

Beobachten, Warten, Handeln

Herausforderung: Als Zahnarzt jetzt ortsübergreifende, vertragsärztliche und privatmedizinische Gemeinschaftspraxismodelle initiieren.

Mit dem Jahr 2005 ergeben sich für den Zahnarzt, sowohl bei dem eher unternehmerischen Typ als auch bei dem eher engagierten „Nur-Zahnarzt“ völlig neue Gestaltungsmöglichkeiten für Berufs-

und Lebensplanung.

Neues Berufsrecht

Das Berufsrecht gestattet nun umfassende, ortsübergreifende, zivilrechtliche Zusam-

enschlüsse, sowie die Bildung von Zweitpraxen für Privatmedizin an anderen Standorten. Zwischen verschiedenen Praxen können Teilgemeinschaften mit gemeinsamer, privatmedizinischer Erbringung von

implantologischen Leistungen, sonstigen ästhetischen Leistungen, Prophylaxe etc. gebildet werden.

Auch Verbünde mit Ärzten im Bereich der Funktionsdiagnostik mit Orthopäden sind

möglich.

Damit entstehen zum ersten Mal Kettenstrukturen mit Kosteneinsparmöglichkeiten, gemeinsamem Personaleinsatz, erweiterter Patientenakquisition und stärkerer Spezialisie-

zung.

Alles kann faktisch aus einer Hand mit einheitlicher Markenstruktur angeboten werden. Ein möglicher Arbeitstitel wäre:

Star-Dent-Gruppe Dr. Bohrer & Kollegen.

Parallel: Neuer Gesetzentwurf für ortsübergreifende, vertragsärztliche Gemeinschaftspraxismodelle

Ein mit der KZBV abgesprochener Gesetzesentwurf des Gesundheitsministeriums vom 08.08.2005 bringt nun nachhaltig erweiterte Zusammenarbeitsmöglichkeiten für Zahnärzte im Rahmen ortsübergreifender Gemeinschaftspraxen mit mehreren Standorten für die Behandlung von Kassenpatienten.

Dieser Gesetzesentwurf wird im Bundestag sehr schnell beschlossen werden, weil er von allen politischen Parteien und den Ländern getragen wird.

Vertragsärztliche Veränderungen im Überblick

- Ortsübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften im Vertrags-Zahnarztbereich haben eine gemeinsame Praxisanschrift im Schriftverkehr mit der KZV. Darüber hinaus hat man mehrere, genau definierte, zusätzliche Praxisstandorte für die Versorgung der Bevölkerung.
- Dabei kann im kassenmedizinischen Bereich eine vertragsärztliche Teilgemeinschaft gebildet werden, die nicht mehr den gesamten Leistungsumfang eines Zahnarztes umfasst, sondern sich ggf. auf Teilbereiche wie z. B. die Kinderbehandlung beschränkt.
- Ein Vertragszahnarzt kann in Zukunft mehreren zahnärztlichen Kooperationen angehören.
- Er kann zivilrechtlich an anderen Praxen beteiligt sein. Er kann mehrere MVZ's als Gründer und Gesellschafter betreiben etc.
- Vertragsärztlich ist er aber immer auf seine genau für ihn definierte, persönliche Leistungsmenge beschränkt.
- Eine überörtliche, vertragszahnärztliche Gemeinschaft kann mit mehreren Vertragszahnärzten und mit mehreren Sitzen gebildet werden. Diese vertragsärztliche Kooperation ist – im Gegensatz zur zivilrechtlich erweiterten Kooperation – ausschließlich auf Vertragszahnärzte beschränkt, die Mitglieder derselben KZV sind.
- Die Forderung des Berufsrechts, dass am jeweiligen Praxissitz verantwortlich mindestens ein Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft hauptberuflich tätig ist, wird im KZV-Bereich wie folgt gelöst.
- Mindestens jeweils ein Mitglied der überörtlichen, vertragsärztlichen Gemeinschaft muss am jeweiligen Vertragsarztsitz persönlich in erforderlichem Maße zur Verfügung stehen. Die zeitliche Pflichtmenge von ca. 27 Stunden an 5 Tagen

kann die überörtliche, kassenzahnärztliche Gemeinschaft durch jedes ihrer Mitglieder erfüllen. Es ist nicht notwendig, dass gerade dasjenige Mitglied die Aufgabe übernimmt, das an dem jeweiligen Vertragsarztsitz gemeldet ist und die Verantwortung für den Standort hat.

