

M³C[®] SchadeBrief

Neue Einkommensfelder und Konzepte für Medizin, Zahnmedizin, Rechts
 Medical Marketing Management Consult, Sonnenberger Str. 16, D - 65193 Wiesbaden, Tel.: +49-611-180940, Fax: m3c-wiesbaden.de

11-12/05

Editorial

Nicht vergessen!
 Anmeldung zum
**UNTERNEHMER
 FORUM 2005**
 2. und 3.12.2005
 Tel. 0611/180940

Neue Rechtsformen

standortübergreifender, vertragsärztlicher und privatmedizinischer
 Zusammenarbeit auf der Basis der aktuellen KV-Entscheidungen/Gesetzgebung
 zur Weiterentwicklung des Vertragsarztrechts



Liebe M³C-VIPs,
 sehr geehrte Leser,
 die Zeit der egozentrierten Einzelpraxis ist vorüber. Getrennt sein und dennoch maximal kooperieren lautet die Formel der Zukunft.

Es geht um eine neue inhaltliche und organisatorische Balance zwischen Freiberuflichkeit, neuer Möglichkeit, als Angestellter mit einer Vollzulassung tätig zu sein und die Beziehungen zum Umfeld, zu überweisenden Praxen, Krankenhäusern und Konsumenten.

Seit Juli 2005 gestatten KV'en in Hessen, Niedersachsen, Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein aufgrund eigenständiger Rechtsauffassungen ortsübergreifende Gemeinschaften, wenn

1. die Versorgung der Versicherten nicht beeinträchtigt ist und
2. die Ausrichtung der Gemeinschaftspraxis auf eine gemeinsame vertragsärztliche Tätigkeit (gemeinsames Behandlungsziel) gerichtet ist.

Eine überörtliche Gemeinschaftspraxis ist derzeit nur dann genehmigungsfähig, wenn gewährleistet ist, dass an den unterschiedlichen Standorten der überörtlichen Gemeinschaftspraxis jeweils mindestens ein Arzt hauptberuflich tätig ist.

Vom Zulassungsausschuss ist vor Genehmigung von überörtlichen Gemeinschaftspraxen zu prüfen, ob an allen Standorten der überörtlichen Gemeinschaftspraxis die Versorgung der Versicherten weiterhin sichergestellt ist.

Hierbei wird der Zulassungsausschuss zu prüfen haben, ob in ausreichendem Umfang Sprechstundenzeiten zur Verfügung stehen und ob darüber hinaus jedenfalls die Kernleistungen des Fachgebietes, für

das eine Zulassung am jeweiligen Standort der überörtlichen Gemeinschaftspraxis ursprünglich erfolgte, erbracht werden.

Weiterhin muss der Zulassungsausschuss prüfen, ob die überörtliche Gemeinschaftspraxis tatsächlich das gemeinsame Kooperationsziel einer einheitlichen Patientenversorgung verfolgt. Hierzu wird sich der Zulassungsausschuss ein Behandlungskonzept vorlegen lassen und prüfen müssen, ob tatsächlich das Ziel verfolgt wird, gemeinsam Patienten zu behandeln.

Nur wenn sämtliche Voraussetzungen erfüllt sind und darüber hinaus die überörtliche Gemeinschaftspraxis nicht planungsbereichsübergreifend tätig werden will, ist sie genehmigungsfähig.

Der kassenärztliche Gesetzgeber setzt jetzt konkret die abstrakten, ortsübergreifenden Kooperationsmöglichkeiten des neu beschlossenen Berufsrechts 2005 um, das bis Ende 2005 in fast allen Bundesländern wirksam sein wird. Damit entsteht eine neue, umfassende, kooperative Rechtswirklichkeit von Zivil-, Berufs-, Kassenarzt- und Steuerrecht.

Die neue Gesetzgebung entspricht den Wünschen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer und befriedigt parallel die gesundheitspolitischen Anliegen der großen Parteien und aller Bundesländer, die eine stärkere Öffnung des Krankenhauses in den ambulanten Sektor hinein wünschen.

Folgende Grundstrukturen sind nun radikal neu gestaltet und verlangen eine sofortige und umfassende Anpassung der bisherigen Praxisstrategien. Insbesondere die Banken werden die neuen Rahmenbedingungen zum Anlass nehmen, von jeder einzelnen Praxis einen Businessplan zu verlan-

gen, weil eine Praxis ohne Strategie nicht mehr mit den bisherigen Zinssätzen kalkulierbar ist. Wer kein Geschäftskonzept hat, muss mit massiven Eingriffen in das Kreditgefüge durch die finanzierenden Banken rechnen.

