

A 63697

10. Februar 2006

Ausgabe 3/2006

4. Jahrgang

ISSN 1613-0502

EDITORIAL

Kreuzfahrt ohne Kurs

Gerade einmal zweieinhalb Jahre ist es her, dass sich CDU/CSU und SPD auf eine gemeinsame Gesundheitsreform einigen konnten. Das



folgende GMG sollte eine Jahrhundertreform werden, Beitragssenkungen sollten folgen. Im Jahre 2006 hätten demnach die Beitragsätze bei etwa 13 Prozent liegen sollen. Stattdessen haben einige Krankenkassen ihre Beiträge erhöht. Der Streit in der Gesund-

heitspolitik zu Beginn der Legislaturperiode macht einen Vorgeschmack auf das Jahr 2006. Bei der Klausurtagung Anfang des Jahres in Genshagen konnten sich Union und SPD noch nicht einmal auf einen Zeitplan oder auf die Besetzung einer Arbeitsgruppe einigen.

Die große Koalition verhält sich wie eine Segelmannschaft, die in See sticht ohne zu wissen welchen Hafen sie erreichen will. Eine Entscheidung für die Bürgerversicherung der SPD oder die Gesundheitsprämie der Union ist wohl politisch nicht möglich. Entweder ist eine wie auch immer geartete Mischform der Formelkompromiss, oder es wird allenfalls Teilreformen geben, wie Bundeskanzlerin Angela Merkel nach der Klausurtagung bereits angekündigt hat. Ein roter Faden oder ein stimmiges Gesamtkonzept ist bisher nicht erkennbar. Sowohl eine grundlegende Strukturreform als auch eine nachhaltige Finanzreform wurden im Koalitionsvertrag gänzlich ausgespart. Zum jetzigen Zeitpunkt ist der Weg in der Gesundheitspolitik noch völlig offen.

*Daniel Bahr MdB
gesundheitspolitischer Sprecher der
FDP-Bundestagsfraktion*

THEMEN

Gesundes Kinzigtal GmbH / AOK Baden-Württemberg

„Beispiellos in Deutschland“ –
Integrierte Vollversorgung 2

Integrierte Versorgung und MVZ

Deutliche Zunahme im
vierten Quartal 2005 5

Studie zu Arbeitszeiten und Einkommen von Klinikärzten

„Keine systematische
Ausbeutung der Ärzte!“ 7

Marburger Bund / Grundsatzpapier

Vom Traumjob zum Jobtrauma 9

Verkauf Uniklinikum Gießen / Marburg

Grünes Licht von Wissenschaftsrat,
Kartellamt und Landtag 11

Interview mit Wolfgang Pföhler

„Unser Ziel ist profitables Wachstum“ 12

Klinikum Hannover

Dreiköpfige Geschäftsführung
bestätigt 14



Redaktionsbüro
Berlin

Reinhardtstraße 31
10117 Berlin · Germany

Postfach 04 04 03
10062 Berlin · Germany

Tel. + 49 30 590 09 08-0
Fax +49 30 59 00 13 08

Die nächste Ausgabe
erscheint am
24. Februar 2006

10. Februar 2006
Seite 2 – Nr. 3/2006

Schwerpunkt

Gesundes Kinzigtal GmbH und AOK Baden-Württemberg

„Beispiellos in Deutschland“ – Integrierte Vollversorgung

KMi (upr) – Einen Vertrag zur Integrierten Versorgung (IV), der ein vollständiges intersektorales und interdisziplinäres Disease Management ermöglichen und die Incentives für die Managementgesellschaft auf Gesundheitsförderung und Prävention umstellen soll, haben die „**Gesundes Kinzigtal GmbH**“ im Ortenaukreis in Südbaden und die **AOK Baden-Württemberg** abgeschlossen. Der Vertrag, der am 30. Januar 2006 unterzeichnet wurde, aber rückwirkend zum 1. November 2005 in Kraft trat und jetzt der Öffentlichkeit vorgestellt wurde, ist nach Aussagen der Beteiligten beispiellos in Deutschland, sieht er doch die integrierte Vollversorgung der AOK-Versicherten in der Region vor, die dem IV-Vertrag zum 1. Juli 2006 beitreten. Anders als in der bisherigen Vergütung soll durch diesen neuartigen Vertrag vor allem der **erzielte Gesundheitserfolg** belohnt werden. Die AOK Baden-Württemberg und Gesundes Kinzigtal GmbH haben ein Modell entwickelt, das den Gesundheitsgewinn für die Versicherten im Kinzigtal im Vergleich zur Gesamtbevölkerung Deutschlands misst und die beteiligten Ärzte danach honoriert. Der Vertrag hat eine Laufzeit von neun Jahren.

Einsparungen sollen in Sicherung der Versorgung fließen

Alles in allem rechnet die AOK nach Angaben von **Dr. Christopher Hermann**, dem stellvertretenden Vorstandschef der AOK Baden-Württemberg, mit zehn bis 20 Prozent an Einsparungen durch Prozessoptimierung und Bürokratieabbau. Die frei werdenden Mittel sollen in eine bessere Versorgung und in die langfristige Sicherung der Versorgungsstruktur in dem ländlichen Raum des Kinzigtals fließen. Hermann: „Wir wissen, dass in den nächsten Jahren eine Reihe von Landpraxen Schwierigkeiten haben könnten, einen Nachfolger zu finden. Ich freue mich, dass wir die Ärzte im Kinzigtal mit diesem Modell darin unterstützen können, einen Weg zu finden, die Aufrechterhaltung der Versorgung für Nachfolger attraktiv zu machen.“

Die verbesserte Behandlungsqualität ist für die am Projekt beteiligten Ärzte einer der wesentlichen Gründe, eine solche neue vertragliche Bindung einzugehen. „Die Versicherten bekommen eine Rundum-Versorgung auf der Basis eines therapeutischen Bündnisses zwischen den an der Behandlung beteiligten Therapeuten und Patienten“, so **Dr. Werner Witzenrath**, Hausarzt und Sprecher des Ärztlichen Beirats der Gesundes Kinzigtal GmbH. Witzenrath weiter: „Arzt und Patient erarbeiten gemeinsam die Therapieziele. Anders als bei sonstigen Projekten ist bei uns die Integrierte Versorgung nicht auf einzelne Krankheitsbilder begrenzt. Der Patient wird ganzheitlich betrachtet und behandelt.“ Hierbei habe der Haus- oder Facharzt die Rolle des verantwortlichen Koordinators als „Arzt des Vertrauens“, der am Ort entscheiden

10. Februar 2006
Seite 3 – Nr. 3/2006

Schwerpunkt

Gesundes Kinzigtal GmbH und AOK Baden-Württemberg II

und nötigenfalls auch auf bundes- oder landesweite bürokratische Regelungen verzichten könne.