Keine kassenärztlichen Zweitpraxen ohne Genehmigung der KZV

Neuerdings sind privatmedizinisch Zweitpraxis-Standorte erlaubt, in der Regel sind es zwei.

Diese Standorte können sich befinden in Kooperation mit Arztpraxen, Kliniken, Hotels oder in Einkaufszentren.

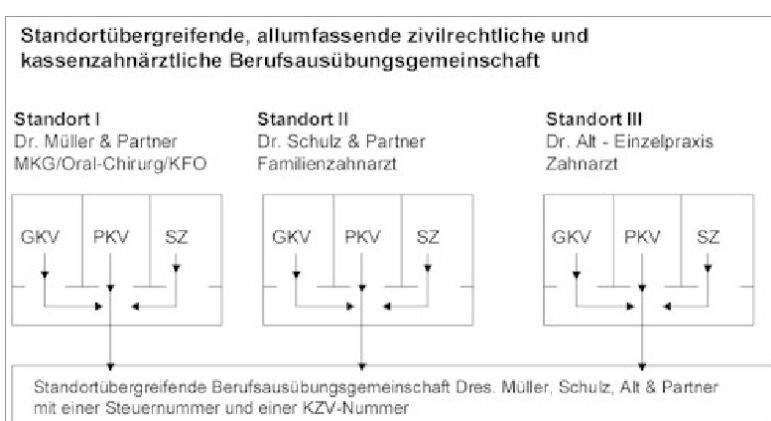
Kassenärztliche Zweigpraxen können von der KZV genehmigt werden, falls eine Unterversorgung existiert.

Die Mitnutzungsmöglichkeit bzw. Leistungserbringung an einem anderen Standort einer kassenzahnärztlichen, ortsübergreifenden Gemeinschaft ist nicht identisch mit dem vertragsärztlichen Begriff der Zweigpraxis.

Die Zweigpraxis ist die Nutzung eines dritten Ortes im Rahmen einer Vollzulassung eines genau definierten Hauptstandortes.

Zulässigkeit von angestellten Zahnärzten, die eine Vollzulassung ausfüllen

In Zukunft wird es nicht nur angestellte Ärzte geben, die in einem MVZ im Rahmen einer Vollzulassung angestellt sind, deren Inhaberschaft der juristischen Person gehört, sondern es gibt auch die Besetzung einer Zulassung in einer Praxis nicht nur mit einem Freiberufler, sondern auch mit einem angestellten Zahnarzt. Somit kann ein Zahnarzt in einer unterversorgten Region die Schaffung einer von ihm nutzbaren Zulassung verlangen, die er an seinem Standort anmeldet. Möglich ist aber auch eine von ihm gegründete, ortsübergreifende Gemeinschaftspraxis mit



mehreren Standorten, die zusätzlich mit Zulassungen von Angestellten erweitert wird.

Denkbar ist auch, dass ein bisheriger Partner einer Gemeinschaftspraxis ohne Kapital seine Vollzulassung in die eines angestellten Zahnarztes verwandelt.

Für viele unternehmerische Zahnärzte könnte so das Konstrukt der bisher umstrittenen Gemeinschaftspraxis ohne Kapital entfallen.

Der freiberufliche Arbeitgeber kann die Stelle mit einem angestellten Zahnarzt seiner

Wahl bestellen. Eine Mitbestimmung des Zulassungsausschuss bei der Auswahl entfällt.

Elegante Form der Praxisabgabe – Weiterarbeit als Angestellter

Jede Zahnärztin und jeder Zahnarzt über 55 Jahre hat nun die Möglichkeit, den Standort an einen aktiven Kollegen zu verkaufen und den begünstigten halben Steuersatz zu erhalten.

