

BROGLIE, SCHADE & PARTNER GBR RECHTSANWÄLTE

TÄTIGKEITSSCHWERPUNKT ARZTRECHT

SONNENBERGER STR. 16
65193 WIESBADEN
TEL. 0611 / 18 09 5-0
FAX: 0611 / 18 09 5-18

VIKTORIASTRASSE 9
80803 MÜNCHEN
TEL.: 089/33037731
FAX: 089/33037732



SONNENBERGER STR. 16
65193 WIESBADEN
TEL. 0611 / 18 09 4-0
FAX: 0611 / 18 09 4-18

Teilgemeinschaftspraxis Ideale Chance der Multiplikatorwirkung von Kollegenpraxen

Die Teilgemeinschaftspraxis wird wohl in Zukunft das am schnellsten wachsende Modell erfolgreicher, innerärztlicher Kooperationen sein.

Jeder wirbt für jeden

Die Praxisform gestattet es, dass ein Arzt oder Zahnarzt ein besonders spezialisiertes Profil und Leistungsangebot in eine Standort übergreifende ärztliche Gemeinschaft von Gesundheitsberufen einbringt und damit zu einer verkaufbaren Leistung aller Beteiligten der Gemeinschaft macht.

In überschaubaren Segmenten starten!

Damit ist jeder, der gegenüber seinen Patienten diese Spezialleistung darstellt und sich für den Kooperationspartner einsetzt, an der Leistung mitbeteiligt. Akquisitionsanteile für die Beteiligung sind zu vereinbaren.

Umfassendes IGeL-Screening lohnt sich jetzt

Viele gesundheitliche Defizite von Patienten, die bisher nicht beachtet wurden, werden auf diese Weise zu interessanten Ansatzpunkten ärztlicher Konsultation von Netzwerkpartnern.

Gerade in der Kombination Haus-/Facharzt und Zahnarzt ergeben sich viele privatmedizinische Leistungsergänzungen in den Segmenten

- tradierter Privatmedizin
- selbst zu zahlender Privatmedizin (kurativ, innovativ, naturheilkundlich und präventiv).

Damit kann jeder anders spezialisierte Kollege Defizite des Patienten mit diagnostizieren und an seinen Verbundspezialisten verweisen. Jeder hat die Möglichkeit, auf die Spezialleistungen von kompetenten Partnern zurückzugreifen.

Beispiele:

Hausärzte vereinbaren Operationspartnerschaften für den Bereich der Privatmedizin in den Segmenten

- Venenchirurgie,
- Leistenchirurgie,
- Proktologie,
- Augenmedizin (Katarakt/Lasik),

in der Orthopädie/Chirurgie für den Bereich

- Wirbelsäule-,
- Hüfte-, Knie-, Fuß-, Handchirurgie,

im Ästhetikbereich

- für alle Aspekte plastisch ästhetischer Chirurgie.

Man kann darüber hinaus im wesentlich stärkeren Maße als Facharzt für

- Kardiologie,
- Gastroenterologie,
- Onkologie

mit operierenden Praxen im Bereich der Privatmedizin zusammenarbeiten und gemeinsam privatmedizinische Dienstleistungen anbieten.

Gleiches gilt für die Segmente

- Naturheilverfahren,
- Prävention, wie z.B. Rückentraining, etc.

Der Kassenbereich bleibt zunächst unangetastet.

Mit der Teilgemeinschaftspraxis ist es möglich die bisherigen Schwerpunkte der Kassen- und Privatpraxis in der alten, persönlichen und kassenärztlichen Abrechnung zu lassen, ohne dass sie in eine umfassende innerärztliche Gesellschaft eingebracht werden, wo jeder in alle Abrechnungsstrukturen der anderen Partner des Verbundes Einblick hat. Allein wegen der Haftungsfrage hat jeder das Recht, sich über die jeweilige Situation eines anderen Partners zu informieren. Bei der bisherigen Philosophie der Einzelpraxis entstand diese, jetzt begrenzende Geisteshaltung.