Laut Witzernath beteiligen sich bisher rund 35 Ärzte aus dem Kinzigtal an dem Projekt. Für ihn steht dabei die Versorgungssicherheit im Vordergrund: „Und die funktioniert nicht ohne Kooperation in einem therapeutischen Dialog zwischen Patient und Arzt sowie zwischen Arzt und Arzt und den anderen Berufen im Gesundheitswesen. Diesen Dialog fördern wir mit unserem neuen Versorgungskonzept im Kinzigtal eindeutig.“

Vom Ärztenetz zur Ärzte-GmbH

Entwickelt hat das IV-Vollversorgungsprojekt die Beratungsfirma **Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH**. Zur Vorbereitung und Realisierung des jetzt abgeschlossenen IV-Vollversorgungsvertrages haben das seit 15 Jahren bestehende Ärztenetz „Medizinische Qualitätsinitiative Ärztenetz – Kinzigtal“ mit der auf das Management und das Investment in Integrierte Versorgungslösungen spezialisierten Firma **OptiMedis AG**, Hamburg, eine Ärzte-GmbH – die „Gesundes Kinzigtal GmbH“ – gebildet. Der Vertrag, der von den Partnern jetzt der Öffentlichkeit vorgestellt wurde, ist langfristig angelegt, was auch in der neunjährigen Laufzeit deutlich wird. Er umfasst alle Sektoren der Versorgung sowie alle Indikationen und arbeitet mit einer virtuellen Gesamtbudgetvergütung, die an die Entwicklung der Gesundheitskosten in Deutschland referenziert ist. Er sei insofern der erste, alle Versicherten einer Krankenkasse umfassende Vollintegrationsvertrag oder Populationsvertrag, betonen die Vertragspartner. Die Managementgesellschaft Gesundes Kinzigtal GmbH schließt ihrerseits Leistungspartnervereinbarungen für ganz besondere gewünschte Leistungen ab. Neben den 35 Niedergelassenen, mit denen bereits Verträge abgeschlossen wurden, erfolgen derzeit Gespräche mit Apotheken, Krankenhäusern und anderen Leistungspartnern.

Helmut Hildebrandt, Geschäftsführer der „Gesundes Kinzigtal GmbH“ und der Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH sowie Vorstand der OptiMedis AG: „Hier zeigen mir meine Erfahrungen, welche entscheidende Bedeutung eine richtige Koordination zwischen Ärzten, Krankenhaus, Apotheke und Krankengymnastik für die Genesung hat. Jetzt nehmen wir die Chance richtig wahr, das gesicherte medizinische Wissen und die beste Infrastruktur zum Wohle des Patienten einzusetzen. Wir sind sicher, damit eine Versorgungsform entwickeln zu können, die neue Maßstäbe in der Gesundheitsversorgung setzt.“ Das große Interesse der Ärzteschaft im Kinzigtal ist für Hildebrandt schlüssige Konsequenz der Service- und Behandlungsverbesserungen, die dieses Projekt bieten: „Wir sparen Kosten, indem wir ‚Vertrauens-Produktivität‘ freisetzen. Zugleich helfen wir dem Arzt, sich wieder auf optimalem Niveau ausschließlich der Behandlung seiner Patienten zu widmen.“ Damit würden die neuen

10. Februar 2006
Seite 4 – Nr. 3/2006

Schwerpunkt

Gesundes Kinzigtal GmbH und AOK Baden-Württemberg III

rechtlichen Rahmenbedingungen der letzten Gesundheitsreform genutzt, um echte strukturelle Verbesserungen in die medizinische Versorgung zu bringen.

Hintergrund: „Gesundes Kinzigtal GmbH“

Die Gesellschaft „Gesundes Kinzigtal GmbH“ ist eine Gemeinschaftsgründung der Medizinischen **Qualitätsnetz -Ärzteinitiative Kinzigtal e.V.** und der auf Integrierte Versorgung spezialisierten **OptiMedis AG** und besteht seit dem 21. September 2005.

Gesellschaftsanteile:

66,6 Prozent MQNK e.V. (Ärztenetz)

33,4 Prozent OptiMedis AG

Das **Medizinische Qualitätsnetz Ärzteinitiative Kinzigtal e.V. MQNK** besteht seit über 15 Jahren als ein Netz aus niedergelassenen Hausärzten, Fachärzten, Psychotherapeuten, aber auch Krankenhausärzten. Zahlreiche Projekte zur Verbesserung der Versorgung im Kinzigtal gehen schon auf die Initiative des MQNK zurück, darunter die Entwicklung gemeinsamer Leitlinien für über 15 Erkrankungen, die Verbesserung der arbeitsmedizinischen Versorgung, der Impfversorgung und der Prävention bei Kindern. Die OptiMedis AG mit Sitz in Hamburg besteht seit März 2003 und ist speziell für die Umsetzung und Unterstützung von Verträgen der Integrierten Versorgung gegründet worden.

Ziele und Arbeitsweise der OptiMedis AG

- Die OptiMedis AG übernimmt gemeinsam mit Partnern auf der Seite der Leistungserbringer und der Krankenkassen das Management von Lösungen zur Integrierten Gesundheitsversorgung von Versicherten der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung.
- Vergütungsmodell: Abrechnung auf der Basis von virtuellen (das heißt bei Aufrechterhaltung der bisherigen Vergütungswege) oder realen Modellen von Pauschalvergütung (Modell „Generalunternehmer“ beziehungsweise „Health Maintenance Organisation - HMO“).
- Die Pauschalvergütung berechnet sich auf den jeweiligen Referenzkosten der Normalversorgung. Die Differenz zwischen den höheren Aufwänden der sektoriell zergliederten und den niedrigeren Aufwänden einer optimierten Integrierten Versorgung verbleibt bei dem integrierten Versorgungssystem.
- Bevorzugte Variante: Versorgung einer Gesamtpopulation in einem definierten Bezirk. Eingeschlossen sind Arzneikosten, Ambulante und stationäre Versorgung, Krankenpflege, Heil- und Hilfsmittel.
- Weitere denkbare Varianten: Versorgung definierter Bevölkerungssegmente (nach Alter, Geschlecht...) oder definierter Indikationen.