Er kann dann auf der umgewandelten Zulassung als Angestellter weiterarbeiten. Der Patient merkt nichts davon, weil auch angestellte Zahnärzte auf dem Schild geführt werden können, ohne dass es eines Hinweises bedarf, ob der je-

Versorgung – optimal spezialisiert – anbieten. Dies ist sowohl im Hinblick auf den Patienten ein Vorteil als auch für künftige Vertragsgestaltungen mit GKV- und PKV-Kassen.

Es werden nicht nur bestimmte GKV-Kassen ihren Patienten bestimmte Dienstleistungen und Servicestrukturen anbieten (Vergabe schneller Termine), sondern das Gleiche wird von Seiten der PKV kommen. Das Opti-Dent-Konzept besonders empfohlener Zahnarztpraxen wird schon aktiv von der DKV praktiziert.

Entscheidend wird immer sein, dass sich eine solche Gruppe frühzeitig für eine gemeinsame EDV-Technologie und für ein einheitliches Qualitätsmanagement mit einer Zertifizierung aller beteiligten Pra-

ggf. auch einen sektorübergreifenden Dienstleistungsbereich inklusive stationärer MKG-Tätigkeit im Verbund schaffen.

Kooperation auf Probe – Jederzeitige Trennungsmöglichkeiten vereinbaren

Eine gemeinsame Gesellschaft verlangt die Abgabe einer gemeinsamen Steuererklärung. Dennoch kann man die Buchhaltungen so strukturieren, dass jeder einzelne Standort eine exakte Kostenstellenrechnung von Einnahmen und Ausgaben hat.

Am besten ist es, dass man am Anfang so weit wie möglich die bisherigen ideellen und materiellen Werte getrennt als Sonderbetriebsvermögen lässt, um in einer Probephase zu prüfen, ob die Kooperation wirklich die Vorteile hat, die sich jeder vorstellt.

Die Gewinnabreden, die durch die Spezialisierung und Überlassung von Patienten innerhalb der Gemeinschaft stattfinden, bilden dann zunächst die ausschließliche, echte Gemeinschaftlichkeit.

Dennoch ist es so, dass jeder Partner von den Strukturen des anderen und seinen Gewinnen über die gemeinsame Gewinn- und Verlustrechnung Bescheid weiß, selbst wenn die einzelnen Filialen so weit wie möglich als „Profitcenter“ selbstständig bleiben und die bisherigen Gewinnerwartungen nach Köpfen geteilt werden müssen.

Nur Ausschnitte gemeinsam anbieten

Über die Teilgemeinschaft kann sich eine Partnerpraxis an den Spezialleistungen eines Partners mit hoher Kernkompetenz beteiligen. In der Sekunde, in der er unmittelbar im Rahmen der auch gegenüber dem Patienten auftretenden Gemeinschaft an der Leistung partizipiert, wird er sie gern darstellen, weil er jetzt einen unmittelbaren Vorteil hat, der ihm in der Vergangenheit nicht zugänglich war.

In der Vergangenheit fühlte er sich durch die Sonderkompetenz des Kollegen benachteiligt, jetzt stärkt sie ihn, weil die Kernkompetenz des Anderen auch sein eigenes Angebot an seinem Standort durch Beteiligung an neuen Nutzungsmodellen erweitert.

Chancen von Teilgemeinschaften

Das größte Wachstum wird bei den Teilgemeinschaften liegen, wo gemeinsam, mehrere Standorte umfassend, durch Kompetenz-Träger oder Zentren Implantologie, Funktionstherapie, anspruchsvolle Parodontologie, Endodontie, Operationsleistungen oder Prophylaxe angeboten werden können. Interessant sind die gemeinsamen Konzepte für Oralchirurgen, MKG, naturheilkundliche Spezialisten etc.

Jetzt kann sich derjenige, der den Patienten einbringt, die aufwändige Eingangsberatung und Behandlungsvorbereitung des Patienten im Rahmen des gemeinsamen Dienstleistungsangebotes bezahlen lassen. In der Gesamtrechnung

Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis Dres. med. dent. M. u. F. Schulze

Besondere Praxisschwerpunkte:

Ästhetische, ganzheitliche Zahnheilkunde, Bleaching

In Berufsausübungsgemeinschaften verbunden mit:

MKG-Praxis Dr. med. dent. Messer

KFO-Praxis Dr. med. dent. Kind

Orthopädie-Praxis Dr. med. Kräftig

Physiotherapie-Praxis Schnell

Termine nach Vereinbarung

weils Betroffene Freiberufler oder Angestellter ist.