Die Schlüsselveränderungen im Überblick

Vertragsärzte / Zahnärzte können sich jetzt, nicht nur zivil- und berufsrechtlich, sondern auch vertragsrechtlich unter einer Abrechnungsnummer standortübergreifend, fachgleich und interdisziplinär zusammenschließen.

Was berufsrechtlich und zivilrechtlich darüber hinaus für die ganze Bundesrepublik gilt, gilt vertragsärztlich derzeit bei den erwähnten Landes-KV'en jeweils für einen Planungsbezirk.

Dort können die Vertragsärzte mit Genehmigung des Zulassungsausschusses ortsübergreifend in einer Gemein-

schaft die jeweils anderen Praxisstandorte für die Behandlung von Kassenpatienten uneingeschränkt mitbenutzen. Nach Änderung der Zulassungsverordnung Ärzte gilt dies für den gesamten Bezirk der KV.

Die Gemeinschaftspraxiszuschläge des EBM werden allerdings nicht gewährt; sie beziehen sich nach Willen des Gesetzgebers nur auf Zusammenschlüsse an einem Standort. Mit einer Erweiterung in diesem Bereich kann nicht gerechnet werden.

Darüber hinaus gelten die bisherigen mengen- und leistungsbegrenzenden Auflagen im Rahmen der persönlichen Leistungserbringung und Zuordnung.

Vertragsärzte und Zahnärzte können jetzt fachgleich voll zugelassene Ärzte als Angestellte integrieren.

Die Bildung eines MVZ ist nicht mehr erforderlich, um mit Kollegen zu arbeiten, die eine Vollzulassung gern im Rahmen

eines Angestellten-Verhältnisses ausfüllen möchten.

Bisherige Partner ohne Kapital können sich nun entscheiden, weiter als Angestellte zu arbeiten.

Mittelfristig eine Abgabe planende Ärztinnen und Ärzte können schon jetzt (ab 55 Jahren) mit Steuerprivileg verkaufen und als Angestellte weiterarbeiten (Voll- oder Teilzeit). Erbringen sie privatmedizinische Leistungen im Rahmen ihrer Partnerschaft als Angestellte, taucht dies faktisch gegenüber dem Patienten nicht auf.

Auch Angestellte können auf dem Schild – quasi unerkennbar – wie Freiberufler geführt werden.

Das bisherige Verbot, als Angestellter sowohl im Krankenhaus wie im niedergelassenen Bereich arbeiten zu können, wird aufgehoben.

Damit kommt es zu einer umfassenden Durchmischungsmöglichkeit von Krankenhaus und niedergelassenem Sektor.



UNTERNEHMER FORUM 2005

Ortsübergreifende
 Kooperation
 Kasse/Privat

EBM-Verluste kompensieren
 Mit GKV/Krankenhaus kooperieren
 Mit Vitalarztfranchise profitieren

2./3. Dezember 05 in Wiesbaden, Kurhauskolonnade

Inhalt:	Seite:
• Neue Rechtsformen standortübergreifender, vertragsärztlicher und privatmedizinischer Zusammenarbeit auf der Basis der aktuellen KV-Entscheidung/Gesetzgebung zur Weiterentwicklung des Vertragsarztrechts	1
• Beobachten, Warten, Handeln Herausforderung: Als Zahnarzt jetzt ortsübergreifende, vertragsärztliche und privatmedizinische Gemeinschaftspraxismodelle initiieren	3
• Internationale Tourismusplattform sucht deutsche Vital-Ärzte als Empfehlungspartner Neues Berufsbild/Tätigkeitsschwerpunkt: Kompetenzpraxis für Gesundheit, Lebensfreude und Kreativität	6
• Programm 12. M ³ -Unternehmerforum 2005	8
• Beilage: Kollinger & Partner Praxisconsulting IGeL-Leistungen	

Krankenhausärzte können jetzt teilweise im MVZ arbeiten oder mit kooperierenden, freiberuflichen Facharztpraxen.

Umgekehrt können angestellte Ärzte und Freiberufler zusätzlich angestellt im Krankenhaus arbeiten.

In unterversorgten Gebieten kann eine vertragsärztlich in einem KV-Bezirk zugelassene, überörtliche, vertragsärztliche Gemeinschaft ggf. im Benehmen mit der KV / KZV andere KV-Bezirke mitversorgen.