10. Februar 2006
Seite 5 – Nr. 3/2006

Politik

Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren

Deutliche Zunahme im vierten Quartal 2005

KMi (upr) – Die Zahl der **Medizinischen Versorgungszentren** (MVZ) und von Verträgen zur **Integrierten Versorgung** (IV) hat im vierten Quartal 2005 nochmals deutlich zugenommen. Dies geht aus den jüngsten Zahlen der **Kassenärztlichen Bundesvereinigung** (KBV) und der **gemeinsamen Registrierungsstelle für IV-Verträge bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH** (BQS) hervor.

Nach den KBV-Zahlen gab es Ende 2005 insgesamt 341 Medizinische Versorgungszentren – 71 mehr als noch drei Monate zuvor, ein Zuwachs von 26,3 Prozent. Die Gesamtzahl der in diesen MVZ tätigen Ärzte stieg im gleichen Zeitraum um ein Drittel von 971 auf 1.295; zugleich nahm die Zahl der durchschnittlich in einem MVZ tätigen Ärzte von drei auf vier zu. 75 Prozent aller MVZ waren Ende 2005 in der Trägerschaft von Vertragsärzten (weitere Kennzahlen zur Entwicklung der MVZ: siehe Tabelle weiter unten).

Jetzt fast 2.000 IV-Verträge

Die Zahl der IV-Verträge stieg in den letzten drei Monaten des Jahres 2005 von 1.407 auf insgesamt 1.970 Verträge an. Das Vergütungsvolumen belief sich Ende 2005 auf mittlerweile fast 480 Millionen Euro (30.9.2005: 375 Millionen Euro). Die Zahl der Versicherten, die von diesen IV-Verträgen erfasst wurden, stieg von Ende September auf Ende Dezember 2005 von knapp 2,8 Millionen auf mittlerweile 3,4 Millionen an. Bereinigt um solche Verträge, die für mehrere KV-Regionen gelten und in jeder Region separat gezählt werden, beläuft sich die Gesamtzahl der IV-Verträge auf 1.859, durch die bei einem Vergütungsvolumen von fast 450 Millionen Euro rund 3,2 Millionen Versicherte erfasst werden.

Auf **Kostenträgerseite** wurden 890 Verträge oder 48 Prozent aller IV-Verträge von mehreren Krankenkassen abgeschlossen, 969 Verträge oder 52 Prozent der Verträge von einer **Krankenkasse**. Als direkte Vertragspartner auf Leistungserbringerseite überwiegen die **Krankenhäuser** mit 24 Prozent der gemeldeten Verträge, gefolgt von den Kombinationen Rehabilitationseinrichtung/Krankenhaus mit 20 Prozent und Niedergelassener Arzt/Krankenhaus mit 17 Prozent. Den geringsten Anteil integrierter Versorgungsverträge hatte mit vier Prozent die Vertragspartner-Kombination niedergelassene Ärzte, Reha-Einrichtungen und Krankenhäuser abgeschlossen. Erfasst werden bei dieser statistischen Aufteilung allerdings nur direkte Vertragspartner; sie lässt daher keinen Rückschluss auf weitere in der Versorgungskette eines IV-Vertrages kooperierende Leistungserbringer zu (weitere Daten zu IV-Verträgen: siehe Tabelle weiter unten).

10. Februar 2006
Seite 6 – Nr. 3/2006

Politik

Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren II

Kennzahlen MVZ:

	30. September 2005	31. Dezember 2005
Gesamtzahl MVZ:	270	341
in MVZ tätige Ärzte:	971	1295
Ärzte im Anstellungsverhältnis:	472	667
am häufigsten beteiligte Facharztgruppen:	Hausärzte, Internisten, diagn. tätige Radiologen	Hausärzte, Internisten, diagn. tätige Radiologen
MVZ – Größe durchschnittlich:	drei Ärzte	vier Ärzte
vorwiegende Träger:	Vertragsärzte und Krankenhäuser	Vertragsärzte und Krankenhäuser
MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten:	71 %	75 %
vorwiegende Rechtsformen:	Gesellschaft bürgerlichen Rechts und GmbH	Gesellschaft bürgerlichen Rechts, GmbH und Partnerschaft
Top-Drei-Regionen:	Bayern, Berlin und Sachsen	Bayern, Berlin und Niedersachsen

Quelle: KBV

Gemeldete Verträge zur integrierten Versorgung nach Vertragspartner-Kombination

Direkte Vertragspartner auf Kostenträgerseite	Stichtag: 30. September 2005	Stichtag: 31. Dezember 2005
	Anzahl Verträge	Anzahl Verträge
Vertrag wurde von einer Krankenkasse geschlossen	720	969
Vertrag wurde von mehreren Krankenkassen geschlossen	626	890
Summe:	1346	1859
Direkte Vertragspartner auf Leistungserbringerseite:		
Krankenhaus	333	443
Rehabilitation/ Krankenhaus	262	369
Niedergel. Arzt/ Krankenhaus	255	324
Sonstige	185	307
Niedergelassener Arzt	131	182
Reha / Niedergelassener Arzt	125	164
Reha / Niedergelassener Arzt/ Krankenhaus	55	70
Summe:	1364	1859

Quelle: Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V

10. Februar 2006
Seite 7 – Nr. 3/2006

Politik

Studie zu Arbeitszeiten und Einkommen von Klinikärzten

„Keine systematische Ausbeutung der Ärzte!“

KMi (mz) – Die seit der EU-Rechtsprechung im Jahr 2000 und der daraus folgenden Änderung des deutschen Arbeitszeitgesetzes anhaltende Diskussion um die Arbeitszeiten ebenso wie um die Vergütung von Krankenhausärzten hat die **Deutsche Krankenhausgesellschaft** (DKG) veranlasst, vor wenigen Tagen eine aktuelle Studie des **Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung** (DIW) zum Thema vorzustellen. **Dr. Hannes Spengler**, Autor der Studie „Einkommen und Arbeitszeiten junger Klinikärzte in Deutschland“ und Arbeits- und Gesundheitsökonom beim DIW, kommt in seiner Untersuchung zu dem Ergebnis, Mehrarbeit seitens der Ärzte werde wohl nicht nur als Last empfunden, sondern auch als Chance im Sinne einer Einkommensverbesserung genutzt.

