

Teilgemeinschafts-Initiativen Getrennt bleiben und dennoch kooperieren und profitieren

Wie können Hausärzte ihre Kompetenz untereinander und die von Fachärzten im Bereich von PKV und Selbstzahlerleistungen durch standortübergreifende Teilgemeinschaften besser nutzen?

Mit dem neuen Berufsrecht 2005 gibt es die Möglichkeit einer Vielzahl von standortübergreifenden, hoch flexiblen Kooperationsmöglichkeiten außerhalb des eigenen Praxisangebotes.

IGeL´n lassen statt selbst zu IGeL´n

Besonders wichtig sind zusätzliche, zweiseitige, standortübergreifende Gesellschaften, die dem Patienten ermöglichen, vom Hausarzt koordinierte Spezialangebote von Fachärzten im Bereich von Privatmedizin und Selbstzahlerleistungen / IGeL gemeinsam nutzen zu können.

Gemeinsam außerhalb der Praxis PKV- und IGeL-Leistungen anbieten können

Nachdem die Landesärztekammern in Berlin und Bayern für die Realisierung standortübergreifender, privatmedizinischer Kompetenzgemeinschaften für PKV und Selbstzahlerleistungen grünes Licht gegeben haben, gilt es, die Möglichkeiten genauer auszuloten.

Veränderungsnotwendigkeiten aus der Sicht eines Arztes

Dazu schreibt Dr. Friedrich Gagsteiger, Vorstand Gesundheitsnetz Süd (GNS)

Worüber Ärzte nachdenken sollten – offen sein für unbekanntere Entwicklungen

Todesspirale Sozialstaat

Einer der zentralen Defekte der sozialen und gesundheitlichen Sicherung liegt in der Koppelung der Sozialsystemfinanzierung an die Arbeitsverträge der Menschen: Mit jedem Mehr an Sozialem wird der „Faktor Arbeit“ teurer; die Menschen mit diesen Verträgen werden immer weniger wettbewerbsfähig gegenüber Maschinen und Robotern im eigenen Land und vor allem jetzt im Rahmen der EU-Erweiterung und der Globalisierung gegenüber anderen Volkswirtschaften. Damit produziert das Soziale immer mehr Arbeitslosigkeit. Diese wiederum verstärkt den Ruf nach dem Sozialen, das Soziale reproduziert sich selbst und schafft damit paradoxerweise immer mehr Unsoziales.

Zeit- und Management-Erfahrungsdefizite bei höchstpersönlichem Einzelarzt

Die Fülle an organisatorischen Aufgaben kann nicht mehr von einem einzelnen arbeitenden Arzt kosten- und zeiteffizient abgearbeitet werden. Allein die gesetzlichen Auflagen (**Weiterbildung, Praxisorganisation, Abrechnung, Dokumentation, Qualitätsmanagement, Datenschutz, Hygienerichtlinien, Arbeitsschutz, Betriebssicherheit, Medizinprodukte-Gesetz usw.**) nehmen einen Großteil der Arbeitszeit ein. Wo bleibt da noch Zeit für „Wertschöpfung“?

Politik verlangt 30%-ige Rationalisierungersparnis

Rationalisierungsreserven werden vom Gesetzgeber nicht nur angemahnt sondern rigoros erzwungen. Wir werden also Personal, Equipment und auch unsere eigene Arbeitskraft wesentlich effizienter ausnützen müssen. Ohne Kooperationen werden Ärzte nicht überleben. Zeitweise ungenutzte Räume oder nicht ausgelastete teure medizinische Geräte werden unseren Gewinn sonst schmerzlich mindern oder gar in Verlust umkehren.

Politik fördert Eigenverantwortung statt wie bisher Sozial-Konsum-Mentalität

Die oben beschriebene, politisch gewollte Stärkung der Eigenverantwortung der Menschen wird Ärzten zunehmend in die Rolle des aktiven „Anbieters“ medizinischer Leistungen drängen, da hier eine neue, wettbewerblich orientierte Situation geschaffen wird. Genau hier liegt aber auch die Chance der Ärzteschaft, neue Erwerbsstrukturen aufzubauen. Und die Leistungen werden nur dann nachgefragt, wenn es auch gelingt, diese dem Patienten bekannt zu machen, und wenn es außerdem gelingt, seriös und glaubwürdig den Inhalt dieser Leistungen zu vertreten. Dies wird wiederum nur in der Gemeinschaft und mit seriösem, professionellem Marketing möglich sein. Ein Einzelner wird sich kaum Gehör verschaffen können.