Damit kann man sehr frühzeitig die Probleme der künftigen Praxisabgabe lösen und ein Anderer kann den Standort ggf. investiv ausbauen und frühzeitig einen Assistenten ausbilden, der im jeweiligen Verbund gern auf dieser Stelle – nach Aufgabe der Praxistätigkeit des angestellten Kollegen, der zu irgendeinem Zeitpunkt aufhört – weiterarbeiten.

xen entscheidet. Nur so kann auf die Dauer optimal eine Struktur gebildet werden, in der sehr schnell Arbeitsplätze ausgetauscht werden können.

Optimale Spezialisierung

Zunächst könnte interessant sein, mit verschiedenen Standorten Oralchirurgie familienzahnärztliche Aktivitäten mehrerer Standorte und Kieferorthopädie zusammenzufassen.

Wenn die Spezialisten von der Menge der Patienten leben können, die innerhalb der Partnerschaft zur Verfügung stehen, kann auch der bisher nur zuweisende Zahnarzt im Rahmen der Gewinnverteilung von den besseren Möglichkeiten der Abrechnung von Oralchirurgen / Kieferorthopäden leben. Denkbar sind aber auch ergänzende, kassenärztliche und privatmedizinische Überlegungen zur Zusammenfassung von Parodontologen, Endodontologen und Kinderzahnärzten zu einem leistungsfähigen Verbund.

In größeren Gebilden ist es auch denkbar, dass sich ein Mund-, Gesichts- und Kieferchirurg an einer solchen Struktur beteiligt. Voraussetzung ist dann allerdings, dass er nicht auf die Zuweisung anderer Zahnärzte angewiesen ist. Des Weiteren kommt es auch zu einer Durchmischung dahingehend, dass es jetzt Krankenhaus-Zahnärzten und Mund-, Gesichts- und Kieferchirurgen möglich wird, sich zusätzlich im niedergelassenen Bereich im Rahmen einer Zulassung zu betätigen. Damit kann man

Strategische Aspekte der neuen, ortsübergreifenden, vertragszahnärztlichen Kooperations- / Filialbildung

Je stärker sich der Gesetzgeber aus der kassenzahnärztlichen Versorgung zurückzieht, desto weniger Wert wird es darauf ankommen, kostengünstige, standortübergreifende Partnerschaften zu haben, die aus einer Hand umfassend hochwertige kassenzahnärztliche und privatmedizinische

der Teilgemeinschaft wird im Innenverhältnis dann der anteilige Leistungsbereich des akquirierenden Partners ausgeglichen.

Die nur auf wenigen, ausgewählten und rentablen, privaten Leistungen beruhende, überörtliche Indikationsgemeinschaft, die auch auf dem Praxisschild als Bestandteil der Leistungspalette der einzelnen Praxis auftaucht, stellt eine radikale Neuerung nach dem Berufsrecht dar. Sie gestattet nun Spezialisierung auf der einen Seite und Partizipation des akquirierenden Partners.

Damit wird die Konzentration auf OP-Techniken, besondere Angebote für technische Leistungen, Prophylaxe und zum ersten Mal von auch für Dienstleistungen anderer Gesundheitsberufe wesentlich erleichtert.

Damit können jetzt Verbundstrukturen entstehen zwischen Zahnärzten, Oralchirurgen, MKG und KFO, sowie erweiterte Konzepte mit anderen Fachrichtungen.

Sowohl in der Mutter-Praxis wie in einem Einkaufszentrum/Flughafen-Standort präsent sein

Wichtig ist die Erkenntnis, dass ein Zahnarzt mit einem Kollegen, der für den anderen Standort gegenüber der Kammer/KZV verankert ist, eine weitere, ihm gehörende Praxis realisieren kann.

