

Das neue kooperationsfördernde Berufsrecht – Kompetenz von Kollegen hausärztlich/fachärztlich erfolgreich mitnutzen können

EBM-Gemeinschaftspraxis-Zuschlag bei standortübergreifender Kooperation

Statt gemeinsam jammern – jetzt gemein- sam handeln!

Zyniker behaupteten in der Vergangenheit – vor den standortübergreifenden, kooperationsfördernden Beschlüssen des Deutschen Ärztetags in Bremen, Ende Mai 2004 – die Kollegialität wachse im Quadrat der räumlichen Entfernung. Werden die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages von den Vertreterversammlungen der Landesärztekammern in wirksames Berufsrecht zum 01.01./01.04.2005 auf Landesebene umgesetzt, ergeben sich existenzielle, neue, stabilisierende Elemente für die Ärzteschaft durch neue Kooperationsaspekte.

Die wichtigsten Regelungen im Überblick:

§ 17 Niederlassung und Ausübung der Praxis

1. Die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit außerhalb von Krankenhäusern einschließlich konzessionierter Privatkliniken ist an die Niederlassung in einer Praxis (Praxissitz) gebunden, soweit nicht gesetzliche Vorschriften etwas anderes zulassen.
2. Dem Arzt ist es gestattet, über den Praxissitz hinaus an zwei weiteren Stellen ärztlich tätig zu sein. Der Arzt hat Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung seiner Patienten an allen Orten seiner Tätigkeit zu treffen.

§ 18 Berufliche Kooperation - Teilgemein- schaftspraxis

1. Ärzte dürfen sich zu *Berufsausübungsgemeinschaften* – auch beschränkt auf einzelne Leistungen – zu *Organisationsgemeinschaften*, zu *medizinischen Kooperationsgemeinschaften* und *Praxisverbänden* zusammenschließen.
2. **Ärzte dürfen ihren Beruf einzeln oder gemeinsam in allen für den Arztberuf zulässigen Gesellschaftsformen ausüben, wenn ihre eigenverantwortliche, medizinisch unabhängige sowie nicht gewerbliche Berufsausübung gewährleistet ist. Bei beruflicher Zusammenarbeit gleich in welcher Form, hat jeder Arzt zu gewährleisten, dass die ärztlichen Berufspflichten eingehalten werden.**
3. Die Zugehörigkeit zu mehreren Berufsausübungsgemeinschaften ist zulässig. Die Berufsausübungsgemeinschaft erfordert einen gemeinsamen Praxissitz. Eine Berufsausübungsgemeinschaft mit mehreren Praxissitzen ist zulässig, wenn an dem jeweiligen Praxissitz verantwortlich mindestens ein Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft hauptberuflich tätig ist.

§ 23 a Ärztengesellschaften

1. Ärzte können auch in der Form der juristischen Person des Privatrechts (Ärztengesellschaft) ärztlich tätig sein. Gesellschafter einer Ärztengesellschaft können nur Ärzte und Angehörige der in § 23 b Abs. 1 Satz 1 genannten Berufe sein. Sie

müssen in der Gesellschaft beruflich tätig sein. Gewährleistet sein muss zudem, dass

- a. *die Gesellschaft verantwortlich von einem Arzt geführt wird; Gesellschafter müssen mehrheitlich Ärzte sein.*
 - b. *die Mehrheit der Gesellschaftsanteile und der Stimmrechte Ärzten zusteht,*
 - c. *Dritte nicht am Gewinn der Gesellschaft beteiligt sind,*
 - d. *eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung für jeden in der Gesellschaft tätigen Arzt besteht.*
2. *Der Name der Ärztesellschaft des Privatrechts darf nur die Namen der in der Gesellschaft tätigen ärztlichen Gesellschafter enthalten. Unbeschadet des Namens der Gesellschafter können die Namen und Arztbezeichnungen aller ärztlichen Gesellschafter und der angestellten Ärzte angezeigt werden.*

§ 23 d Praxisverbund

1. *Ärzte dürfen, auch ohne sich zu einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammen zu schließen, eine Kooperation verabreden (Praxisverbund), welche auf die Erfüllung eines durch gemeinsame oder gleichgerichtete Maßnahmen bestimmten Versorgungsauftrags oder auf eine andere Form der Zusammenarbeit zur Patientenversorgung, z. B. auf dem Felde der Qualitätssicherung oder Versorgungsbereitschaft, gerichtet ist.*

Wo liegen für die Ärzte die größten Chancen?