Bisher nie möglich: Gemeinsame Angebote erstattungsfähiger PKV-Leistungen

Seit mehreren Jahren gibt es das Partnerschaftsgesetz, das es in der Privatmedizin gestattet, an einem Standort Leistungen verschiedener Arzt- und Gesundheitsberufe gemeinsam anzubieten. Orthopäden, Zahnärzte und Physiotherapeuten können z. B. an einem Standort gemeinsam Leistungen anbieten und gemeinsame Einnahmen erzielen.

Mit dem neuen Berufsrecht wird dieser wenig genutzte Bereich - wie bei anderen freien Berufen - auf standortübergreifende Kooperationen verschiedener Fachrichtungen übertragen.

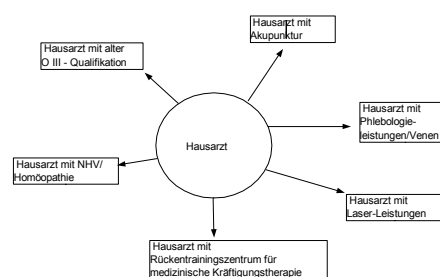
Dieses Konzept umfasst **nie Vertragsarztbeziehungen** des Sozialrechts, das zunächst nach den alten Kriterien zu bewerten ist wie höchstpersönliche Zulassung und Abrechnungsnummer nur an einem Standort.

Variante I:

Teilgemeinschaft Hausarzt mit spezialisiertem Leistungsbild eines anderen Hausarztes

Hausärzte haben jetzt die Möglichkeit, einzeln oder als Gruppe die Spezialgebiete eines Kollegen im Rahmen einer Teilgemeinschaft ihren Patienten anzubieten.

Teilgemeinschaftsmöglichkeiten (TGMP)
- Hausärzte nutzen zusätzlich Spezialkompetenz von Hausärzten -



Hinderungsgrund: Verlustängste und Neidgefühle

Oft hindern Überlegungen der Angst die Inanspruchnahme eines Kollegen, weil

man befürchtet, der Patient würde nicht wieder zurückkehren. Der Patient könnte die besonders qualifizierte Leistung des Kollegen zum Anlass nehmen, bei diesem weiter zu verbleiben. Denkbar ist auch die Angst, dass die Einrichtung des Kollegen und die Freundlichkeit des Personals den Patienten veranlasst, nicht zurückzukehren.

Daher ist die Überlegung sinnvoll, Zusatzleistungen von Hausärzten an einem **neutralen Ort** anzubieten. Damit wird verdeutlicht, dass durch diesen Kollegen **nur** Spezialleistungen angeboten werden und nicht – wie die Praxis signalisiert – das **gesamte** hausärztliche Beziehungsmanagement.

§ 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 – Teilgemeinschaftspraxis

1. Ärzte dürfen sich zu Berufsausübungsgemeinschaften – auch **beschränkt auf einzelne Leistungen** – zu Organisationsgemeinschaften, zu medizinischen Kooperationsgemeinschaften und Praxisverbänden – **Teilgemeinschaften** – 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 Zu-

sammenarbeit 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 Ärztegesellschaften

1. Ärzte können auch in der Form der juristischen Person des Privatrechts (Ärztegesellschaft) ärztlich tätig sein. Gesellschafter einer Ärztegesellschaft 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 Ärztegesellschaft 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