Ein Praxisinhaber ist also in der Lage, an einem besonders frequentierten Standort zusätzlich präsent zu sein.

Man kann mit für die Kompetenz mehrerer Standort werben.

Interdisziplinäre, ärztlich orientierte Teilgemeinschaften

Aufgrund einer historischen Entwicklung lebten Ärzte und Zahnärzte vielfach aneinander vorbei. Neueste wissenschaftliche Erkenntnisse legen jedoch wegen der zentralen Bedeutung des Zahnsystems ein Miteinander nahe. Zahnprobleme als Ursache von Rheuma und Herzkrankheiten sind lange in der Diskussion wie auch Kiefergelenks-Funktionsdefizite, die den gesamten Bewegungsapparat erfassen.

Beispiel eines Zusammenschlusses wäre die „Medizinische Kooperationsgemeinschaft Chronischer Gesichtsschmerz“.

Unter Aspekten wie „Chronischer Schmerz“ oder „Operationsgemeinschaft für Wirbelsäulenleiden und Bissfunktion“ sind nun Antworten auf steigende Beratungswünsche aufgeklärter Patienten möglich.

Auch Ernährungsdefizite und Entgiftungskonzepte können so gemeinsam angegangen werden. Selbst die klassische Implantologie könnte von zuweisenden Hausärzten und Orthopäden gemeinsam gefördert werden.

Erstellen solche integrativ arbeitenden Zahnärzte und Ärzte gemeinsame Praxisbroschüren, Patientenzeitungen, wechselseitige Vorträge in Praxen, Wartezimmer-TV und ge-

meinsame Gesundheitstage, ergibt sich bei z. B. einer Zusammenarbeit von 10 Praxen eine ungeheure Menge neuer, qualifizierter Kontakte für die einzelnen Spezialanbieter.

Werden die Ärzte im Rahmen der Gemeinschaft für ihre Aufklärung und Vorbereitung der Inanspruchnahme der zahnärztlichen Spezialisten ausreichend honoriert, wird die regionale Durchdringungsfähigkeit zu Gunsten innovativer, zahnmedizinischer Konzepte wesentlich leichter.

Gesundheitspolitik und Kassen hätten es in diesem Fall regional wesentlich schwerer, gegenüber aktiven, vernetzten Ärzten und Zahnärzten ihre Interessen durchzusetzen.

Sinnvoll ist es, dass sich die interessierten Zahnärzte jetzt individuell beraten lassen oder mit Kollegen (und anderen Gesundheitsberufen) an Experten-Workshops teilnehmen

Durch die liberalisierten zahnärztlichen und ärztlichen Kooperationsmodelle werden jetzt die zukünftigen Verbundstrukturen für die nächsten 10 Jahre gelegt.

Wie zahnärztliche Fusionsmodelle initiieren?

Da mittelfristig die Krankenkassen die Verantwortung für die regionale Versorgung haben, ist es entscheidend, in einem geografischen Einzugsbereich eine gewisse Marktmacht zur verkörpern.

Dieser geografische Vorteil zwingt geradezu - aus der gesetzlichen Verpflichtung heraus - in Zukunft die konkurrierenden Krankenkassen, mit diesen Kooperationsmodell-Verträge für die regionale Versorgung abzuschließen.

Wie starten? Das Strategiegelgespräch - der Strategie-Workshop

Zunächst werden, die beteiligten Zahnärzte diskutieren, um festzustellen, ob es eine gemeinsame strategische Einschätzung gibt. Es werden sich drei psychologische Arzt-Teilnehmern herauschälen:

1. Sogenannte pro-Aktive, offene Zahnärzte, die bereit sind, nach vorne zu gehen. Diese Gruppe umfasst 18-20% einer homogenen Gruppe.
2. Eine weitere Gruppe, die zunächst eher skeptisch sein wird, aber nach einer gewissen Anpassungszeit der ersten Gruppe folgen will (späte Innovatoren). Diese Gruppe umfasst ca. 30%.
3. Eine dritte Gruppe, die sich gegen jede Veränderung wehrt und sich nie entscheidend kann: Zögerer.

