

RA H.-J. Schade

# Medizinische Kooperationsgemeinschaften

Von Ärzten untereinander und zusammen mit Zahnärzten und anderen Heil- / Hilfsberufen kaum genutzt

Überall wird innerhalb der Heilberufe von Vernetzung und Zusammenarbeit gesprochen. Geht es aber um den juristischen Alltag und die Poolung wirtschaftlicher / heilkundlicher Stärken und sinnvolle Arbeitsteilung, bleiben merkwürdigerweise alle sehr zurückhaltend. Ausgerichtet an dem Idol totaler Individualität haben sich extrem egozentrierte Strukturen entwickelt. Im Folgenden möchte ich in Kurzform einen Überblick über verschiedene Möglichkeiten geben, der neue Perspektiven für Kooperationen eröffnen soll.

## Ärztliche Berufsausübungsgemeinschaften

Würden sich mehrere, sich ergänzende fachgleiche oder fachübergreifende Einzelpraxen zu einer überörtlichen vertragsärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft zusammenschließen, bekämen sie von der KV zusätzlich einen Zuschlag von 10 bzw. 15 % wegen dieser Zusammenarbeit. Gleichzeitig könnten sie sich arbeitsteilig vernetzen, ggf. Geräte und erfahrene Mitarbeiter besser nutzen und an weiteren Standorten ihre Kompetenzdienstleistung untereinander anbieten. Gemeinsam wäre man stark – könnte man denken.

Die Ängste, die gegen eine solche Kooperation sprechen, sind oft mit Haftungsfragen und dem Glauben verbunden, Gemeinschaftspraxen würden es verlangen, dass man die erwirtschafteten Gewinne pro Kopf verteile oder dass die Anonymität bei der Abgabe der Gewinn- und Verlustrechnung nicht gewahrt sei. Diese Ängste möchte ich im Folgenden versuchen zu entkräften.

## Wirtschaftlichkeit

Vor drei Jahren gab es eine für das Berufs- und Kassenarztrecht relevante Entscheidung, dass ein Arzt mehreren Berufsausübungsgemeinschaften angehören kann. Ausgehend von diesem Tatbestand kann man nun als Arzt beispielsweise eine zweigleisige Praxisstruktur finden:

Auf der einen Seite wäre der normale Privatpatient, der nur den Inhaber der Mutterpraxis konsultieren will. Dieser verbleibt als Klient in der ursprünglichen Praxis, ebenso wie die unter der alten Steuernummer geführte gesamte Infrastruktur. Dies betrifft die Zuordnung des Personals, die Eigentumsrechte an den Gegenständen, die Mietverträge, die Kreditstrukturen und die Abgabe der intimen, anonymen Steuererklärung. Auf der anderen Seite würden in der hinzutretenden, parallel lau-

fenden kassenärztlichen Gemeinschaft, die gemeinsam zu behandelnde Privat- und IGeL-Patienten betreut, nur nach außen hin alle Dienstleistungen gemeinsam angeboten (inklusive gemeinsamem Konto und Internet-Auftritt). Je nach Leistungserbringer werden die Einnahmen zu 96 % wieder zurückkanalisiert an den Praxisort, von dem der Patient kommt und an dem die Leistung erbracht wurde. Dies bedeutet:

**Im Wesentlichen werden alle  
Kosten-, Gewinn- und  
Umsatzstrukturen erhalten.**

Dennoch bleibt die Möglichkeit, innerhalb der Gesellschaft Tätigkeiten, die man im Rahmen der Kooperation werbend für einen anderen Arzt erbracht hat (im Sinne von Aufklärung, Vorinformation, Entwicklung eines Behandlungskonzeptes), anteilig mit den sonstigen erbrachten Leistungen im Rahmen der arbeitsteiligen Versorgungskette zuzuordnen und abzurechnen.

Wenn dem Patienten nach außen hin alle Ärzte gemeinsam als Einheit gegenüber stehen, kommt der Verdacht einer Zuweisung gegen Entgelt nicht auf. Dieser entstünde nur, wenn die Praxen dem Patienten gegenüber getrennt auftreten würden – ohne dass dieser Kenntnis davon hat, dass sie unternehmerisch gemeinschaftlich handeln.

Somit können, wie in der Abbildung 1 gezeigt, beispielweise konservative und chirurgisch tätige Orthopäden im ambulanten und operativstationären Bereich eine in sich geschlossene Dienstleistungskette bilden. Die freiberuflichen Fachärzte könnten ggf. noch ergänzend für Krankenhäuser im Rahmen von Hauptabteilungen in Anstellungsverhältnissen tätig sein. Gleichzeitig wären sie Freiberufler und könnten so an allen Standorten der Gemeinschaft die jeweils gewünschten Dienstleistungen arbeitsteilig anbieten.