Anlass für die DIW-Studie war die durch junge **Universitätsklinikärzte** initiierte Streikwelle ab August des vergangenen Jahres, die von Medizinerinnen **kommunaler Häuser** ebenso aufgegriffen wurde wie in jüngster Zeit durch **niedergelassene Kollegen**. Gestützt und mit hervorgerufen wurden die Proteste durch Aussagen von Standesvertretern, wonach sich das Gehalt junger Ärzte im Laufe der Jahre ständig verschlechtert habe, inzwischen deutlich unter jenem von anderen Akademikern liege und dass beispielsweise über 60 Prozent der Ärzte an Berliner Krankenhäusern mehr als 60 Stunden pro Woche Dienst täten, so Spengler in seinen Erläuterungen.

Die Überprüfung dieser Aussagen erfolgte seitens des Autors im Rahmen zweier DIW Wochenberichte (Nr. 34/2005 und 38/2005). Hierzu wurden die von Ärzten im Rahmen des amtlichen Mikrozensus selbst gemachten Angaben zu ihren Einkommen und Arbeitszeiten ausgeweitet. Die Synthese beider Berichte stellte Spengler in Berlin mit folgenden Ergebnissen vor (Zitat):

Durchschnittliche Einkommen und Arbeitszeiten junger Ärzte im öffentlichen Dienst

- Das reale Nettomonatseinkommen junger (unter 35-jähriger) im öffentlichen Dienst beschäftigter Ärzte ist im Zeitraum von 1993 bis 2003 um 6,3 Prozent zurückgegangen, während die Einkommen anderer junger Akademiker im öffentlichen Dienst um 1,9 Prozent gestiegen sind.
- Mit ca. 2.000 Euro liegt das Einkommen junger Ärzte immer noch deutlich höher als das anderer junger Akademiker im öffentlichen Dienst (1.700 Euro) und insbesondere höher als das Einkommen junger Grundschullehrer (1.700 Euro) und Gymnasiallehrer (1.600 Euro).
- Vergleicht man die Einkommen promovierter junger Ärzte (2.200 Euro) und sonstiger promovierter junger Akademiker (1.800 Euro) im öffentlichen Dienst, fallen die Unterschiede noch deutlicher aus.

10. Februar 2006
Seite 8 – Nr. 3/2006

Politik

Studie zu Arbeitszeiten und Einkommen von Klinikärzten II

- Junge Ärzte im öffentlichen Dienst arbeiteten 2003 mit etwa 45,8 Stunden nicht deutlich mehr als vor elf Jahren, aber deutlich mehr als sonstige Akademiker im öffentlichen Dienst (ca. 40,1 Stunden)

Durchschnittliche Einkommen und Arbeitszeiten aller Ärzte im öffentlichen Dienst

- Das reale Nettomonatseinkommen aller im öffentlichen Dienst beschäftigten Ärzte ist im Zeitraum von 1993 bis 2003 um 2,6 Prozent, das anderer Akademiker im öffentlichen Dienst um ca. 4,3 Prozent gestiegen.
- Mit ca. 3.100 Euro liegt das Einkommen von Ärzten deutlich höher als das anderer Akademiker im öffentlichen Dienst (2.550 Euro); diese Differenz verringert sich, vergleicht man promovierte Ärzte (3.550 Euro) mit sonstigen promovierten Akademikern (3.100 Euro) im öffentlichen Dienst.
- Ärzte im öffentlichen Dienst arbeiteten 2003 mit 46,1 Stunden ca. eine Stunde mehr als vor elf Jahren und deutlich mehr als sonstige Akademiker im öffentlichen Dienst (ca. 40,7 Stunden).

Lange Arbeitszeiten und unbezahlte Überstunden?

- Trifft man die Annahme, dass alle Ärzte in Behörden kürzere Arbeitszeiten haben als alle Krankenhausärzte, dann ergibt sich für (junge) Klinikärzte eine durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von (46,0) 47,1 Stunden. Der Anteil von Personen, die mehr als 50 Stunden arbeiten, beläuft sich auf (19) 23 Prozent und der Anteil von Personen, die mehr als 60 Stunden arbeiten, auf (acht) zehn Prozent.
- Junge Ärzte im öffentlichen Dienst, die mehr als 50 (60) Stunden pro Woche arbeiten, haben ein mittleres Einkommen, das 360 (460) Euro über dem Durchschnittseinkommen aller jungen Ärzte im öffentlichen Dienst liegt.
- Ärzte im öffentlichen Dienst, die mehr als 50 (60) Stunden pro Woche arbeiten, haben ein mittleres Einkommen, das 420 (750) Euro über dem Durchschnittseinkommen aller Ärzte im öffentlichen Dienst liegt.
- Da die Lohnsteigerungen bei Mehrarbeit jeweils mit rückläufigen impliziten Stundenlöhnen verbunden sind, wird auch deutlich, dass ein Teil der Überstunden unbezahlt bleibt.

Das **Fazit** des Autors: Junge Klinikärzte im öffentlichen Dienst haben im Zeitraum von elf Jahren Einkommen verloren. Zwar sei dieser Rückgang auf die ersten Berufsjahre begrenzt und eine offensichtliche Konsequenz der Krise der sozialen Sicherungssysteme, jedoch sollte ein weiterer Einkommensrückgang vermieden werden, sagte Spengler. Forderungen nach Lohnerhöhungen von 30 Prozent, wie sie der **Marburger Bund** erhoben habe, müssten jedoch nicht nur aus budgetären Gründen, sondern auch aufgrund der Analyseergebnisse eine entschiedene Absage erteilt werden. Insbesondere gebe die Analyse keine Anhaltspunkte für die systematische Ausbeutung der öffentlich bediensteten Ärzte. „Aussagen, wonach mehr als die Hälfte der Klinikärzte länger als 60 Stunden pro Woche arbeitet, können nicht bestätigt werden“, bilanzierte Spengler.

10. Februar 2006
Seite 9 – Nr. 3/2006

Politik

Marburger Bund / Grundsatzpapier

Vom Traumjob zum Jobtrauma

KMi (mz) – Die in jüngster Zeit, eher zunehmenden Auseinandersetzungen zwischen der Arbeitgeberseite und dem **Marburger Bund** (MB) – nicht zuletzt bedingt durch die massiven Streikmaßnahmen der klinisch tätigen und niedergelassenen Ärzteschaft – haben den MB veranlasst, ein Grundsatzpapier zur **„Arbeitssituation deutscher Krankenhausärzte“** vorzulegen. Darin weisen die Verfasser zum wiederholten Mal darauf hin, dass sich die Arbeitsbedingungen der 146.000 Krankenhausärzte in Deutschland in den vergangenen Jahren massiv verschlechtert haben. Überlange Arbeitszeiten, Kürzungen der Einkommen, kurzzeitig befristete Arbeitsverträge und explodierende Bürokratie seien nur die wichtigsten Ursachen, weshalb sich der Arztberuf vom Traumjob zum Jobtrauma gewandelt habe, so der MB.