Juristische Aspekte

Die Teilgemeinschaftspraxis ist eine BGB-Gesellschaft, die es gestattet, Standort übergreifend mit eigenem Namen und Liquidationsrecht gegenüber Patienten in ausgewählten Indikationsbereichen aufzutreten.

Konkret heißt das, die bisherige, tradierte Praxis und Buchhaltungsstruktur bleibt unangetastet. In einem bestimmten Tätigkeitsschwerpunkt schließen sich aber fachgleiche oder interdisziplinäre Praxen mehrerer Standorte zusammen, um Leistungen anzubieten, die in der einzelnen Praxis nicht so kompetent (von der Investition oder vom Service und Ambiente her) anbietbar waren. Vielfach hatten auch die Ärzte bisher keine Zeit oder nicht den Willen sich zu spezialisieren oder in Sonderbereiche vorzudringen.

Die bisherigen Engpässe waren:

1. Man hatte zwar eine besondere Wissenskompetenz. Es fehlte aber
 - die Fähigkeit etwas selbst zu verkaufen
 - ausreichend große Nachfrage für den optimalen Einsatz von Geräten, Personal und Räumen.
2. Angst, Patienten zu verlieren
Hier scheiterten die schon in der Vergangenheit vielfach möglichen Kooperationsmodelle an der Angst, bisher verlässliche und ertragsstarke Patienten an möglicherweise attraktiver eingeschätzte Praxisinhaber oder Praxiskonzepte zu verlieren. Man hatte Angst mit folgenden Motiven:
 - der Kollege könnte medizinisch besser, pünktlicher oder freundlicher sein,
 - der Patient bekommt einen Vergleich, bleibt weg bzw. man hat ökonomisch nichts von der Empfehlung.

Da aber Geld in der modernen Gesellschaft der größte Antreiber ist, entsteht jetzt ein völlig neuer Motivationsmix.

Teilgemeinschaft – ein Transparenzmodell

Die Teilgemeinschaft wird auf jedem Praxischild, Briefkopf, Broschüre, Flyer etc. angekündigt.

Beispiel:

**Operationsgemeinschaft Musterstadt
Dr. Müller & Partner
Ärztliche Präventionsgemeinschaft
Dr. Silvaner & Partner
Ärztlich/Zahnärztliche Gesellschaft
für Ästhetik, Implantologie und Prophylaxe,
Hamburg.**

Damit weiß jeder Patient, dass die ihn informierende Praxis an der dargestellten Leistung mit beteiligt ist. Im Zweifel unterschreibt der Patient schon in der Akquisitionspartner-Praxis die entsprechende Aufklärungs- und ggf. Einverständniserklärung mit Kostenvorschlägen.

Partner des Patienten ist die überörtliche Gemeinschaftspraxis, die neben der Anlaufpraxis zum Hauptbringer der höchstpersönlichen Spezialleistung nach dem neuem Berufsrecht wird.

Praxis mit Anlauf-Informations-Funktion

Denkbar ist auch, dass der Patient zunächst nur umfassend informiert wird und der Kompetenzpartner der Ärztesgesellschaft dann im zweiten Schritt vertiefend berät und den Patienten für die standortübergreifende Teilverbundgesellschaft wirbt.

Erbringungsort – wo am besten?

Denkbarer Erbringungsort für den zweiten Termin ist

1. gemeinsam mit dem Spezialisten einen Termin in der Akquisitionspraxis. Jeder Arzt darf nun auch in der anderen Partnerpraxis konsiliarisch und selbst leistungserbringend mitarbeiten,
2. die Spezialpraxis,
3. ein Kompetenzzentrum, das als gemeinsamer, dritter, neutraler Standort von allen oder von einem Partner unterhalten wird. Die Kosten werden in der Gewinnverteilung anteilig zugerechnet.