## Haftungsfragen

In der Rechtsfigur der Partnerschaftsgesellschaft bleibt die Haftung für Kunstfehler auf den Handelnden begrenzt. Die Vermögenshaftung ist in der Regel über die Berufspflicht abgedeckt, ansonsten haftet man mit dem Vermögen der Gesellschaft. Da aber das wesentliche Vermögen der Gesellschaft in den Altpraxen liegt, die getrennte Steuernummern haben, ist auch dieses Risiko extrem reduziert.

Auf diese Weise können im ländlichen Raum, aber auch in Ballungsgebieten machtvolle innerärztliche fachgleiche Monopolstrukturen entstehen, die sich nicht vor Krankenhäusern als aggressiven Wettbewerbern schützen müssen und auch auf Augenhöhe mit privaten und gesetzlichen Krankenversicherern verhandeln können. Immer mehr ist zudem festzustellen, dass auch private Krankenversicherer Empfehlungspartnerschaften oder aber auch Direktverträge suchen, wie es jetzt z. B. die Central-Krankenversicherung tut.

## Medizinische Kooperationsgemeinschaften

Neben der bestehenden ärztlichen Praxis können auch mit Zahnärzten oder mit Physiotherapeuten und Masseurern medizinische Ko-



**RA H.-J. Schade**

Fachanwalt für Medizinrecht, Initiator des M<sup>3</sup>C (Forum für interdisziplinären Austausch zwischen Ärzten und Zahnärzten), Herausgeber des „Schade-

Briefs“, Vorsitzender des Landesverbandes West der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V. (DGIV), Berater der Deutschen Gesellschaft für Präventivmedizin und Präventionsmanagement e.V. (DGPP). Dozent, Referent und Fachautor. Seine Fachveröffentlichungen konzentrieren sich auf die umfassende Optimierung von Kooperationsmodellen wie Gemeinschaftspraxen, Partnergesellschaften, vernetzte Praxen.

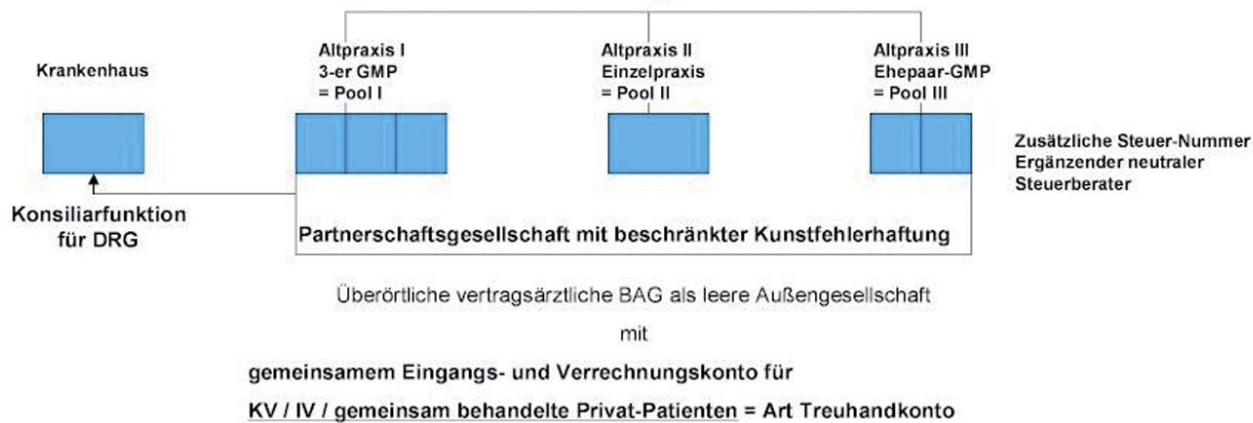
### Kontakt:

Sonnenberger Str. 16, D-65193 Wiesbaden  
Tel.: 0611 / 180950  
Fax: 0611 / 1809518  
hjs@arztrecht.de, www.arztrecht.de

### Überörtliche orthopädische Berufsausübungsgemeinschaft mit Beibehaltung der Altstrukturen (Pool-Lösung)

„Praxisgemeinschaft paradox“ = Erhaltung der bisherigen Kosten- und Gewinn-/ Umsatzstruktur pro Standort/Pool und vertraulicher G+V/Steuererklärung

Außen gemeinsam – Innen getrennt  
Bisherige Strukturen bleiben erhalten bei:  
Miete, Kredit, Eigentum, Personal, Einnahmen von Privatpatienten, die nur Standortbehandlung wünschen, alten Steuernummern mit bisherigen Steuerberatern



Gemeinsamer Auftritt, Arbeitsteilung, Zuschläge, anteilige Verrechnung gemeinsam behandelter Patienten konservativ/operativ/ambulant/stationär/Labor/ bildgebende Verfahren mit ½ Zulassung Radiologie

Abb. 1: Überörtliche orthopädische Berufsausübungsgemeinschaft mit Beibehaltung der Altstrukturen (Pool-Lösung)

operationsgemeinschaften gebildet werden. Jeder hat eine eigene Steuernummer und könnte im Wesentlichen auch die Infrastrukturen der Mutterpraxen mit in Anspruch nehmen. Damit bleiben die Individualität der beteiligten Partner und die Hoheit über die jeweils eigene Praxis gewahrt.