Kollegen können nun einzeln oder zu mehreren zivilrechtlich offiziell als Eigentümer und Betreiber mehrerer Praxisstandorte agieren. Die standortbezogenen, vertragsärztlichen Pflichtenstellungen bleiben davon unberührt und sind durch das Berufsrecht nicht veränderbar.

Damit können sich nicht so unternehmerische Kolleginnen und Kollegen stärker auf ihre medizinischen Aufgaben konzentrieren und die eher unternehmerischen Kolleginnen und Kollegen kümmern sich zentral für mehrere Praxisstandorte um die Optimierung von Einkauf, Personalführung, Marketing und Patientensteuerung. Es entsteht aber nicht durch die Bildung einer zivilrechtlichen, standortübergreifenden Berufsausübung eine Gemeinschaftspraxis im Sinne des Vertragsarztrechtes mit der Zuschlagsberechtigung des EBM.

Die Zuschlagsziffern für die Privilegierung als Gemeinschaftspraxis/Medizinisches Versorgungszentrum betreffen nur jeweils einen Standort.

Dennoch können in einem solchen Eigentumsverbund einzelne Praxisstandorte mit geringerer Frequenz wesentlich besser ausgelastet werden, weil Patienten konfliktfreier auf die geringeren Wartezeiten anderer Verbundpraxen aufmerksam gemacht werden können.

Durch die berufsrechtliche Verpflichtung, die Namen der Beteiligten nach außen treten zu lassen, ist auch die Gefahr eines Missbrauchs zum Nachteil der Krankenkassen gebannt. Die KV'en, Krankenkassen und Prüfausschüsse können im Rahmen der Plausibilität prüfen, ob es zu Auffälligkeiten kommt.

Standortübergreifende Teilgemeinschaft – Hausarzt / Facharzt –

Die Möglichkeit, in bestimmten Teilbereichen standortübergreifend Dienstleistungen gemeinsam anzubieten, ist das Ende des innerärztlichen Schismas zwischen Hausärzten und Fachärzten. Bedrückend und ärgerlich war in der Vergangenheit, dass Gesundheitspolitiker und Krankenkassen die Ärzteschaft mit der Privilegierung von Hausärzten zu teilen suchte. Schmerzhaft musste dabei die Fachärzteschaft erkennen, dass mit der Praxisgebühr immer mehr Patienten den Weg zum Facharzt über den Hausarzt suchten.

Die privatärztliche - nur Privatmedizin/IGeL-Leistungen erfassende Teilgemeinschaft Hausarzt/Facharzt – könnte vertikal diese überflüssigen innerärztlichen Reibereien in ein gedeihliches wechselseitiges Nutzungsverhältnis kollegialer Art verwandeln.

Informelle Netzwerke in offizielle Netzwerke verwandeln

Das Positive an der Teilgemeinschaft ist, dass schon immer Ärzte auf Kompetenz, Erfahrung und Vertrauen ruhende Empfehlungsnetzwerke hatten. Diese können jetzt endlich offen nach außen treten im Rahmen eines dem Patienten gegenüber gemeinsamen Angebots und Behandlungsverhältnisses.

Konflikte aus dem berufsrechtlichen Verbot der Zuweisung gegen Entgelt entfallen.

Es stellt sich dabei die Frage, warum die Ärzteschaft erst jetzt den Nutzen solcher gemein-

samer Kompetenzpartnerschaften standortübergreifender Art erkennt.

Wie sieht ein Schild/Briefkopf einer solchen Teilgemeinschaftspraxis aus?