In dem Papier heißt es unter anderem (auszugsweise zitiert; vgl. auch Beitrag „Keine systematische Ausbeutung!“ in dieser Ausgabe):

Der Medizinernachwuchs bleibt aus

Die Zahl der Medizinstudenten ist in der Zeit von 1993 (90.594) bis 2003 (78.478) um 13,4 Prozent gesunken. In selber Zeitspanne reduzierte sich auch die Zahl der Absolventen des Medizinstudiums deutlich von 11.555 auf 8.947 (-22,6 Prozent). Besonders gravierend wirken sich die Abbrecherquote während des Studiums und die hohe Zahl an Absolventen aus, die keine kurative Tätigkeit im Krankenhaus aufnimmt. Von 11.660 Erstsemestern des Jahres 1997 haben lediglich 8.947 (-23,3 Prozent) im Abschlussjahr 2003 ihr Medizinstudium absolviert. Von diesen 8.947 Absolventen haben jedoch nur 6.802 (- 24 Prozent) die Tätigkeit als Arzt im Praktikum in einem Krankenhaus aufgenommen. Die Verlustrate des Medizinernachwuchses beträgt somit insgesamt über 47 Prozent. Als Hauptgründe geben die jungen Mediziner die Theorielastigkeit der Ausbildung und insbesondere die katastrophalen Arbeitsbedingungen in den Kliniken an.

Überlange Arbeitszeiten

Obwohl die Arbeitszeiten tarifvertraglich bei rund 40 Stunden in der Woche liegen, sieht die Arbeitsrealität mit bis zu 80 und mehr Wochenstunden ganz anders aus. Nach einer Erhebung des Marburger Bundes leisten die rund 146.000 stationär tätigen Ärzte jährlich rund 50 Millionen Überstunden im Wert von einer Milliarde Euro, die überwiegend nicht vergütet werden. Hinzu kommen oftmals unzählige Bereitschaftsdienste, die wegen der Überschreitung der gesetzlich zulässigen Höchstarbeitszeit illegal sind und offiziell gar nicht erfasst werden. Diese Tatsache erklärt, warum beispielsweise das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) bei Klinikärzten lediglich eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 46,3 Stunden angibt und somit geregelte Arbeitszeiten in Krankenhäusern suggeriert. Die Realität ist jedoch eine andere: In einer Umfrage unter 2.500 Krankenhausärzten beklagt jeder zweite die Nichteinhaltung des Arbeitszeitgesetzes, das eine tägliche Höchstarbeitszeit von zehn Stunden vorschreibt. 70 Prozent der Befragten werden nach einem Bereitschaftsdienst angehalten, einen weiteren

10. Februar 2006
Seite 10 – Nr. 3/2006

Politik

Marburger Bund / Grundsatzpapier II

Tagesdienst zu leisten. Entsprechende Überprüfungen von Krankenhäusern durch staatliche Aufsichtsbehörden kommen zu identischen Ergebnissen. Eine Untersuchung der Technischen Universität Berlin zeigt, dass über 60 Prozent der Berliner Krankenhausärzte mehr als 60 Stunden in der Woche arbeiten. Hinzu kommt, dass 74 Prozent der geleisteten Überstunden ohne zeitlichen und finanziellen Ausgleich bleiben.

Unzureichende Vergütung

Selbst das (...) ärztekritische Gutachten des Deutschen Institutes für Wirtschaftsforschung spricht in der Zeitspanne von 1993 bis 2002 von einem durchschnittlichen realen Nettoeinkommensverlust junger Klinikärzte in Höhe von 7,5 Prozent. Gleichzeitig hätten andere im öffentlichen Dienst beschäftigte Akademiker einen Lohnzuwachs von drei Prozent, die Gesamtheit aller Erwerbstätigen sogar einen Zuwachs von sechs Prozent zu verbuchen. Der reale Nettoeinkommensverlust der Krankenhausärzte gegenüber allen übrigen abhängig Beschäftigten beträgt somit kumulativ 13,5 Prozent. Summiert man alle (...) Einkommensverluste der Klinikärzte, so wird die 30-Prozent-Marke überstiegen. Dieser Wert würde noch weiter ansteigen, wenn man einerseits die bereits erwähnte millionenfach unvergütete Mehrarbeit und andererseits die durch den neuen Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) resultierenden Gehaltseinbußen hinzurechnen würde.

Bruttostundenlohn: 11,80 Euro

Das DIW gibt den monatlichen Nettoverdienst eines jungen Klinikarztes mit 2.009 Euro an, pro Stunde sollen es netto 10,80 Euro sein. Für eine empirisch haltbare Studie müssen jedoch bei der Berechnung der Ärzteeinkommen wenigstens die realen Arbeitsbedingungen mit unvergüteter Mehrarbeit berücksichtigt werden. Auf dieser Grundlage ergibt sich bei einem jungen Assistenzarzt, der nach Bundes-Angestelltentarifvertrag vergütet wird und 60 Stunden in der Woche arbeitet, ein Bruttostundenlohn von 11,80 Euro.

Ausufernde Bürokratie

Ärztinnen und Ärzte vergeuden im Schnitt rund 38 Prozent ihrer Arbeitszeit im Krankenhaus für Dokumentations- und Verwaltungstätigkeiten. Während in anderen Ländern - wie zum Beispiel in den USA - bestimmte Berufsgruppen zur Kodierung und Dokumentation der Fallpauschalen geschaffen wurden, obliegen diese Tätigkeiten in Deutschland in der Regel ausschließlich den Ärzten.