Gerade im Bereich spezieller Krankheitsbilder wie zum Beispiel der craniomandibulären Dysfunktion (CMD) wäre es ein interessanter Ansatz, Dienstleistungen umfassend zu bündeln und ein Kompetenzzentrum zu bilden. Im Fall der CMD könnten dann Orthopäden, Osteopathen, Physiotherapeuten und Zahnmediziner zusammen arbeiten.

Nach der ärztlichen Berufsordnung ist eine Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Heilpraktikern in gemeinsamen Praxen mit gemeinschaftlichem Auftreten nicht möglich. Soweit aber Heilpraktiker weitere heilberufliche Ausbildungen wie beispielsweise Physiotherapie haben, können sie in diesem Bereich mit Ärzten eine medizinische Kooperationsgemeinschaft bilden. Ein Verweis auf die Heilpraktikertätigkeit des jeweiligen Partners ist jedoch nicht gestattet. Und auch die Praxisräume müssen getrennt sein.

Dies schließt aber nicht aus, dass ein Heilpraktiker mit seiner Erfahrung für einen Arzt im Sinne eines extrem qualifizierten Angestellten / Abteilungsleiters tätig ist, wobei hier der Arzt nach außen hin die berufsrechtliche Verantwortung allein trägt. Auch in diesem Fall ist ein entsprechender Hinweis auf dem Praxisschild oder anderen Werbeträgern nicht erlaubt.

Was jedoch möglich ist, ist der Hinweis, dass ein Mitarbeiter der Arztpraxis eine Heilpraktiker-Ausbildung absolviert hat.

### Kooperation im zahnmedizinischen Bereich

Für Zahnärzte wird es immer wichtiger zu erkennen, dass der zahnmedizinische Nachwuchs immer stärker Angestelltenfunktionen wünscht, ohne eigene Verantwortung für Organisation und Investition oder Abrechnung in der Praxis übernehmen zu müssen.

Will eine Zahnarztpraxis zukunftsfähig sein, so empfiehlt es sich schon jetzt, auf überörtliche zahnärztliche Kooperationen zu bauen, die alle Strukturen von Familienzahnheilkunde, zahnmedizinischen Naturheilverfahren, Implantologie, Kieferorthopädie, Kinesiologie etc. umfassen. Auch hier können die einzelnen Zahnärzte die unterschiedlichen Standorte der Beteiligten mitnutzen und ggf. an einem zentralen Punkt einen besonderen Dienstleistungsbereich entwickeln.

Der Sachverständigenrat der Bundesregierung (<http://www.svr-gesundheit.de>) unter Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, MPH, weist daraufhin, dass man mit Blick auf die immer älter werdende Gesellschaft davon ausgeht, dass zukünftig Haus- und Zahnärzte an einem Standort vernetzt und ggf. auch in gemeinsamen Unternehmenseinheiten zusammenwirken werden müssen. Insbesondere deshalb, weil das

Thema Mundhygiene bei älteren Menschen, die immer häufiger zu Pflegefällen werden, oft so defizitär ist, dass alle anderen chronischen Krankheitsbilder nicht ausheilen können, sondern sich noch verschlimmern.

In einem Vergleich vor dem Verwaltungsgericht München haben sich die Beteiligten darauf geeinigt, dass zahnärztliche Prophylaxe auch gewerblich erbracht werden kann. Dies bedeutet, dass die ausgebildeten Dentalhygienikerinnen nicht unter Aufsicht eines Zahnarztes arbeiten müssen. Insoweit wäre es möglich, dass Dentalhygiene als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) von Hausarzt- und Frauenarztpraxen innerhalb der eigenen Praxis erbracht wird. Denkbar ist auch, dass Hausärzte ein dentalhygienisches Studio unterhalten, das sich zusammen mit Pflegekräften darauf spezialisiert, Home-Care-Strukturen bei bettlägerigen und pflegebedürftigen Patienten anzubieten.

### Fazit

Über die Prävention wachsen bisher getrennte Berufsstände zusammen. Leider sehen diese oft nicht die Chance, die eine Kooperation bieten würde.