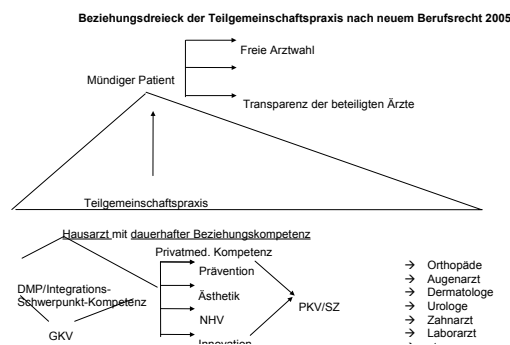
1. Ärzte dürfen, auch ohne sich zu einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammen zu schließen, eine Kooperation verabreden (Praxisverbund), welche auf die Erfüllung eines durch gemeinsame oder gleichgerichtete

Maßnahmen bestimmten Versorgungsauftrags oder auf eine andere Form der Zusammenarbeit zur Patientenversorgung, z. B. auf dem Felde der Qualitätssicherung oder Versorgungsbereitschaft, gerichtet ist.

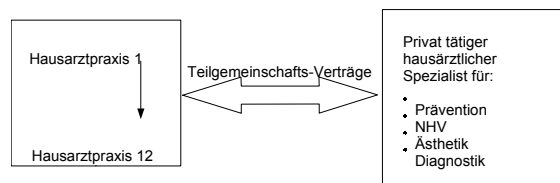
Große hausärztliche Netzwerklösung einer einheitlichen Teilgemeinschaft

Beispielsweise könnten 10 – 15 hausärztliche Kollegen sich entscheiden, die Kompetenzen mehrerer Kollegen in den Bereichen

- Sportmedizin, Rückentraining,
- Manualmedizin, Osteopathie,
- Naturheilverfahren, Akupunktur, TCM, Ajurveda
- Darmsanierung, Entgiftung, Ernährungsberatung
- Ästhetikleistungen anzubieten.



Hausärzte nutzen Spezialkompetenz von Kollegen



Nachteil mehrseitiger Verträge: Umfassende Einsichtsrechte in Geldbewegungen

Eine Teilgemeinschaft zur zusätzlichen, standortverbindenden Erbringung privatmedizinischer Leistungen außerhalb der eigenen Praxis, also mit einer Praxis

mit einer weiteren, heilkundlichen Steuernummer, kann alle Hausärzte umfassen, die mit den Spezial-Kollegen die Leistungen dieser Kollegen ihren Patienten mit anbieten wollen.

Der Standort ist dann zentral gelegen. Die Patienten gehen dort hin und werden im Namen der gemeinsamen, regionalen Berufsausübungsgemeinschaft Musterstadt von den jeweiligen Spezialkollegen behandelt.

An sich ideal: Schwerpunktkompetenz anderer Kollegen in einer Hand mit anbieten können

Der historisch als **Generalist** ausgebildete hausärztliche Kassenarzt kann so die Kollegial-Kompetenz in einer Hand von anderen Kollegen gemeinsam anbieten.

Mehr Spezialisierung – geringere Kosten

Das führt theoretisch zu einer noch stärkeren Spezialisierung und zu einer nachhaltigen Kosteneinsparung, weil die Investition ggf. in Fortbildung, Technik, Räume, Personal etc. ggf. nur ein Mal getätigt werden muss.

Statt breit zu IGeL´n kann nun spitze Spezialkompetenz selbstbewusst angeboten werden.

Spitz statt breit

Dieses Modell der Spezialisierung entspricht modernem, gesellschaftlichem Denken, widerspricht aber der bisherigen Grundphilosophie eines breit angelegten Hausarztes, der allerdings auch gesehen hat, dass er zeitlich und inhaltlich nicht mehr in der Lage ist, moderne, sinnhafte

IGeL-Leistungen in der Breite anzubieten. Überall steht das Gebot der Konzentration auf Schwerpunkte.

Verbesserte, gemeinsame Qualität

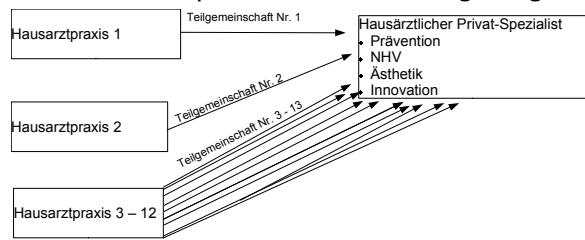
Vertieft durch Qualitätszirkel und gemeinsame Patienten-Fall-Besprechungen zwischen Spezialist und koordinierendem Kollegen führt dies generell zu einer besseren Qualität und einem verbesserten Beziehungsmanagement im jeweiligen privatmedizinischen Erstattungs- und Selbstzahlerbereich.