Folge: Ärzteflucht und Ärztemangel

Während im Jahr 2002 bereits über 2.000 nichtbesetzbare Arztstellen in Krankenhäusern zu beklagen waren, stieg die Zahl in 2003 sprunghaft auf zirka 5.000 an. Jedes zweite Krankenhaus konnte offene Arztstellen nicht mehr besetzen, 75 Prozent davon im Osten der Republik. Gleichzeitig arbeiten rund 6.300 deutsche Krankenhausärzte im Ausland, wie eine MB-Erhebung belegt. Als Hauptursache der Jobaufgabe geben deutsche Mediziner schlechte Arbeitsbedingungen (79 Prozent) und Unzufriedenheit mit den Arbeitszeiten (77 Prozent) an. 80 Prozent der Aussteiger sind mit den Arbeitsbedingungen im neuen Job zufrieden, und 51 Prozent würden in deutsche Krankenhäuser zurückkehren, wenn sich die Arbeitsbedingungen verbessern würden.

10. Februar 2006
Seite 11 – Nr. 3/2006

Markt

Verkauf Uniklinikum Gießen / Marburg

Grünes Licht von Wissenschaftsrat, Kartellamt und Landtag

KMi (upr) – In der Geschichte des deutschen Krankenhauswesens ist ein weiterer Meilenstein gesetzt: Nachdem das **Bundeskartellamt** mit seiner Entscheidung vom 16. Januar 2006 keine Einwendungen gegen die Übernahme des Universitätsklinikums Gießen-Marburg durch die **Rhön-Klinikum AG** erhoben und auch der **Wissenschaftsrat** am 27. Januar 2006 dem Verkauf zugestimmt hatte, stimmte am 31. Januar 2006 der **Hessische Landtag** mit den Stimmen von **CDU** und **FDP** dem Verkauf von 95 Prozent der Anteile des Mitte 2005 fusionierten Universitätsklinikums zu einem Kaufpreis von 112 Millionen Euro zu. Damit ist nunmehr die erste Privatisierung eines Universitätsklinikums in Deutschland perfekt.

„Ein guter Tag für die Hochschulmedizin in Gießen und Marburg“

Der hessische Minister für Wissenschaft und Kunst, **Udo Corts**, betonte in seiner Rede vor dem Landtag, dies sei „ein guter Tag für die Hochschulmedizin in Gießen und Marburg“. Die Vorgaben der Landesregierung im Zusammenhang mit der Privatisierung seien erfüllt worden:

- **Erhalt beider Standorte** des Universitätsklinikums Gießen und Marburg,
- Sicherstellung der dauerhaften **Erfüllung des Versorgungsauftrages**,
- dauerhafte Mitwirkung bei **Forschung und Lehre**,
- **wirtschaftliche Absicherung** durch ausreichende Kapitalausstattung sowie zügige Umsetzung der notwendigen Investitionen,
- Stärkung der **Wirtschaftskraft** der Region Mittelhessen,
- umfassende Regelung der angemessenen Arbeitnehmerinteressen, unter anderem **Ausschluss betriebsbedingter Kündigungen** bis Ende 2010 sowie
- Erzielung eines **angemessenen Kaufpreises**.

Im Hinblick auf den immer noch schwelenden Streit mit dem Mitbieter **Asklepios Kliniken GmbH** sagte Corts, das Investitionskonzept von Rhön sei „das mit Abstand beste“, da bis 2010 der Investitionsstau an beiden Standorten vollständig überwunden sein werde. Die Investitionsverpflichtungen von Rhön seien dadurch gesichert, dass Rhön sich verpflichtet hätte, bei nicht zeitgerechter Erfüllung zu zahlen. Konkret müsse Rhön die Hälfte der nicht erfüllten Investitionsverpflichtungen an das Land Hessen als weiteren Kaufpreis und die andere Hälfte an die Universitätsklinikum GmbH als eine zweckgebundene Rücklage zahlen. In einer vergleichenden Bewertung der Investitionszusagen der drei Bieter sei das Investitionsangebot von Rhön mit 260 Millionen Euro nicht nur der Höhe nach von keinem anderen Bieter übertroffen worden; vor allem der enge Zeitplan stelle entscheidende, sich letztlich auch finanziell auswirkende Vorteile für die beiden Universitäten dar.

10. Februar 2006
Seite 12 – Nr. 3/2006

Markt

Interview mit Wolfgang Pföhler, Vorstandsvorsitzender der Rhön-Klinikum AG

„Unser Ziel ist profitables Wachstum“

KMi (upr) – Im Zusammenhang mit dem Kauf des Universitätsklinikums Gießen-Marburg hat **Wolfgang Pföhler**, der Vorstandsvorsitzende der **Rhön-Klinikum AG**, als strategisches Ziel die „Flächen deckenden Vollversorgung“ genannt. *Klinik Markt inside* sprach mit Pföhler über die Bedeutung dieses Ziels und die zukünftige Vertragspartnerschaft eines solchen Vollversorgers mit den Krankenkassen.

KMi: *Herr Pföhler, Sie haben mehrfach betont, die Rhön-Klinikum AG will zum „Flächen deckenden Vollversorger“ in Deutschland werden. Was bedeutet das konkret?*

Pföhler: Die Rhön-Klinikum AG möchte die führende Position in Deutschland halten und damit in Europa sichtbar werden. Wir streben an, ein Vollversorger in Deutschland zu werden, der sich nicht auf bestimmte Nischen, Regionen oder eine bestimmte Klientel beschränkt, sondern allen Patienten, bei allen Krankheitsspektren und in allen Versorgungsstufen präsent ist.

Die Marktabdeckung ist sowohl horizontal beabsichtigt, das heißt in der Fläche und in allen Fachgebieten, und vertikal – das heißt in allen Versorgungsstufen, also Grund- und Regelversorgung, aber auch Zentral- und Maximalversorgung. Letztere kann über Großkrankenhäuser wie zum Beispiel unserem Klinikum in Frankfurt/Oder oder über ein Universitätsklinikum wie Gießen/Marburg abgedeckt werden. Langfristig wollen wir den Krankenkassen zwei- oder mehrseitige Verträge anbieten können. Eine bestimmte Krankenkasse würde dann Flächen deckend ihren Patienten Anreize bieten, sich bevorzugt in einem Rhön-Klinikum-Haus behandeln zu lassen. Wir würden dann bestimmte Preise, eine hohe Qualität, aber auch andere Parameter, etwa Wartezeit, vertraglich zusichern. Flächenversorgung und Flächendeckung korrespondieren miteinander. Für ein bundesweites, Flächen deckendes Angebot wollen wir unseren Marktanteil langfristig von etwas über zweieinhalb Prozent und 45 Krankenhäusern auf einen Marktanteil von über acht Prozent erhöhen. Wichtig ist mir aber bei allen Expansionsplänen eines: Wir wollen nicht Wachstum um des Wachstums willen, sondern ein profitables Wachstum. Wir werden nicht die Fehler wiederholen, die manch andere Firma mit einer übereilten oder nicht durchkalkulierten Expansionspolitik gemacht hat.