Gemeinschaftspraxis
 Dres. med. Renate und Paul Fleißig
 Fachärzte für Allgemeinmedizin/Naturheilverfahren
 Besondere Tätigkeitsschwerpunkte:
 Ganzheitliche Ernährungsmedizin
 Faltenunterspritzung
 Vitamin- und Vitalstofftherapien

In standortübergreifender Berufsausübungsgemeinschaft verbunden mit:

Gemeinschaftspraxis für Orthopädie, Dres. med. Kräftig und Messer
 Gemeinschaftspraxis für Augenheilkunde, Dres. med. Klar und Blind
 Gemeinschaftspraxis für HNO, Dres. med. Schnarch und Schlauf
 Gemeinschaftspraxis für Labor, Schlottfeld und Partner

Sprechstunden :

Statt überflüssiger IGeL-Leistungen kompetente Privatmedizin/Prävention anbieten

Beiträge - wie im Sommer durch die Zeitschrift Stern - ließen den Eindruck aufkommen, IGeL-Leistungen seien oft überflüssig. Ohne diese Diskussion zu vertiefen, gibt es aber auch die Möglichkeit, sich gemeinsam konsequent der jeweils modernsten und innovativsten sinnvollen medizinischen Leistungsmöglichkeiten und Leitlinien zu bedienen.

Damit wäre gegenüber der Öffentlichkeit und der Presse sichergestellt, dass es nicht mehr zu diesen Vorwürfen kämen. Die Presse müsste sich dann allerdings damit auseinandersetzen, warum die Kassenmedizin viele, international normale und empfohlene Leistungen nicht integriert.

Durch die nunmehr möglichen zweiseitigen oder mehrseitigen Teilgemeinschaftspraxen kann nun die Hausarztpraxis Patienten umfassende Kompetenzangebote für PKV-versicherte Leistungen oder für Selbstzahlerleistungen durch die fachärztliche Partnerpraxis anbieten.

Der ärztliche Patientendialog ist unkompliziert und einleuchtend:

„Verehrter Patient,

sinnvoll halte ich in Ihrem Fall eine kompetente Abklärung des Osteoporoserisikos mit einem Dexa-Gerät. Sie sind in der Wahl Ihres Facharztes mit einem solchen Gerät frei. Wünschen Sie in der orthopädischen Gemeinschaftspraxis meines Kollegen Dr. Kräftig und seines Partners, mit der ich mich nach längerer Abwägung als Kompetenzpartner im orthopädischen Bereich verbunden habe, einen Termin, so kann Schwester Hildgard Ihnen gleich Vorschlagstermine auf unserer gemeinsamen Internetverbindung machen.

Sie erhalten in diesem Fall die Rechnung von unserer standortübergreifenden Spezialsozietät Dres. med. Fleißig und Dres. med. Kräftig und Messer. Wir als hausärztlicher Koordinator und das fachärztliche Spezialwissen sind so medizinisch, datenmäßig und betreuungsmäßig ihr gemeinsamer Gesprächs- und Therapiepartner.“

Teilgemeinschaftspraxis – hausärztliche und fachärztliche Kompetenz in einer Hand!

Ein solches Konzept vermittelt jedem Hausarzt ein gutes Gefühl und gibt umgekehrt jedem Facharzt auch die Möglichkeit, sich auf der Basis der Beziehungen zu einer größeren Zahl von in partnerschaftlich verbundenen Hausärzten (im Rahmen mehrerer zweiseitiger Verträge) stärker zu spezialisieren. Investitionen in anspruchsvolle Technik, teure Fortbildungen können damit besser kalkuliert werden.

Umgekehrt kann sich jetzt jeder Hausarzt für die ihn jeweils kompetenteste, serviceorientierteste und technologisch hochwertigste Praxis in Kuration und Prävention entscheiden.

Der Patient erhält die bei der Privatversicherung einzureichende oder selbst zu zahlende Rechnung immer von dem Partner der Teilgemeinschaft, der die entsprechenden höchstpersönlichen Qualifikationen hat. Die Berechnung wird im Namen der jeweiligen Teilgemeinschaft mit eigener Steuernummer und Buchhaltung gestellt. Nach Eingang der Rechnung wird, ggf. monatlich – die eigene Geldsumme beispielsweise von der Buchhaltung/dem Steuerberatungsbüro der Facharztpraxis im Verhältnis der vereinbarten Gewinnverteilung getrennt und an beide Seiten angewiesen. Beispielsweise erhält die Hausarztpraxis 25 % der Geldsumme für die Gesprächsführung und Abklärung des Leistungsinhaltes, der von der fachärztlichen Partnerpraxis zu erbringenden Indikationsleistung und ggf. der Nachbetreuung des Patienten. 75 % verbleiben bei diesem Modell der Facharztpraxis.