Damit wird der bisherigen, sektoralen Unterversorgung durch die starre kassenärztliche, freiberufliche Einzelpraxisregelung eine flexible Markterweiterung gegenübergestellt. Diese könnte im Osten sehr schnell das bisherige Unterversorgungsproblem lösen.

„Initiativ-Arzt“ oder primär „Nur-Arzt“ – Wie reagieren?

Im Folgenden werden die neuen Möglichkeiten untersucht. Hierbei kommt es zu unterschiedlichen Fragestellungen und Blickwinkeln.

Zunächst wird dargestellt, wie bisherige Einzel- und Gemeinschaftspraxen, die sich nicht unbedingt als unternehmerisch initiativ verstanden haben, darauf reagieren. Gerade auf die Gruppe der primär „Nur-Arzt-Persönlichkeiten“ kommen starke Veränderungen zu.

Dann wird dargestellt, wie Initiativärzte, die sich in der Vergangenheit schon als aktive Unternehmer und Gemeinschaftspraxis-Begründer verstanden haben, diese neuen Chancen nutzen können.

Hinzu kommt darüber hinaus eine Betrachtung, wie sich das Ganze neben dem Facharzt-Sektor auf den Hausarzt-Sektor auswirkt.

Auswirkungen auf die weniger unternehmerischen „Nur-Arzt-Persönlichkeiten“

„Soll ich mit Kollegen eine standortübergreifende, kassenärztliche Gemeinschaftspraxis bilden, in absehbarer Zeit mit einem Krankenhaus kooperieren oder als Angestellter in einem MVZ arbeiten?“

So lautet vielfach die innere Fragestellung, insbesondere weniger kommerziell unternehmerisch ausgerichteter Facharzt-Persönlichkeiten, die mit ihren gut eingerichteten Praxen ohne Personalaufwand und sinkenden Einnahmen in einer Entscheidungsfalle stecken.

Die neuen Erweiterungen von GMG und Berufsrecht ergeben als Alternative die akute

Entscheidung zwischen standortübergreifender, kassenärztlicher Gemeinschaftspraxis nach neuem Recht als Freiberufler wie die Sofort-Abgabe zu einem relativ hohen Abgabepreis und Weiterarbeit als Angestellter bei Kollegen, in einem Krankenhaus oder MVZ mit ökonomischer Sicherheit und überschaubarer Belastung.

Ursache der akuten Markt- und Rechts-Umbruchsituation

Das neue Berufsrecht 2005 gestattet zivilrechtlich die standortübergreifende Kooperation mehrerer Praxen eines Fachgebiets unter einer Steuernummer. Die Standorte dieser Fachärzte wie Orthopäden, Urologen, Internisten bleiben unverändert so wie die vertragsärztliche Pflichtenstellung.

Um diese neuen Möglichkeiten wirklichkeitskonformer zu gestalten, hat der Gesetzgeber entschieden, auch kassenärztlich standortübergreifende, ambulante Versorgung fachgleich zu gestalten.

Der gemeinsame Bundesausschuss formuliert jetzt: „Überörtliche Gemeinschaftspraxen sind möglich, erhalten aber keinen Honorarzuschlag. Dieser gilt zunächst ausschließlich für die Zusammenschlüsse mit Konzentration auf einen Standort.“

Die KV'en in Schleswig-Holstein, Niedersachsen und Hessen gestatten schon jetzt ambulante, standortübergreifende Gemeinschaftspraxen zur vertragsärztlichen Versorgung mit der Chance, sich ggf. stärker innerhalb der kassenärztlichen Versorgung zu spezialisieren und bestimmte Patientengruppen im jeweiligen, spezialisierten Partnerbereich zu konzentrieren. Die Gesetzgebung folgt nur noch dem Willen von KBV / KZBV und Bundesärztekammer.

Folgewirkungen des GMG und der MVZ-Gestattung

All diese Veränderungen sind wiederum Reaktion auf das Gesundheitsmodernisierungsgesetz mit folgenden Rahmenbedingungen.

Krankenhäuser haben seit 2004 das Recht, ambulante Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu gründen und bestehende Zulassungen aufzukaufen. Sie können die Funktionen dann mit den ehemaligen freiberuflichen Ärzten als Angestellte besetzen.

Die Verantwortung für Management, Personal und Investitionen liegt dann beim KH-MVZ.