Gesellschaftsrechtlicher Vertragskodex für Patienten, die die Praxen wechseln

Der Vorteil dieser Möglichkeiten liegt darin, dass der empfehlende Arzt in der Arztpraxis nie Angst haben muss, dass er den Patienten verliert. Man kann vereinbaren, dass jeder Patient, der nicht zurück will, beim anderen Partner verbleibt, der dann aber der Ursprungspraxis immer eine 40%ige Gebühr zahlt.

Insbesondere die Lösung, dass der Spezialist die Erstberatungspraxis durchführt oder an einem neutralen Standort tätig ist, wird dieses Modell vielen Kollegen erleichtern. Darüber hinaus kann die Anlaufstelle wesentlich leichter die Qualität der Leistungen der Spezialpraxis herausstellen.

Besser Kollegen als sich selbst loben!

Viele Ärzte können über ihre eigene Leistung nicht offen reden, weil sie perfektionistisch sind und nur ihre Defizite sehen. Die Leistung eines Kollegen können sie besser herausstellen.

Auch vielen Hausärzten mit altruistischer Einstellung wird es leichter fallen, an einen fachärztlichen Kompetenzpartner zu verweisen, anstatt Geld im eigenen Namen für sich zu fordern.

Somit hat jetzt die potentielle Erstberatungspraxis die Möglichkeit, sich die besten regionalen Kompetenzpartner auszusuchen. Praktisch kann jeder mit jedem sprechen. Jeder Kontakt kann die Leistung in der Partnerpraxis damit in Kundenbindung und Verbesserung der Einnahmestruktur umwandeln.

Die Erstberatungspraxis sucht sich Wunschleistungsgebiete und Partner aus.

Spezial-/Kompetenzpraxen suchen Partnerpraxen mit gutem Erstgesprächspotential.

Was ist bei Teilgemeinschaftspraxen untereinander zu besprechen?

1. Wer ist anzusprechen?

Die Erfahrung zeigt, dass es sinnvoll ist, nach medizinischen Schwerpunkten zu gliedern, beispielweise Teilgemeinschaft für Naturheilverfahren, für Prävention, für Operationen, für bestimmte Innovationen. In der Regel kann eine größere Gruppe von Ärzten sich mit bestimmten Methoden, beispielsweise im Bereich Naturheilverfahren, nicht identifizieren. Das macht die Gruppenbildung schwer.

Weiterer zentraler Gesichtspunkt ist die Frage der Zusammenarbeit vor Ort oder weiter entfernt. Die emotionale Erfahrung zeigt, dass eine Zusammenarbeit besser funktioniert, je weiter die Kollegen voneinander entfernt sind. Fachärzte sollten daher am besten mit Hausärzten zusammenarbeiten, die mindestens 5 bis 10 km entfernt sind.

Kollegialität und Toleranz wächst im Quadrat der Entfernung!

2. Gewinnverteilung

Wie soll der Anteil des Kollegen, der das Erstgespräch initiiert hat, bewertet werden?

Es geht um den Tatbestand des Aufklärungsgesprächs, der Empfehlung, der Kostenanalyse, die durch die Inanspruchnahme der Teilgemeinschaft durch den Patienten entstehen. Erfahrungswerte liegen hier zwischen 10 und 30 %.

3. Geschäftsführung

Bei dem die Initiative ergreifenden Partner sollte auch die Geschäftsführung liegen.

Die Steuerberatung für die Teilgemeinschaft sollte ggf. zwischen den Steuerberatern der einzelnen Beteiligten im Rhythmus wechseln.

4. Weitere Kollegen

Eine Liste von möglichen weiteren Kollegen muss erstellt und hierfür schon das vorherige Einverständnis eingeholt werden.

5. Verbundnetz – groß und übersichtlich

Es gibt für die Frage eines großen, allumfassenden oder eines kleinen Verbundnetzes wahrscheinlich zwei Betrachtungsweisen.