Teilgemeinschaftspraxis erstellt die Rechnung

Die Rechnung wird von der gemeinsamen, standortübergreifenden Teilgemeinschaft mit den Namen der beteiligten Ärzte (Vielzahl oder zweiseitig) gestellt. Gleichzeitig wird gekennzeichnet, wer die Leistung erbracht hat. Gegebenenfalls wird darauf verwiesen, wer bestimmte, höchstpersönliche Zusatzqualifikationen hat.

Muster-Rechnung:

Hierbei ist auf die alten Abrechnungs-Qualifikationen für das Labor zu verweisen, die Hausärzten untereinander es gestattet, mit inzwischen immer billigeren Laborautomaten auch privatmedizinisch abzurechnen. Die eingegangenen Rechnungsbeträge werden im Verhältnis allgemein entstandener Kosten und der Honoraranteile für Gewinnung und Vertiefungsbetreuung des einbringenden Kollegen und des Aufwands für die höchstpersönliche Leistungserbringung durch den spezialisierten Kollegen ge-



teilt.

Rechnung Nr. 1/ 2005 für individuelle Leistungen auf Wunsch

Leistungsbereich Allgemeinmedizin
verantwortlicher Behandler: Dr. P. Alt
Termin am 26.09.2005
Beratung Ziffer 1 GOÄ, Faktor 2,3

EUR 10,72

Leistungsbereich: Orthopädie
verantwortlicher Behandler: Dr. E. Kräftig
Termin am 15.10.2005
Orthopädische Gesundheitsuntersuchung
Ziffer A 29; Faktor 2,3

EUR 58,99

Osteodensitometrie, Ziffer 5380, Faktor 1,8

EUR 31,48

Insgesamt

EUR 101,19

Wir bitten um Überweisung auf unser Konto bei der Apobank.

Unterschrift Dr. Kräftig

* Anschrift: Wiesbadener Str. 5, 63167 Mainz, Tel.: 06131-12356

** Anschrift: Mainzer Str. 6, 65197 Wiesbaden, Tel.: 0611 - 78910
Konto: Apo Bank Wiesbaden, BLZ 123 456 78, Kto.-Nr. 4711

Standortübergreifende
Berufsausübungsgemeinschaft
für Privatmedizin

Dr. med. Paul Alt *
Arzt für Allgemeinmedizin

Dr. med. Ewald Kräftig **
Facharzt für Orthopädie

Gewinnverteilung

Wichtig ist, dass der den Patienten einbringende Kollege eine Leistung in der Gesellschaft abrechnet; z. B. die Ziffer 1 GOÄ.

Die Gewinnverteilung findet so statt, dass die Leistungen der beiden Ärzte im Leistungsaustausch zusammengerechnet und nach einem bestimmten Schlüssel geteilt werden.

Da die Gesellschaft zwischen 5-8% Kosten haben wird, ist es so, dass jeder Arzt von seiner eigenen Leistung ca. 75% behält. Er hat einen eigenen Kostenanteil von ca. 55% dabei.

Er erhält – je nach Absprache – 20% des Anteils des Umsatzes des mitbehandelnden Kollegen als Gewinnanteil zur Verfügung für Patientenaufnahme, Unterschrift unter die Aufklärungserklärung, Einspeicherung der Anamnesedaten in die gemeinsame, ortsübergreifende Dokumentationstechnologie, Terminvereinbarung, eigene Darstellung im Internet und in Broschüren der jeweiligen Partnerpraxis.

Sich auf zweiseitige Verträge beschränken?

Wollen die Kollegen nicht im Verbund auftreten, weil dann die Namen der Verbundpartner auch auf Praxisschild und Briefkopf nach Berufsrecht (**Transparenzgebot**) vermerkt werden müssen, können zweiseitige Verträge, die man jederzeit wieder trennen kann, geschlossen werden.