Ab dem Jahr 2007 übernehmen die Krankenkassen die Verantwortung zur Gewährleistung der ambulanten Versorgung mit dem Recht, die ärztlichen Honorare im ambulanten Bereich mit den KV'en neu auszuhandeln.

Hierbei hat der Gesetzgeber schon im Voraus darauf hingewiesen, dass echte, chronische Krankheitsbilder in Zukunft wesentlich höher zu vergüten sind als die Behandlung von Bagatellen bzw. Gesundheitsstörungen. Die Gesamtvergütung bleibt gleich für den niedergelassenen Sektor.

20% der ambulanten Leistungen werden als existentielle Krankheitsbilder betrachtet, die in Zukunft wesentlich höher bezahlt sind. Es kommt also darauf an zu fragen: „Wie kann ich mehr chronische Krankheitsbilder im Rahmen des jeweiligen Dienstleistungsangebotes konzentrieren?“ Diese Spezialisierung ist ortsübergreifend leichter.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung geht von maximal 5 Jahren aus, in denen die jetzige Übergangs-Verwaltungsfunktion der KV weiter besteht. Das hat KBV-Chef Köhler Anfang Mai auf der KBV-Vertreterversammlung als Einschätzung dargestellt.

Ab dem Jahr 2007 sollen insbesondere viele Facharztfunktionen wie z.B. Diagnostik und operative Eingriffe durch direkte Verträge (Strukturverträge / Disease-Management / Integrierte Versorgung) mit den Krankenkassen unmittelbar geregelt werden oder mit Hilfe der KV direkt mit den Krankenkassen abgeschlossen werden.

Diese Einnahmen werden dann nicht auf die budgetierten und rationierten Zahlungen der KV angerechnet.

Die Krankenkassen gehen davon aus, dass bei Einzelverträgen die Preise sinken, weil die Einzelpraxis nicht reagieren kann. Dennoch haben die Krankenkassen die Pflicht, einen Zulassungsbereich im Interesse der Patienten umfassend zu versorgen.

Ist nun durch Kooperationsmaßnahmen die fachärztliche Versorgung in einer Region vereint auf eine einzige oder zwei bis drei Gruppen, hat die Krankenkasse jeweils weniger Spielraum, Ärzte mit niedrigeren Preisen zu erpressen. Nur kooperatives Zusammenwirken bringt Preissicherheit!

Ist nun die Facharztversorgung diagnostisch und operativ – sowohl stationär als auch ambulant – in einer Hand, hat die jeweilige Krankenkasse den geringsten Verhandlungsspielraum. Sie kann nicht mehr auf Wettbewerber ausweichen, um die Region im Sinne des Gesetzes zu versorgen.

Es verhält sich wie in der Automobilindustrie. Hat die jeweilige Automobilfirma nur noch wenige oder einen einzigen Zulieferer für existentielle Fahrzeugbestandteile, bestimmt der Zulieferer den Preis.

Wer kann wie reagieren?

Rund 80% der niedergelassenen (Fach-) Ärzte sind vom Persönlichkeitstyp „Nur-Ärzte“. Sie haben ihren Beruf ergriffen, um Menschen zu helfen unter Einsatz modernster Technologie und guter Personalausstattung. Sie wollen eine perfekte, ärztliche Dienstleistung (Optimalmedizin) erbringen.

Diese Arztpersönlichkeit arbeitet mit hoher persönlicher Selbstausschöpfung von Lebensenergie und kann gegenüber Patienten und Personal nicht „Nein“ sagen.

- Die Folgen sind
- hohe Arbeitsbelastung
- hohe Kosten an Technik, Personal und Raum
- ein immer stärker fallender Einnahme-Sektor.

Strategische Konsequenz, Honorarverluste und keine Verwertung der Zulassung 2010

Der Persönlichkeitstyp „Primär-Nur-Arzt“ muss mit folgenden gesundheitspolitischen Konsequenzen rechnen.

Seine Art der Leistungserbringung bringt immer größere Honorarverluste, insbesondere ab dem Jahr 2007, weil er allein nicht genügend chronische Patienten hat.