Die erste Betrachtungsweise möchte ein großes Kollektiv der Ärzte ohne regionalen Wettbewerb zwischen Arztpraxen. Für die Ärzte hat das den emotionalen Vorteil, keine Kollegen auszuschließen. Gerade große Operations- und Diagnostikpraxen auf dem Lande wollen keine Differenzierung machen, die andere Kollegen zum Boykott veranlassen könnte.

Auch stellt sich immer die Frage, ob durch erfolgreiche Teilgruppen der politische Interessenwillen in der Region gegenüber GKV, PKV und gesellschaftlicher Öffentlichkeit beeinflusst werden könnte. In der Regel erfüllen diese Funktionen die politischen, weit größeren Netze. Es ist kein „entweder – oder“ sondern ein „sowohl – als auch“.

Anders liegt die Sache, wenn der Spezialist eine Nische hat und deshalb keine Konflikte entstehen. Existiert schon eine große, konservative Orthopädiepraxis mit dem Schwerpunkt Wirbelsäule und manuelle Medizin – Osteopathie, die mit Hausärzten zusammen arbeitet, gibt es kaum Konflikte, weil ein großes Einzugsgebiet existiert.

Kooperiert eine HNO-Praxis mit breitem Spektrum mit nur wenigen Überweisungen, könnten die anderen negativ reagieren. Schränkt aber nun der HNO-Arzt das Spektrum auf private Schnarch-Operationen ein, werden es die anderen Überweiser wahrscheinlich akzeptieren.

Sich zunächst auf Spezialitäten konzentrieren

Je kleiner also das Spektrum am Anfang ist, desto weniger wird eine Verzerrung des Wettbewerbs befürchtet.

Geht man eine Kooperation ein, die die gesamte Privatmedizin gegenüber anspruchsvollem Publikum umfasst, werden wahrscheinlich viele Kollegen betroffen reagieren, weil sie das für nicht fair und gerecht gegenüber der Gruppe halten.

Initiative ergreifen – aber wie?

Geht die Initiative von einem Operateur oder einer Diagnostikpraxis aus, sollte durch Vorgespräche und Workshops geprüft werden, welche Wünsche die Frontpraxen des Spezialverbundes haben. Denkbar sind folgende Grundhaltungen:

1. Die Kollegen wünschen überhaupt keine Geldbeteiligung.
2. Die Kollegen halten Beteiligungen mit bestimmten Indikationen für korrekt.
3. Die Kollegen möchten an allem beteiligt sein.

Emotionaler Konflikt zwischen Ärzten gleicher Fachrichtung

Bei Augenärzten, HNO-Ärzten und Orthopäden findet man oft emotionale Belastungen und latente Neidgefühle, wenn ein Arzt erkennt, dass der jeweilige Kollege durch ein Operationsspektrum ein vielfach besseres Einkommen und Ansehen hat. Hier verstellt die Wut über die eigene Vergangenheit die Chance für die Zukunft. Oft ist es hier sinnvoll, wenn ein externer Moderator oder Mediator die Interessen und Gefühle abklopft, anspricht, offen legt, reinigt und zu einem neuen symbiotischen Ergebnis führt.

Um überhaupt eine Bindung zu schaffen, kann es sinnvoll sein, zunächst mit weiter entfernten Kollegen eine Teilgemeinschaft nur in einem extrem kleinen Leistungsbereich einzugehen. Schließlich muss alles stimmen.

Der erste Schritt ist für eine Gruppe, die vor einer neuen Entscheidung steht, emotional immer besonders schwierig. Je kleiner der Veränderungsschritt ist mit der Möglichkeit, stufenweise zu erweitern, desto leichter wird er den Beteiligten fallen.

Je größer das Spektrum ist, desto eher kann auch etwas schief gehen. Es können Konflikte auftauchen, die dann auf die Teilgemeinschaftspartner zurückschlagen.