Vorteile weiterer, zweiseitiger Verträge

Die Scheu vor gemeinsamen Verträgen liegt oft in den juristischen Einsichtsrechten von Kollegen. Ferner haben viele Kollegen vor der interkollegialen, moralischen Bewertung Angst, wenn sie schwerpunktmäßig außerhalb der Schulmedizin einen besonderen Schwerpunkt im Bereich Naturheilverfahren, Ästhetik oder sonstiger Schwerpunktbil-

dung im Bereich orthomolekularer Medizin haben.

Gewinnverteilung - Zuweisung gegen Entgelt weiter verboten!

Bedingt durch die sich verschlechternde ökonomische Situation könnte ein Arzt versucht sein, die Teilgemeinschaft als preiswerte Möglichkeit zu sehen, an der Leistung eines Kollegen – ohne eigene Leistung – mitzuverdienen.

Diese Überlegung hat extrem gefährliche steuerrechtliche, berufsrechtliche und gesellschaftspolitische Aspekte.

In der Sekunde, in der die Verträge, die tatsächlichen Ablaufstrukturen und die Art der Rechnungsstellung bei der Finanzverwaltung den Eindruck aufkommen lassen, es liege kein gemeinsamer gesellschaftlicher Zweck vor, verwandelt sich die Leistung automatisch zu einer mehrwertsteuerpflichtigen, gewerbesteuerpflichtigen Provisionszahlung mit katastrophalen Wirkungen für die an sich nicht involvierten, steuerlich getrennten Hauptpraxen.

Die Finanzverwaltung muss in jedem Einzelfall prüfen, ob es sich um ein eigenständiges Rechtsgebilde/Steuersubjekt oder eine Scheingesellschaft handelt.

Die Teilgemeinschaft muss sich bei der Prüfung als Personengesellschaft mit Mitunternehmerschaft darstellen. Sie muss selbstständig und nachhaltig eine Tätigkeit mit Gewinnerzielungsabsicht betreiben.

Zentral: Steuerrecht

Für die beteiligten Personen muss insoweit eine Mitunternehmerinitiative zum Ausdruck kommen, die sich durch Gesellschafterbeschlüsse und Formulierungen unternehmerischer Entscheidungen bestärkt. Sie verlangt auch eine Beteiligung am Gewinn und Verlust als Mitunternehmerisiko. Sie muss im Sinne des § 2 I UStG bzw. als Mitunternehmerschaft im Sinne des EStG mit juristischer Eigenständigkeit betrachtet werden.

Die ärztlichen Tätigkeiten müssen sich als Gesellschafterbeiträge darstellen, die durch die Beteiligung am Gewinn und Verlust abgegolten sind und nicht mit einem Sonderentgelt honoriert werden. In der Teilgemeinschaft werden hierfür keine Aufwandsbuchungen getätigt, der handelsrechtliche Gewinn wird nicht beeinflusst.

Gewinn und Verlust müssen nach einem im Voraus festgelegten Schlüssel verteilt werden. Die Beteiligung am Ergebnis ist also nach den vermuteten und nicht nach den tatsächlich erbrachten Gesellschafterleistungen zu bemessen, ggf. an den einzelnen Honoraren, wenn andere Bemessungsstrukturen nicht zur Verfügung stehen.

Richtige Rechnungsstellung

Auf der Rechnung muss die die Behandlung ausweisende Diagnostik vom Initiativpartner abgerechnet werden. Hinzu kommt die Hauptleistung durch den vom anderen Standort praktizierenden Mitgesellschafter. Im Zweifelsfall kommt es darüber hinaus zu einer Konsil- oder Nachbehandlungsleistung des Initiativarztes der Gesellschaft.

Auf die Wortwahl achten!