Spätestens im Jahr 2010 – Ende des tradierten KV- und Zulassungs-Systems – ist seine Zulassung nichts mehr wert, weil dann auch „Nicht-Kassenärzte“ an der integrierten Versorgung teilnehmen können. Falls er als Facharzt weiter allein bleibt oder sich mit seiner Gemeinschaftspraxis nicht verändert, ist er gegenüber den Krankenkassen, dem Wettbewerb von standortübergreifenden Kooperationen im Kassenarztbereich und von Krankenhäusern nicht mehr in der Lage, zu konkurrieren.

Zulassung jetzt in ortsübergreifende, kollegiale Kooperation einbringen oder an Krankenhaus / MVZ verkaufen

Wer erkennt, dass spätestens in 5 Jahren (2010) eine Zulassung ihren Wert verliert (Marktkonsolidierung und Wegfall des alten KV-Zulassungssystems) muss jetzt die Alternativen, am besten schriftlich, im Rahmen eines Zukunftsszenarios durchspielen. Insbesondere deshalb, weil die Banken dies im Rahmen der neuen Vergaberichtlinien und ihrer Kreditprüfung (Basel II) wissen wollen.

Krankenhaus- / MVZ-Alternative

Die beste Marktposition mit der größten, strategischen Sicherheit als Marktanbieter ist ein einheitliches, fachärztliches Angebot stationär als Krankenhaus mit einem ambulanten Krankenhaus-/MVZ-Konzept oder eine marktbeherrschende Kooperation zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten, entweder zusammengefasst vertragsärztlich an einem Standort oder als ortsübergreifende Gemeinschaftspraxis im Zulassungsbereich einer Region.

Dabei sind die Krankenkassen ab 2007 – auch bei Einzelverträgen – gezwungen, zu kooperieren und es kommt zu keinem Preisverfall.

Deshalb finden wir gerade bei Krankenhäusern aktuell die Tendenz im Bereich Radiologie, Innere Medizin, Kardio-, Gastro-, Pneumo- und Onkologie, bei operativen Fächern wie Orthopäden, Urologen, HNO-Ärzten Zulassungen aufzukaufen und im Krankenhaus-MVZ, am Krankenhaus oder in der Fläche zu gründen.

Es geht um Marktführerschaft (ca. 55% Marktanteil) bis zu 100% fachärztlicher, ambulanter, totaler regionaler Marktbeherrschung.

Aktueller Preisboom durch Krankenhäuser

Hierfür sind die Kranken-

häuser zur Zeit bereit, gute Preise, auch für im MVZ tätige Angestellte gute Honorare für die Fachärzte zu zahlen. Oft gibt es zusätzlich die Garantie, ggf. auch statt im MVZ später im Krankenhaus übernommen zu werden.

Es wird also zusätzlich eine Tätigkeit bzw. Absicherung der Funktion im stationären Bereich angeboten, falls es zu der Auflösung eines MVZ kommen sollte. Damit hätte ein Arzt jetzt schon den Wert seiner Praxis sofort erhalten und darüber hinaus auch die Steuerbegünstigung mit dem privilegierten halben Steuersatz.

Bei EUR 200.000,- Praxiserlös und 24% Steuerpflicht an Stelle von 48% Steuerzahlung bei Vollversteuerung bleiben dem Arzt EUR 152.000,- EUR für Schuldentilgung. Bei einem materiellen und ideellen Wertverkauf in Höhe von EUR 300.000,- bleiben dem Arzt sofort EUR 228.000,- für Geldanlage und darüber hinaus dauerhafte Angestelltenfunktion im ambulanten und ggf. stationären Sektor.

Somit hat der Arzt die Möglichkeit, als Angestellter zu arbeiten mit bspw. einem Einkommen von mindestens EUR 75.000,- pro Jahr, ggf. mit Umsatzbeteiligung als Anreiz. Er hat keine Verantwortung für Personal, Investition, fallende Punktwerte, Verhandlungen mit Krankenkassen, Umsetzung von Qualitätsmanagement etc.

Die Geschäftsführung von Krankenhaus bzw. MVZ übernimmt die kaufmännische und organisatorische Verantwortung. Der Arzt kann ggf. noch Sonderbedingungen für Privatmedizin oder zur Erstellung von Gutachten etc. aushandeln und seine Altpraxis als private Zweitpraxis betreiben. Steuerlich muss er eine Lösung finden, bei der Einkünfte nicht freiberuflich, sondern als Angestellter oder Vertreter erscheinen.

Alternative: Integration in eine ärztliche, ortsübergreifende Vertragsarztkooperation

Neben der Möglichkeit, wie bisher seine Praxis ggf. am jetzigen Standort weiter zu betreiben, gibt es die Möglichkeit, die Praxis in eine fachgleiche, regionale, ortsübergreifende Gemeinschaftspraxis mit Kollegen einzubringen.