Start: Erfahrungen sammeln mit dem kleinsten gemeinsamen Nenner

Je umfassender die Teilgemeinschaft, desto höher die Anfangskonflikte, Erwartungen und auch Enttäuschungen. Es gilt zu beachten, dass es extrem viele Schnittstellen zu lösen gibt:

1. Wissen von Ärzten und Personal über das Leistungsspektrum
2. Ggf. Vernetzung der Kollegen mit gemeinsamer EDV-/Internet-Plattform; gemeinsamem elektronischen Buchungssystem
3. Erstellung von Broschüren, Flyern, Video-clips für Wartezimmer.
4. Vortragsthemen für die einzelnen Praxen des Verbundes; Organisation von Gesundheitstagen

5. Buchhaltung, Dauerkommunikation, systematisches Projektmanagement
6. Einigung auf einen gemeinsamen Projektmanager, der in der Regel von der Spezial-Kompetenzpraxis zu stellen wäre. Am besten ist es deshalb, wenn das gesamte Management von der Praxis ausgeht, die die Funktion des Spezialisten im jeweiligen Indikations-Teil-Verbund hat. Diese sollte auch die Grundkosten für Personal, Rechts- und Steuerberatung, etc. tragen, ferner die Kosten für Grafik und Entwicklung. Oft wird es so sein, dass Pharmaindustrie oder Medizintechnik hier helfend und beratend einsteigen, weil sich automatisch die Nachfrage nach deren Produkten bei solchen Konzepten erweitert.

Erster Schritt:

Die Arztpraxis, die in die Richtung eines Verbundnetzes denkt, muss zunächst prüfen, welches der Leistungsbereich ist, der persönlich Freude bringt, der rentabel ist und der mit Hilfe von Akquisitionspartnern, die einem persönlich nahe stehen, ausgebaut werden sollte. Dazu gehören folgende Strukturen:

1. Zeitaufwand, um betriebswirtschaftliche Kostenstrukturen für den gesamten Vorgang zu prüfen, Zeitreserven schaffen, Prioritäten abklopfen, Delegationsmöglichkeiten ärztlich und personell schaffen
2. Kalkulation der abzugebenden Akquisitionsanteile
3. Gesprächsaufwand, Auswahl der Schulung der Partner der ersten Stufe
4. Antworten finden für die Gefährdung durch Reaktionen von potentiellen Neidpraxen
5. Mit den Leitern der übergeordneten Netze in der Region sprechen und darstellen, dass keiner ausgeschlossen ist.
6. Auswahl der externen Berater für Strategie, Recht, Steuern, Grafik, Projektmanagement, Gesundheitstage, Internet, Pharma/Medizintechnik.

Merke:

Die Wagemutigen können in dieser Zeit des Umbruchs verlieren, die Zaghafte aber werden verlieren!

H.-J. Schade, Rechtsanwalt

Weitere Anfragen, Kontakte, Informationswünsche an den Autor über folgende Kontaktadressen:

Broglie, Schade & Partner GbR, Rechtsanwälte,
Sonnenberger Str. 16, 65193 Wiesbaden
Tel.: 0611/180950, Fax: 0611/1809518
E-mail: bsp@arztrecht.de,
Homepage: <http://www.arztrecht.de>

M³C Medical Marketing Management Consult,
Sonnenberger Str. 16, 65193 Wiesbaden.
Tel.: 0611/180940, Fax: 0611/1809418
E-mail: info@m3c-wiesbaden.de;
<http://www.m3c-wiesbaden.de>

PER TELEFAX: 0611 / 1809518

- Ich interessiere mich für ein Hintergrundgespräch zum Preis von € 390,--
- Ich möchte einen Workshop mit Kollegen – Kostenübernahme durch
 - () Pharmafirma
 - () Medizintechnik
- Die Kosten werden mit Kollegen nach Köpfen geteilt
- Einzelberatung – Teilgemeinschaftspraxis
- Ich bitte um weiteres Informations-Material

Name, Vorname

Fachrichtung

Anschrift

Tel.

Fax

e-mail

Unterschrift

Praxisstempel