitglie-
der und Freunde des MEDI-Verbundes.

Herausgeber:
MEDI Baden-Württemberg e.V.
Engstlatte Weg 14
70567 Stuttgart

E-Mail: info@medi-verbund.de
Tel.: 07 11 / 8060790
Fax: 07 11 / 80 60 79 50
www.mediaplaza.de

Redaktion und Layout: Angelina Schütz
Verantwortlich i. S. d. P.:

Dr. med. Werner Baumgärtner
Verlag: W. Kohlhammer GmbH,
Verlag für Ärzte, 70549 Stuttgart

Druck: W. Kohlhammer Druckerei
GmbH + Co. Stuttgart

Erscheinungsweise vierteljährlich.
Nachdruck nur mit Genehmigung
des Herausgebers.

**Die nächste
MEDI-TIMES erscheint
im Juni 2004**

Redaktionsschluss für
Anzeigenkunden ist der
30. April 2004

**Besuchen Sie uns
im Internet:**

**[www.medi-
deutschland.de](http://www.medi-
deutschland.de)**