Wie gegenüber Kollegen vorgehen?

Der Arzt kann diesen Schritt allein gehen oder sich professioneller Partner wie Rechtsanwälte, Steuerberater, Unternehmensberater bedienen, die auch die Kontakte zum Krankenhaus und zu Kollegen übernehmen.

Der erste Schritt ist die Überlegung, wer Interesse daran haben könnte, eine dauerhafte, professionelle, standortübergreifende, fachgleiche oder fachübergreifende Gemeinschaftspraxis aufzubauen.

Wendet sich der Facharzt an ähnlich strukturierte Kollegen des gleichen Persönlichkeitstyps, könnte das zu einem Wettrennen mit möglichem Preisverfall gegenüber den

UNTERNEHMER FORUM 2005

2./3. Dezember 05
Wiesbaden,
Kurhauskolonnade

Krankenhäusern führen, weil die angesprochenen Krankenhäuser dann ggf. ein Überangebot an Zulassungen haben.

Unternehmer-Kollegen ansprechen

Daher wäre es sinnvoll, sich entweder vorsichtig an als expansiv und initiativ bekannte Facharztpraxis-Persönlichkeiten zu wenden, die in diesem Markt und im angrenzenden Zulassungsbereich ihre Marktführung und Marktanteile ausbauen wollen.

Das gilt sowohl für den Bereich von Diagnostik, als auch für Operationspraxen oder aber konservative, fachärztliche Gemeinschaftspraxen, die ggf. spezialisierte Diagnose- und OP-Praxen integrieren wollen. Gerade bei letzteren liegt oft der Vorteil, dass deren Diagnostik- und OP-Budgets aus Strukturverträgen oder integrierter Versorgung stammen und nicht auf das tradierte EBM-Kassenarztbudget angerechnet werden.

Ortsübergreifende Gemeinschaft, ohne Bildung von Vermögenswerten – Gewinnverteilung maximal unangetastet lassen!

Am Anfang ist es gut, die ins Auge gefassten Strukturen so zu bilden, dass man sich wieder schnell trennen kann. Deshalb empfiehlt es sich, alle bisherigen materiellen und ideellen Vermögenswerte des jeweiligen Standortes nur der Gesellschaft zur Nutzung zu überlassen.

Gleichzeitig wird – wie bisher – jeder Standort buchhaltungsmäßig als in sich geschlossene, betriebswirtschaftliche Einheit mit zugeordneten Einnahmen und Ausgaben erfasst. KV-Voraussetzungen etc. werden sofort der jeweiligen Standort-Einheit zugeleitet.

Damit können auch bei solchen Kooperationsmodellen die bisherigen Gewinn- und Verluststrukturen weitestgehend erhalten bleiben.

Wenn alle Kosten und alle Kassen- und Privatumsätze exakt zugeordnet werden, verändert sich die historische Einnahmestruktur trotz einer standortübergreifenden Gemeinschaft mit gemeinsamem Dach nicht. Die besonderen Gewinnabreden richten sich nur auf Vorteile der Synergie in Form überlassener Patienten mit höherwertiger Vergütung im Kassen- und Privatbereich.

Die auf Überweisungen angewiesenen Praxen haben oft wesentlich höheren Spielraum und höheres Einkommen als tradierte Facharztpraxen. All das kann dann ortsübergrei-

fend dennoch geteilt werden.

Besteht bei diesen Praxen Interesse, kommt es zu Vorgesprächen, die dann im nächsten Schritt zu einer verbindlichen Absichtserklärung (letter of intend) führen.

Dann kommt es zu einer „Verschwiegenheitserklärung“ zwischen den Parteien und dem Austausch unter Prüfung der beteiligten Wirtschaftsdaten. Das wird in der Wirtschaftssprache Due Diligence genannt.

Es kommt somit zu einer aktuellen Bestandsaufnahme und einer Art interner Praxiswertermittlung und Neuordnung der Prozessabläufe.

Auf der Basis des kassen- und privatärztlichen Stärke- und Schwächeprofils ist dann zu prüfen, ob und inwieweit Ersparnisse, Umschichtungen und Synergien möglich sind und wie unter Berücksichtigung des Mietvertrages ein Standort weitergeführt wird.

Ferner geht es um die Rolle der zu integrierenden Arztpraxis.