Patient hat Zugriff auf frühzeitigste, sinnvolle nächste Schritte für Früherkennung

Ob es sich um Venenschwäche, Proktologie, Glaukom/Makula-Degeneration handelt, der Patient hat jetzt die Sicherheit, dass der Hausarzt auch all die Punkte anspricht, die nicht in der unmittelbaren Fragestellung der Abklärung anlässlich einer Wunschüberweisung zur Sprache gekommen sind. Der Patient hat so die Sicherheit, dass durch die Verbundlösung und durch die wechselseitige Fortbildung jetzt der Hausarzt schon sehr frühzeitig und konsequent auf die richtige Vorsorge – Intervalle achtet,

achtet, bzw. es bei potentiellen Operationseingriffen zu einer wesentlich früheren Diskussion über sinnvolle Maßnahmen kommt.

Mit dieser Lösung braucht sich die Ärzteschaft nicht mehr eine Blöße geben, von den Krankenkassen auf zweifelhafte Leistungen angesprochen zu werden. Es genügt völlig, dass sich die Deutsche Ärzteschaft entscheidet, jeweils die anspruchsvollsten Leitlinien der internationalen Ärztegesellschaften im Fortbildungsbereich zumindest im Bereich der Privatmedizin einzusetzen und gegenüber den Kassenpatienten darzustellen. Nicht umsonst hat vor einiger Zeit ein Zivilgericht darauf hingewiesen, dass ein Arzt als Nebenpflicht des Behandlungsvertrages die Verpflichtung hat, wesentlich bessere, wissenschaftlich abgesicherte Versorgungsformen dem Patienten darzustellen, bevor er sich für eine möglicherweise nicht so umfassende, preisgünstigere und wirtschaftliche kassenmedizinische Versorgungsebene entscheidet.

Da nunmehr Hausarzt und Facharzt gemeinsam auftreten, Leistungen anbieten, erbringen und abrechnen, wird endlich wieder im ärztlichen Lager mit mehr Kollegialität und Kooperation zu rechnen sein.

Auch was die Sinnhaftigkeit und die Preise der jeweiligen Leistungen betrifft, wird die Ärzteschaft jetzt wieder leichter zu Klarheit und Einheitlichkeit regional und bundesweit kommen.

Damit kann auch die Deutsche Ärzteschaft in der Vierecksbeziehung gegenüber Krankenhäusern, Krankenkassen der GKV/PKV und der Öffentlichkeit wieder geeint auftreten.

Die Erlöse aus den Einnahmen der neben die Praxis tretenden zusätzlichen hausärztlichen/fachärztlichen Partnerschaften werden nicht nur die Kreditwürdigkeit des ärztlichen Mittelstands gegenüber den Banken herstellen. Es wird auch helfen, die Zukunftsängste abzubauen, die sich durch das GMG entwickelt haben. Es kommt zu einer freiberuflichen und wieder stolzeren, kooperativen und kollegialen Ärzteschaft.

Den ärztlichen Standesführern und Juristen der Körperschaften muss an dieser Stelle Dank gesagt werden für die hiermit mögliche zukünftige Absicherung der Wettbewerbsfähig-

keit der niedergelassenen Ärzteschaft. Gerade diese Lösungen werden auf das Vordringen Medizinischer Versorgungszentren durch Investorengruppen, die hinter Krankenhausketten stehen, Paroli bieten.

Die niedergelassene Fachärzteschaft beschäftigt sich langsam mit den ökonomischen Auswirkungen des neuen EBM zu Beginn des Jahres 2005.

Weniger Fälle – keine Chance zur Intensiv-Abrechnung

Durch die reduzierte Anzahl der Leistungspositionen entsteht in vielen Praxen die Gewissheit, dass durch die zusammenfassenden Komplexgebühren wesentlich weniger Geld von der KV abzurechnen ist, wie in der Vergangenheit.