Moderation und Protokollierung wichtig

Sinnvollerweise sollte eine dritte Person moderieren und ggf. Ergebnisse, Einschätzungen und kontroverse Situationen mit protokollieren.

Je klarer Gemeinsames, Trends und ggf. auch kontroverse Punkte formuliert werden, desto leichter lässt sich ein Arbeitsblatt mit nächsten Schritt herausarbeiten.

Von Seiten des Anwaltsbü-

ros Broglie, Schade & Partner bieten sich hier spezifisch ausgebildete Strategie-Moderatoren für die Kennenlernphase an.

Wirtschaftliche Daten

Wichtig für den nächsten Schritt ist, dass die Kollegen untereinander die Eckdaten der jeweiligen Praxen kennen.

Das ist für viele Ärzte ein äußerst unangenehmer Gesichtspunkt, weil viele glauben, damit Staatsgeheimnisse offenbaren zu müssen. Für ein faires Miteinander kann aber eine so genannte stillschweigende Vereinbarung - auch schriftlich - geschlossen werden, die ein psychologisches Moment der Sicherheit enthält.

Zum sogenannten Ist-Status gehören

1. KZV Fallzahlen, Umsatz-Besonderheiten, am besten auf Grund kopierter KZV Ausdrucke.
2. Fallzahlen und Umsätze aus den Bereichen PKV und Beihilfe.
3. Umsätze und Details aus dem Selbstzahlerbereich und den Schwerpunkten.
4. Aktivitäten und Details aus Labor gewerblichen Bereich.

Konkrete Organisationsstrukturen

1. Arbeitszeiten, Art der Terminvergabe; Wartezeiten bis zum Einbestellen für das erste Gespräch; Wartezeiten in der Praxis; Art der Terminstruktur, durch EDV, handgeführt, etc.
2. Das eingesetzte Personal und Hilfe durch weitere Ärzte als Partner, Assistentenvertreter, Einsatz des Ehepartners und Aufgabenbereiche.
3. Aufstellung der Personalkosten.
4. Darstellung von persönlich aufgewendeter, individueller Patienten-Zeit sowie der delegativen Zeitstrukturen pro Patient durch andere Ärzte, Mitarbeiter.
5. Darstellung der Verteilung der Zeiten für operative und konservative Strukturen, unterteilt nach Kasse, Privat- und Selbstzahlerbereich, gewerbliche Tätigkeiten.
6. Darstellung der Mechanismen, wie bisher Nachfrage entstanden ist, Standort, Empfehlungsketten, systematisches Marketing.
7. Darstellung wie weit der Einzugsbereich der Praxis geografisch reicht und ggf. Eintragung der Besonder-

heiten auf einer regionalen Karte.

8. Darstellung der verwendeten Technik, Alter und Leistungsfähigkeit, Kosten und Erträge für die einzelnen Geräte.
9. Darstellung der zusätzlich in Anspruch genommenen externen Technik, Laborstrukturen, Vernetzungen, ggf. Rückvergütungen.

Zukunftsentscheidungen

Zunächst gilt es, die Zukunftsstrukturen der einzelnen Standorte einzuschätzen.

Dazu gehören Verluste durch den Wegfall von Patientenströmen, Gebührenordnungs-Veränderungen und Abrechenbarkeit von Privatpatienten.

Ferner müsste eingeschätzt werden, wie viele Mitarbeiter im schlechtesten Falle zu kündigen wären; wie hoch die Mietbelastungen sind und wie lange der Mietvertrag läuft (Kopie des Mietvertrages mitbringen), ferner welche Technik entfällt.

Synergieeffekte

Aus der Zukunftseinschätzung - unter Berücksichtigung von Einsparungen und Mietvertragsituation - ergibt sich der zukünftige Ertrags- und Leistungsbeitrag für die neue, ins Auge gefasste Fusionsgruppe/Kooperationsgemeinschaft.

Die Rechtsform sollte erst zum Schluss entschieden werden!

Vielfach wird geglaubt, dass der entscheidende Punkt die Rechtsform ist.

Viel wichtiger ist die tatsächliche Bedürfnisstruktur der Beteiligten.

Daraus können die Juristen am ehesten die dafür geeignete Rechtsform finden.