Will der zu integrierende Kollege im begrenzten Rahmen unternehmerisch aktiv werden, eher mit oder ohne neues Kapital?

Will er nur seine bestehende Praxis einbringen und welche Wünsche hat er hinsichtlich Vergütung, Laufzeit, künftige Investitionen und Ausscheidenszeitpunkt?

Will er nur eine Angestelltenfunktion mit Voll-Zulassung oder als Jobsharer?

Wer diese Situation jetzt nicht umfassend durchspielt und in alle Richtungen sondiert, wird mit schweren Einkommens- und Wertverlusten in Zukunft rechnen müssen.

Ortsübergreifender, hausärztlicher Sektor – strategisch der größte Entwicklungs- und Machtfaktor

Alles, was für den klassischen Facharzt-Sektor dargestellt wurde, gilt sinngemäß auch für den Hausarzt-Sektor. Hier wird die Initiative zum Aufkauf von Zulassungen für die Bildung von MVZ's nicht zu stark von Krankenhäusern ausgehen. Verwaltungsleiter und Chefärzte von Krankenhäusern haben in der Vergangenheit bitter erfahren, dass unternehmerische Vorstöße in die Basisversorgung sehr schnell gravierende Boykott-Konzepte betreffender, niedergelassener Hausärzte auslösen.

Gemeinsame Kosten-Vorteile

Ortsübergreifende Hausarztpraxen haben in mehreren Dimensionen Vorteile. Zunächst

kann man horizontal – innerhalb der hausärztlichen Praxisstrukturen – vielfältige Einsparungen und Steuerungseffekte erzielen. Sie betreffen:

- Gemeinsame Personalsteuerung (ärztlich und nicht-ärztlich)
- Übernahme von Notfall-Praxen durch Ausgliederung einer Zulassung genau für diesen Zweck zur Erzielung besserer Einnahmen
- Gemeinsamer Einkauf
- Gemeinsame Berufshaftpflicht
- Gemeinsamer Medikamenteneinsatz in unverbindlichen Vorabstimmungen mit interessierten Apotheken und Pharmaunternehmen
- Medizinische Schwerpunktbildung und Marketing innerhalb der Gruppe mit wechselseitiger Mitnutzung der Standorte der Gruppe und der Möglichkeit, höherwertige Abrechnungspositionen qualifizierter Kollegen der Gruppe zu nutzen
- Stufenweise Aufgabe von Standorten bzw. Neuinvestition in bisherige oder neue Standorte (neue Wohngebiete), etc.

Strategische Machtvorteile gegenüber Facharztpraxen

Jede Hausarztpraxis hat nur Zulassung bis zu 1.000 Kassenfällen und 100 Privatpatienten.

Gelingt es nun ortsübergreifend eine Zahl von 5 – 6 Einzel- und Gemeinschaftspraxen zusammen zu schließen, sind sofort die Umsatz- und Fallzahlvolumen von 10-12 Zulassungen vorhanden, die ggf. koordiniert an Fachärzte oder gegenüber dem Krankenhaus ihre Wirksamkeit entfalten. Jeder Facharzt und jeder Hausarzt muss sich ausrechnen, was passiert, wenn er das Volumen von ca. 12.000 Kassenpatienten mit den anteiligen Krankheitsbildern und mit ca. 1.200 Privatpatienten nicht entsprechend würdigt.

Da diese Praxen zusätzlich privatmedizinische Teilgemeinschaften interdisziplinär mit den Fach- und Chefärzten regional bilden können, entstehen so weitere Vorteile für Patienten und weitere Einnahmen für eine solche vertragsärztliche Hausarztpraxis.

Im Rahmen der Gewinnabreden erhält die vertragsärztliche Hausarzt-Gemeinschaft aus ihren privatmedizinischen Teilgemeinschaften mit Chefärzten und mit Fachärzten bspw. 12,5 – 22,5% der Einnahmen des Facharzt-Partners als internen Ausgleich für die Gewinnung von Patienten, Aufklärung, Koordination, Erfassung der Patienten und Nachbetreu-

ung im Rahmen der gemeinsamen, zusätzlichen, privatmedizinischen Teilgemeinschaft.