KMi: *Sie haben auch angekündigt, dass Rhön einen Marktanteil von acht bis zehn Prozent in Deutschland anstrebt. Ein solches Großunternehmen als Gesundheitsdienstleister, der sicher auch mehr als nur stationäre Leistungen anbieten wird, würde ja zu einem ungleich stärkeren und selbstbewussteren Verhandlungspartner der Krankenkassen werden. Worauf müssen sich die Kassen einstellen, und was können Sie den Krankenkassen anbieten, was diese nicht heute auch schon für ihre Versicherten einkaufen können?*

10. Februar 2006
Seite 13 – Nr. 3/2006

Markt

Interview mit Wolfgang Pföhler, Vorstandsvorsitzender der Rhön-Klinikum AG II

Pföhler: Die Krankenkassen sollten unsere Pläne als Chance auffassen. Wir reichen ihnen die Hand zu einer wahrhaft Integrierten Versorgung, einer Versorgung, die diesen Namen auch verdient. Das Ergebnis wäre bessere Qualität und über höhere Fallzahlen sicher auch eine höhere Preiswürdigkeit. Es geht letztlich darum, das zu vollziehen, was in anderen Branchen längst passiert ist: die Abkehr vom „Tante-Emma-Laden“ und die Hinwendung zu professionell, fast industriell zu nennenden Leistungsstrukturen.

KMi: *Bei der Frage der Flächen deckenden Vollversorgung – oder sagen wir der weiteren Expansion des Unternehmens, das Sie als Vorstandsvorsitzender leiten – wird ja auch das Bundeskartellamt noch ein Wort mitreden. Was macht Sie so sicher, dass das Kartellrecht Ihnen dieses Expansions- und Versorgungsziel nicht verbaut?*

Pföhler: Um einem falschen, sich aber allmählich verfestigenden Eindruck zu entgegen: Das Bundeskartellamt hat fast alle unsere Krankenhausübernahmen durchgewunken, insbesondere auch diejenige des Universitätsklinikums Gießen und Marburg. Wir sprechen hier also über einen ganz kleinen Teil der Übernahmen, nicht über den eigentlichen Kern. Das Kartellamt beäugt die Übernahme von Krankenhäusern kritisch, insoweit man vor Ort bereits ein eigenes besitzt, um es einmal etwas vereinfachend zu sagen. Die Übernahme von Häusern in Regionen, in denen man selbst noch kein Haus besitzt, ist unkritisch. Hierzu möchte ich nur bemerken, dass es noch viele Regionen gibt, in denen die Rhön-Klinikum AG keine Krankenhäuser besitzt und Übernahmen somit unproblematisch sind. Im übrigen wird sich das Kartellamt früher oder später der Frage stellen müssen, wie seine Ansichten mit der Intention des Fünften Sozialgesetzbuches in Einklang zu bringen sind, das ja gerade die Abstimmung vor Ort und vernetzte Angebotsstrukturen postuliert.

KMi: *Bisher ist der deutsche Krankenhaus- und Gesundheitsmarkt ein rein deutscher Markt, und auch die großen Gesundheitskonzerne sind bis auf einige Ausnahmen nur hier aktiv. Wie sieht Ihre Einschätzung aus: Werden internationale Kapitalgesellschaften und/oder private Risk-Capital-Gesellschaften den deutschen Markt ebenso entdecken, wie es auf dem britischen, spanischen oder französischen Markt schon der Fall ist? Und werden nicht deutsche Gesundheitsunternehmen in Kürze auch den Schritt über die Grenzen ins europäische Ausland gehen müssen?*

Pföhler: Der Gesundheitsmarkt, insbesondere der Krankenhausbereich, ist noch ein recht national geprägter. Mittelfristig wird sich auch dieser Sektor internationalisieren. Wann das ist, vermag, glaube ich, zurzeit niemand zu sagen. Wichtig ist, dass man sich auf den Tag X vorbereitet, indem man sich bereits jetzt als starke nationale Gruppe aufstellt. Wir tun das.

10. Februar 2006
Seite 14 – Nr. 3/2006

Markt-Infos

Dreiköpfige Geschäftsführung für Klinikum Hannover bestätigt

KMi (upr) – Der Aufsichtsrat der Klinikum Region Hannover hat überraschend darauf verzichtet – wie ursprünglich geplant – einen vierten Geschäftsführer als Sprecher der Geschäftsführung zu berufen. Da mit keinem Bewerber ein Vertrag zustande kam, wird nun Dr. Rainer Brase, als Geschäftsführer zuständig für Medizinentwicklung und Planung, zusätzlich die Funktion des Sprechers der Geschäftsführung übernehmen. Brase war zuletzt Mitglied im Vorstand der Wittgensteiner Kliniken AG (WKA), die seit Juni 2001 zur Fresenius AG gehört. Arbeitsdirektor und damit Geschäftsführer Personal und Service ist der Rechtsanwalt Norbert Ohnesorg, Geschäftsführer für den Bereich Finanzen wird zum 13. Februar 2006 Karsten Honsel, derzeit noch Mitglied im Klinikumsvorstand der Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken Rhein-Main GmbH.

Kongress für Gesundheitsnetzwerker – 9. – 10. März 2006 in Berlin

KMi (upr) – Neue Versorgungsformen, vor allem aber deren Umsetzung in die tägliche Praxis, stehen im Mittelpunkt des „Kongresses für Gesundheitsnetzwerker“, der am 9. und 10. März 2006 in Berlin stattfindet. Das Programm sieht an beiden Nachmittagen Praxis-Workshops vor, in denen Erfahrungen aus den verschiedensten Netzen, IV-Modellen und MVZs dargestellt werden. Weitere Details und Anmelde-Möglichkeiten zu diesem Kongress gibt es im Internet unter www.gesundheitsnetzwerker.de

Sanicare: Fast 74 Prozent mehr Umsatz im Kalenderjahr 2005

KMi (upr) – Die Versandapotheke Sanicare erzielte im vergangenen Jahr einen Gesamtumsatz von 261 Millionen Euro, eine Steigerung um 73,9 Prozent gegenüber 2004. Allein der Versandumsatz mit Endverbrauchern stieg dabei um gut 100 Prozent auf 71 Millionen Euro, die Anzahl der Arzneimittelaussendungen verdoppelte sich auf 4.150 pro Tag. Laut Sanicare-Chef Johannes Mönter bestätigte das gute Ergebnis sein Konzept – die von der Stiftung Warentest mit „Gut“ ausgezeichnete Qualität, aber auch die Servicestärke wüssten die Kunden offensichtlich zu schätzen. Sanicare versorgt neben dem Versandgeschäft 45 Krankenhäuser, gut 500 Pflegeeinrichtungen, mehrere hundert Arztpraxen und 79 Justizvollzugsanstalten mit Arzneimitteln und Produkten des medizinischen Bedarfs. Mönter zeigte sich trotz des geplanten Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes und des damit verbundenen Verbots von Naturalrabatten der Pharmaindustrie optimistisch für die Geschäftsentwicklung 2006. Er rechnet in diesem Jahr mit einem Gesamtumsatz von 330 Millionen Euro, wovon allein 145 Millionen Euro auf den Versandbereich entfallen sollen.