Das heißt die Bedürfnisse der Ärzte bestimmen die Rechtsform.

Oft wird geglaubt, dass dies anders ist.

Eigenen Bedarf / eigene Ziele festlegen!

Entscheidend ist jetzt, was jeder Beteiligte für sich und innerhalb der möglichen Gemeinschaft durch diese für sich erreichen will.

Er muss also mit seiner Familie, seinem Steuer- und Finanzberater, seinem persönlichen Trainer/Coach zunächst festlegen, was er für sich ökonomisch (Altersversorgung/laufender Bedarf) an Geld oder an Zeitbedürfnissen braucht.

Darüber hinaus gilt es dann festzulegen, mit wie viel Zeit und Aufwand der jeweilige Um-

satz und Ertrag erwirtschaftet werden soll. Sind es also höchstpersönliche oder delegative Leistungen, die dazu eingesetzt werden.

Welche Kosten verursachen sie und von wem sind sie zu tragen.

Wie stark will sich der einzelne Arzt für Geschäftsführungsfunktionen im Bereich EDV, Marketing, Personalführung, medizinische Organisation engagieren.

Weitere wichtige Zukunftsfaktoren ergeben sich aus der jeweiligen Gesetzgebung.

Aus all diesen Fakten resultieren die Kalkulationen folgender Parameter.

1. Patientenströme und Überweiserverhalten
2. Bezahlte Patienten - Frequenz-Höchstmenge durch KV/Krankenkassen
3. Zukünftige Vergütungen für technische Leistungen
4. Geplante Kopfpauschalen und sichere Einzelleistungsvergütung im GKV und PKV-Bereich

Zeitmanagement: Zeit- und andere Ablaufstrukturen / Schichtsysteme

Aus dem Umsatzstrukturmodell und der daraus abgeleiteten Gewinnsbedarfmenge ergeben sich die höchstpersönliche Zeit- und Personalmenge pro Behandler im künftigen Modell sowie aus der Zusammenschau der Bedürfnisse des künftigen Modells auch die umgekehrten, zwangsläufigen Zusatzbedürfnisse aus der Ganzheit eines neuen Systems.

Daraus gilt es, ein Zeitschema für die Angebots- und Ablaufstruktur des neuen Systems zu machen. Das umfasst die Basis-Arbeitszeiten von Zahnärzten und Personal.

Darüber hinaus ist es wichtig zu erkennen, dass ab jetzt Informationszeiten zwischen den Behandlern und dem Personal zu Beginn einer Schicht und bei der Übergabe einer Schicht zu anderen erforderlich sind.

Ferner sind festzulegen die Besprechungszeiten der Gesellschafter untereinander, die Termine mit dem Personal zur Optimierung der Abläufe am Anfang. Darüber hinaus wäre es sinnvoll ggf. noch Kommunikationsgruppen zu schaffen, die abhängig sind von der Bedeutung in der Hierarchie.

Es sind also Unterschiede zu machen nach Besprechungszeiten von Führungskräften und Besprechungszeiten mit der Gesamtgruppe. Darüber hinaus ist zu prüfen, welchen Kommunikationsbedarf das delegative Zahnarztssystem hat. HJS

Willkommen in der Zukunft.
arterio-control
Die neue Mess-Klasse.

Prämiert mit dem Millennium Award 2005: Arterio Control. Er definiert die neue Mess-Klasse in der präventiven Arteriosklerose-Medizin. Er ermöglicht das bisher Unmögliche: die non-invasive, schmerz- und risikofreie Messung des Arteriosklerose-Risikos. Er ist portabel und komfortabel. Er eröffnet Ihnen als „Selbstzahlerleistung“ mehr Differenzierung und eine hohe Patienten- und Kundenbindung. Er sichert Erfolgsquoten statt Komplikationsraten. Das nennen wir Zukunftsperspektiven. Sind Sie bereit?

Testen Sie die neue Mess-Klasse auf dem M3C Unternehmerforum 2005 am 2. + 3. Dezember in Wiesbaden. www.arterio-med.de · Telefon 0 21 81 21 31 610

arterio|med