Durch die Komplexgebühren sind primär die Praxen begünstigt, die noch in höherem Umfang Fallzahlen haben.

Die Abrechenbarkeit vieler, bisher individuell nutzbarer kassenärztlicher Leistungen ist nachhaltig eingeschränkt.

Grenzbereiche der Plausibilität nach Minuten

Bei den großen Praxen wird die Konfliktlage sich nur dann auftun, wenn ein tägliches Zeitfenster von 660 Minuten überschritten ist. Da die für die Plausibilitätsprüfung zu verwendenden Zeitstrukturen bei den normal abrechenbaren Ordinationskomplexen im Durchschnitt 10 Minuten sind, dürfte pro Tag eine Zahl von 60 bis 80 Patienten plausibel sein.

Ab dann droht möglicherweise eine Kürzung. Umgekehrt sind aber auch die kleineren und mittleren Praxen jetzt insbesondere durch diese stromlinienförmig eingeführten Komplexgebühren betroffen.

Deshalb entsteht im wesentlich stärkeren Maße die Frage, wie könnte durch Kooperation im Kassenbereich oder auch durch private Teilgemeinschaftspraxen des neuen Berufsrechts Einnahmeverluste kompensiert werden.

EBM-Zuschläge – wann nutzbar ?

Der neue EBM sieht vor, dass fachgleiche, wie auch fachunterschiedliche Gemeinschaftspraxen einen nicht unerheblichen Zuschlag bekommen.

Aus diesem Grunde überlegen Inhaber mittlerer Praxen jetzt oft, ob sie zusammen mit anderen Kollegen, bspw. Operateuren anderer Gemeinschaftspraxen, eine Gemeinschaftspraxis bilden können, um diesen Zuschlag zu erhalten. Eine damit erlangte zusätzliche Einnahmequelle i. H. v. ca. € 15.000,00 kann schon sehr interessant sein.

Mehrdeutiger Gemeinschaftspraxis-Begriff führt in die Irre !

In der aktuellen Diskussion gilt es zwei Gemeinschaftspraxisbegriffe zu unterscheiden. Im allgemeinen Sprachgebrauch existieren zwei identisch benutzte Begriffe.

Standortbegrenzte kassenärztliche Gemeinschaftspraxis

Im bisherigen Sprachgebrauch gab es nur die kassenärztlich geprägte Gemeinschaftspraxis. Diese setzt nach dem Vertragsrecht einen gemeinsamen Standort voraus und lässt keinerlei standortübergreifende, gemeinsame Abrechnungsmöglichkeit zu.

Die aktuelle Verwirrung entsteht dadurch, dass der Deutsche Ärztetag 2004 das ärztliche, privatmedizinische Berufsrecht liberalisiert hat und hier zusätzlich verschiedene Formen standortübergreifender Kooperationen zulässt. In der genauen Terminologie des nur für privatmedizinische Leistungen geltenden künftigen Berufsrechts, das durch regionale Kammerbeschlüsse zum 01.01./01.04.2005 in Kraft tritt, wird von standortübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften gesprochen.

Hierbei gibt es wiederum zwei Typen.

Filiale mit gemeinsamer Buchhaltung, Gewinn- und Verlustrechnung

Es gibt die gemeinsame Eigentumlage von Partnern mit voller Gesellschaftsbeteiligung oder mit Nullbeteiligung, die ihre Arbeitskraft einbringen. Auf diese Weise können im Rahmen einer Dachgesellschaft verschiedene Standorte mit getrennten Filialbuchhaltungen dennoch zum Jahresende eine gemeinsame Gewinn- und Verlustklärung beim Finanzamt abgeben und trotz ihrer Standortverschiedenheit in eine gemeinsame Kasse, je nach individuellen Absprachen, wirtschaften.

Auf diese Weise können bspw. große konservative Praxen im Rahmen einer standortübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft, die auch auf den Schildern vermerkt wird, an den gesamten kassen- und privatmedizinischen Einnahmen einer operativen oder diagnostischen Praxis, mit der man sich zusammenschlossen hat, im Innenverhältnis durch Gewinnverteilungsabreden partizipieren.