St. Elisabeth-Klinikum Straubing geht an Barmherzige Brüder

KMi (upr) – Laut einem Beschluss der Straubinger Stadtratsversammlung dürfen

10. Februar 2006
Seite 15 – Nr. 3/2006

Markt-Infos

der Orden der Elisabethinen und die Caritas ihre Gesellschafteranteile an der St. Elisabeth Klinikum GmbH Straubing an den Orden der Barmherzigen Brüder, den wohl größten kirchlichen Krankenhausbetreiber Deutschlands, übertragen. Der Orden der Elisabethinen hält 90 Prozent der Gesellschafteranteile des Klinikums, 0,1 Prozent gehören der Caritas sowie knapp 10 Prozent der Stadt. Bei einer Ablehnung des Verkaufs, so die Befürchtung der Befürworter, hätten die Elisabethinen den Vertrag gekündigt und die Stadt hätte das Krankenhaus nach zwei Jahren übernehmen müssen – man hätte dann eine kommunale Klinik gehabt, die niemand haben wolle, so ein Stadtratsmitglied.

Kein schneller Verkauf der Kliniken Meißen und Radebeul

KMi (upr) – Für die Zukunft der Elblandkliniken Meißen und Radebeul wird es einen „ergebnisoffenen Konzeptwettbewerb“ geben – darauf einigten sich die Fraktionen bei einer Diskussionsrunde zum Thema Klinikverkauf im Verwaltungsausschuss des Landkreises Meißen. Damit ist ein geplantes Bürgerbegehren, welches SPD, Die LINKE und Bündnis 90/Die Grünen angedroht hatten, vorerst abgewendet. Alternativ zur mehrheitliche Beteiligung eines strategischen Partners soll die Kooperation oder Fusion mit anderen kommunalen Krankenhäusern der Region sowie Konzepte zur Zukunft der Häuser von den Elblandkliniken selbst geprüft werden. In Klinikkreisen geht man allerdings davon aus, dass es noch vor Jahresmitte zu einem Interessenbekundungsverfahren kommen wird, in dem mögliche Partner oder Käufer ihre Konzepte vorstellen sollen.

Bleibt Solinger Klinikum nach Umwandlung gemeinnützig?

KMi (upr) – Das Solinger Klinikum wird in eine GmbH umgewandelt und bleibt zu 100 Prozent in städtischer Trägerschaft – darüber sind sich alle Fraktionen einig. Doch ob das Haus gemeinnützig bleibt, ist noch nicht geklärt. Die Gewerkschaft ver.di ist mit einer gGmbH einverstanden, fordert aber die langfristige Sicherstellung einer hundertprozentigen Trägerschaft der Stadt sowie tarifliche Bindung, Mitbestimmungsgremien und eine ausreichende Finanzausstattung des Klinikums.

Paritätisch besetzter Aufsichtsrat bei Sana

KMi (upr) – Noch in diesem Jahr sollen acht Arbeitnehmervertreter in den aus 16 Personen bestehenden Aufsichtsrat der Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA gewählt werden. Das beschloss der Konzernbetriebsrat Ende Januar in Bad Kreuznach. Man verspreche sich davon mehr Transparenz sowie Kontrolle der Argumentation der Konzernführung, so Betriebsrat Dr. Joachim Weiß. Bisher stellen allein die Anteilseigner der Sana die Mitglieder des Aufsichtsrats.

Vincentz Network
Frau Larissa Lübeck
Schiffgraben 43

T +49 511 9910-030
F +49 511 9910-029
zeitschriftendienst@vincentz.net

30175 Hannover

Bestellung

Wir bestellen **"Klinik Markt inside"**

ab _____

als E-Mail-Informationsdienst an
folgende E-Mail-Adresse:

als Druckversion an folgende Adresse:

Kunden-Nr. (falls zur Hand)

Firma

Vorname/Name

Position

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Erscheinungsweise 14-tägig (24 Ausgaben pro Jahr), Jahresbezugspreis Inland 576,- € inkl. MwSt./Porto (Stand 1.1.2004) Abbestellung ist bis drei Monate vor Quartalsende möglich. Preise für individuelle PC-Mehrplatzlösungen auf Anfrage.

Datum, Unterschrift



Jetzt inklusive
tagesaktuellem
E-Mail-Service
„KMi-News“

Hier meine Zahlungsweise (nach Rechnungserhalt)

Die Abrechnung/Abbuchung soll

jährlich vierteljährlich erfolgen.

Umsatzsteuer-Ident-Nr. _____

Verrechnungsscheck/Überweisung

Abbuchung von

Konto-Nr.

Kreditinstitut

BLZ

Einzug per Kreditkarte:

Mastercard/Eurocard Visa

American Express _____

Karte Nr.

Karteninhaber/in

Gültig bis

Mein gutes Recht: Mir ist bekannt, dass ich diese Vereinbarung innerhalb von 14 Tagen (Poststempel/Fax-Datum) mit einer kurzen schriftlichen Mitteilung an Vincentz Network, Schiffgraben 43, 30175 Hannover, widerrufen kann. Alle Preisangaben Stand 1.1.2004

Datum, Unterschrift

A0513

Bitte senden Sie mir ein kostenloses Probeexemplar

Pflege intern
Nachrichten, Analysen, Hintergründe aus dem Spannungsfeld Pflege und Politik

Jetzt inklusive
tagesaktuellem
E-Mail-Service
„Pflege intern-News“



Der Gelbe Dienst
Sozial- und Gesundheitspolitik – Nachrichten, Analysen, Hintergründe