Jeder Facharzt muss sich darüber im Klaren sein, dass die Kommunikation zu einer standortübergreifenden, hausärztlichen Gemeinschaft mit 10 oder mehr Partnern eine hervorgehobene unternehmerische Bedeutung hat. Hat ein Facharzt oder Chefarzt in der Vergangenheit durch Fehlverhalten seines Personals, durch zu lange Wartezeiten oder Terminvergabe bis zu 6 Monaten nur eine Praxis verloren, so ist das jetzt weit gefährlicher. Der Konflikt führt in der rechtlichen Gesellschafterbesprechung der hausärztlichen Gruppe sofort zu einer ggf. schmerzhaften Gruppenreaktion von 10 Hausarzt-Kollegen, die gemeinsam handeln.

Machtstrukturen im Verhältnis zu Krankenhaus-Chefärzten

Für die erfolgreiche Steuerung eines Krankenhauses geben die Verwaltungen den Abteilungen Jahres- und Monatsvorgaben, an denen auch die Vergütung der Ärzte angekoppelt ist. Kommt es jetzt zu Ablaufdefiziten mit dieser ortsübergreifenden Hausarztgruppe, stehen massive Einnahmeverluste für Verwaltung und Ärzte zur Disposition, falls die Hausarztgruppe sich entschließt, umzusteuern.

Gewinn- und Verlust-Modalitäten

Wie schon bei der fachärztlichen Vertragsgestaltung soll die ortsübergreifende Gemeinschaft 2-3 Jahre auf Probe laufen. Es sollte – soweit es die freiberufliche Ebene betrifft – nicht zu Kapital- und Vermögensverschmelzungen kommen. Auch die jeweiligen Standorte sollten als umfassend transparente Kosten- und Gewinneinheiten weitergeführt werden. Gewinnausgleiche sollten exakt vorher nach Teilbereichen erfasst und verteilt werden.

Professionelle Unterstützung

In der Wirtschaft werden die Bereiche der Wirtschaftszusammenschlüsse / Fusionen und Zukauf / Erweiterung von Unternehmen „Merger & Acquisition“ genannt.

Auf dem Sprung ins 21. Jahrhundert stehen somit auch die ärztlichen Unternehmens-einheiten – nach Auflösung des freiberuflichen Einzelpraxisbildes – vor wettbewerbsentscheidenden Herausforderungen hinsichtlich ihrer Unterneh-

mensdimensionierung. Auch hier setzt das weitere Verständnis für den Begriff „merger & acquisition“ an. Es geht um die Optionen für Kauf, Verkauf und Fusion. Es geht um Re-Strukturierung, Unternehmens-Sicherung und Kooperation mit Ihren vielfältigen Chancen und Herausforderungen. Naturgemäß verbunden mit hohen Risiken für zukünftige Wachstums-Strategien und Neupositionierung.

Die thematische Betreuung der anzusprechenden Arztpraxen umfasst 4 Felder:

1. Kauf, Verkauf, Fusion mit strategischer Planung, Verhandlung und Analyse, Bewertung, Finanzierung und Integration; ferner Modifikationen bezüglich notwendiger Angestellten-Verhältnisse der Führungskräfte.
2. Re-Strukturierung mit Ausgliederung, Spaltung, Frühwarnsystemen und Sanierung.
3. Unternehmenssicherung mit Nachfolge-Regelung, Frühwarnsystem etc.
4. Erweiterte Kooperation durch strategische Allianzen, virtuelle Unternehmen, Netzwerke, Kooperationsmanagement.

Die Themen verlangen ein integriertes, interdisziplinäres Zusammenwirken von

- Medizinrecht,
- Wirtschaftsrecht,
- Berufsrecht,
- Steuerrecht
- Kapitalmarkt- und Finanzierungsfragen
- Strategische Planung
- Organisationstheorie
- Unternehmenskultur
- Controlling.

Zusammenarbeit entsteht hier durch spezialisierte Anwaltsbüros, Steuerberater, Betriebswirtschafts- und Organisations-Berater, Pharma- und Medizintechnik-Spezialisten.

Es geht also darum, dass das darauf spezialisierte Anwaltsbüro, der Steuerberater und der Betriebswirtschaftler zunächst die Ist-Situation einer Praxis analysieren und unter Berücksichtigung der persönlichen und beruflichen Rahmenbedingungen und Zukunftsbedürfnisse eine Standortdefinition erstellen.

Dann wird ein Ablaufplan erarbeitet, mit interessierten Krankenhausleitern und Kollegen Kontakt aufgenommen und ein gemeinsames Konzept entwickelt, umgesetzt und begleitet.

H. Schade