Teilgemeinschaftspraxis – neben der Praxis

Darüber hinaus gibt es die Rechtsfigur der Teilgemeinschaftspraxis, bei der neben der normalen Praxis eine weitere Gesellschaft entsteht, die standortübergreifend bestimmte Leistungen anbietet.

Denkbar wären im Frauenarztbereich bestimmte Ultraschalluntersuchungen der Brust, Osteoporoseleistungen, Akupunkturen, Lasereingriffe etc.. Diese nun in Zukunft möglichen standortübergreifenden Lösungen erfassen aber nicht das kassenärztlich geregelte Vertragsrecht des Sozialgesetzbuches. Dieses geht unverändert von abrechenbaren Leistungen nur eines einzigen, von der Zulassung erfassten Standorts aus. Dies bedeutet, der berufsrechtliche Gemeinschaftspraxisbegriff der standortübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft ist nicht identisch mit dem Rechtsbegriff, wie er im Kassenarztrecht verwendet wird. Praxen, die in einer Stadt ca. 3 km voneinander entfernt sind, haben also die Möglichkeit, zwar unter gemeinsamer Zulassung gegenüber der KV zu firmieren, um den Gemeinschaftspraxiszuschlag zu erhalten, dennoch aber ihre beiden Standorte kassenärztlich gegenüber dem Patienten aufrecht zu erhalten.

Es gibt zwei Ausnahmetatbestände, bei der eine Gemeinschaftspraxis auch andere Räume benutzen kann.

Ausgelagerte Praxisräume

Diese stellen sich wie folgt dar: Eine Gemeinschaftspraxis kann kassenärztliche und privatmedizinische Teile ihres Leistungsspektrums auslagern. Dann spricht man von „**ausgelagerten Praxisräumen**“. Diese sind aber immer so zu gestalten, dass es dort nicht zu einem unmittelbaren Erstkontakt des Patienten kommt. Dieser muss immer über den gemeldeten Hauptstandort laufen. Dies bedeutet, die Kassenpatienten mit Chipkarte haben nicht die Möglichkeit, in ausgelagerten Praxisräumen unmittelbar Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Ausnahmetatbestand: Kassenarztrechtlich genehmigte Zweigpraxis !

Im Kassenarztrecht gibt es allerdings eine Ausnahme, die es gestattet, auch an einem anderen Standort unmittelbar Patienten zu versorgen und die Chipkarte einzulesen. Dies ist die ausdrücklich vom Zulassungsausschuss genehmigte Zweigpraxis. In der Begründung des Gesetzes heißt es „wird eine bestimmte Region eines Zulassungsbereichs hausärztlich oder fachärztlich unterversorgt, kann eine Praxis mit einem anderen Standort ermächtigt werden, dort eine Zweigpraxis zu betreiben, um an dieser Stelle der Bevölkerung eine standortnahe kassenärztliche Versorgung zu gewährleisten.“

Es stellt sich also die Frage, ob in einer Stadt, die sehr gut versorgt ist, eine Ärztin oder ein Arzt einen Anspruch hätte, seinen Standort zu verlegen und zu verlangen, den alten Standort als Zweigpraxis weiter zu betreiben.

Da es in der Mehrzahl der Städte oft zu einer Überversorgung gekommen ist, dürfte dies im städtischen Gebiet keine Bedeutung haben.

Auf die mögliche Unterversorgung kommt es an!

Wäre aber in einem dünn besiedelten Landstrich der Wunsch, sich aus Investitions- und Versorgungsgründen zu einer Gemeinschaftspraxis an einem Standort zusammen zu schließen, gegeben, müsste die KV eine Umzugsgenehmigung vom Grundsatz wohl gestatten. Denn nicht umsonst steht im GMG und im Sozialrecht, dass Kooperationen zu fördern seien.

Würde es im Rahmen des Genehmigungsverfahrens zur Gestattung des Umzugs zur Bildung einer Gemeinschaft dann zu Bedenken des Zulassungsausschusses kommen, die Region könnte dadurch unterversorgt sein, könnte hier angeboten werden, den alten Standort als Zweigpraxis weiter zu führen. Dann wäre der Zulassungsausschuss in einer Zwickmühle. Durch das Angebot der neuen Gemeinschaftspraxis, durch eine Zweigpraxis den alten Standort weiter zu führen, wäre eine Unterversorgung nicht gegeben. Gleichzeitig hätte der bisherige Inhaber des alten Standortes den Schutz und die Management- und Personalmöglichkeiten des neuen Standortes inkl. der Zuschläge, die die Einzelpraxis nicht hat und könnte dennoch kassenärztlich den alten Standort weiterbetreiben.

Konzept der wundersamen Zulassungsvermehrung nach 5 Jahren !

Gerade in Landgebieten wird in Zukunft ferner zu prüfen sein, ob sich aktive, initiative Kassenärzte an einem Standort zu Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) zusammenschließen. Sie bringen dann unter Verzicht auf ihre Zulassung diese in die Rechtsfigur MVZ ein. Ein Medizinisches Versorgungszentrum kann von der Rechtsfigur eine BGB-Gesellschaft oder bspw. in Zukunft auch eine GmbH sein. Diese ist bei der Rechtsfigur des Medizinischen Versorgungszentrums dann Rechtsinhaber einer Zulassung. Die bisher freiberufliche Zulassung entfällt. Da aber die Inhaber des Medizinischen Versorgungszentrums bspw. die bisherigen Inhaber einer operativen gynäkologischen Gemeinschaftspraxis sind, können diese nun bei ihrer eigenen BGB-Gesellschaft angestellt werden. Vorausgesetzt,

neben bspw. 2 operativen Frauenärzten tritt noch fachübergreifend als Voraussetzung ein Anästhesist in die Gemeinschaft ein. Dann sieht das Gesundheitsmodernisierungsgesetz vor, dass nach 5 Jahren diese angestellten Ärzte wiederum das Recht haben, eine Zulassung zu beantragen. Dies unabhängig von dem Tatbestand, dass es eine Zulassungssperre gibt. Damit wären bspw. die bisherigen Gesellschafter nun wieder Inhaber einer eigenständigen, freiberuflichen Zulassung. Darüber hinaus hätte aber – um das Medizinische Versorgungszentrum als Betriebseinheit weiterbestehen zu lassen – das Medizinische Versorgungszentrum das Recht, die bisherigen Angestelltenplätze mit neuen angestellten frauenärztlichen Fachärzten zu besetzen. Auf diese Weise könnten innerhalb von 5 Jahren aus 2 Zulassungen 4 Zulassungen gemacht werden. Dadurch, dass diese Personen auch nicht an die Altersgrenze von 55 Jahren gebunden sind, wird man für diese Modelle wesentlich leichter Ärzte finden, als bisher. Damit entsteht eine Inflation von Zulassungen spätestens im Jahre 2010.

MVZ und Zweigpraxis – Die Idealkombination

In der Kombination von MVZ auf dem Lande mit der Rechtsfigur der Zweigpraxis können daher interessante Gestaltungselemente geschaffen werden, die den ökonomischen Bedürfnissen der ärztlichen Inhaber entgegenkommen, wie aber auch eine Konzentration von Kompetenz und Verstärkung der Servicestrukturen für die Patienten.

Bis aber allgemein diese komplexen Kombinationsmöglichkeiten bekannt sind und genutzt werden können, wird noch eine bestimmte Zeit vergehen.

H.-J. Schade
Rechtsanwalt
Broglie, Schade & Partner GBR
Sonnenberger Str. 16
65193 Wiesbaden
Tel. 0611/180950
Fax: 0611/1809518
www.arztrecht.de
bsp@arztrecht.de

**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,--
- Mich interessiert der regionale Workshop mit Kollegen „Neues ärztliches Berufsrecht“ zum Preis von EUR 900,00 (3 Std. Zeitaufwand) zzgl. MwSt. und Fahrtkosten
Kostenübernahme durch
- () Pharmafirma () Medizintechnik
- Die Kosten werden mit Kollegen geteilt
- Einzelberatung – Teilgemeinschaftspraxis
- Ich bitte um weiteres Informations-Material

Name, Vorname

Fachrichtung

Anschrift

Tel. Fax

e-mail

Unterschrift Praxisstempel