Berufsrechtlich entsteht sofort der Verdacht der Zuweisung gegen Entgelt, wenn der Gesellschaftsvertrag und die Buchungsstruktur darauf hindeuten, dass – ohne eigenständige Leistung des Initiativarztes – dieser nur an der Leistung eines anderen Kollegen partizipiert. Ergibt sich ein solcher Verdacht durch die Darstellung des Konzeptes – beispielsweise durch Veröffentlichung im Internet – kann jeder Mitwettbewerber dagegen vorgehen als Verletzung des Berufsrechts, die sich gleichzeitig auch als Verletzung des Gesetzes zur Verhinderung unlauteren Wettbewerbs darstellt.

Gesellschaftspolitisch müssen die Aufsichtsbehörden (Sozialministerium) prüfen, ob nicht die Ärztekammer gezwungen werden muss, die Rechtsfigur der Teilgemeinschaften aufzugeben, weil sich tatsächlich eine Ausbeutung der Notlage

von Menschen durch diese Rechtskonstruktion ergeben kann.

Nur wenn sich die Teilgemeinschaft in der Darstellung, im Vertragstext und in der Abschriftstruktur tatsächlich als gemeinsame, standortübergreifende Schnittstellenoptimierung (privatmedizinisch integrierte Versorgung) darstellt, die eine Verbesserung der Abläufe und eine Verbesserung der Ergebnisqualität verkörpert, entsteht kein Konflikt und die Teilgemeinschaft kann als gesellschaftlich sinnvolles Instrument angesehen werden.

Beginn einer gemeinsamen Markenbildung

Mit einem solchen Konzept wird beispielsweise dann auch jeder Hausarzt im Verhältnis zu den von ihm in Anspruch genommenen Partnern für privatmedizinische Leistungen darauf achten, dass frühzeitig und umfassend die Privatpatienten die Leistungen und die vom Arzt ausgewählten Kooperationspartner in Anspruch nehmen.

Keine Zusatzkosten

Ein weiterer Vorteil liegt darin, dass diese Kooperationsmodelle neben der Praxis zusätzlich entstehen und keinen Kapitalaufwand verlangen. Der Hausarzt kann seine Kontaktfrequenz wesentlich stärker nutzen, der Facharzt viel intensiver seine Spezialitäten pflegen. Jeder kann damit seine eigene, persönliche Kompetenz ausschöpfen. Qualifizierteste fachärztliche Leistungen werden über die entsprechenden Schulungs- und Kommunikationsmodelle durch das Hausarztnetz wohnortnah in jeden Winkel der Bundesrepublik gelangen können.

Kein Umzug durch standortübergreifende Zusammenarbeit

Im Gegensatz zum Ärztehaus- und Gemeinschaftspraxis-Förderungsprozess an einem Standort können alle bisherigen Praxisstrukturen weiter genutzt werden. Die wohnortnahe Standortversorgung

des Patienten wird gesichert, dem Arzt bleibt seine Einzelpraxis erhalten.

Unbegrenzte Zahl von Varianten

Durch eine unbegrenzte Anzahl von Partnerschaften kann sich jeder Hausarzt eines jeden Spezialisten bedienen. Das differenziert nach Kompetenz, Freundlichkeit, Schnelligkeit und persönlicher Verbundenheit. Es ist kein starres „entweder-oder“-Konzept, sondern ein dynamisches, unbegrenzt erweiterbares „sowohl-als auch“-Konzept.

Der Reiz liegt in der unbegrenzten Anzahl von Kooperationsvarianten für den interessierten Hausarzt.

Gerade in der Offenheit und Unbegrenztheit liegt die nicht übersehbare Dynamik dieses berufspolitischen Ansatzes, der zur Zeit weder von Pharmaindustrie, Medizintechnik, noch von Apotheken in ausreichendem Maße gesehen wird. Insbesondere unbeachtet ist auch die Dynamik, die sich aus der Zusatzversicherungslösung für Pflichtversicherte ergibt.

Zentraler Engpass: Nur aktuell vorhandenes Schnittstellenbewusstsein löst Kollegeneinsatz aus

Alles, was nur abstrakt in der Vergangenheit gelernt wurde, aber nicht zum eigenen Leistungsbild gehört, löst bei einem im Raum sitzenden Patienten als Gegenüber keine Empfehlung für eine weitergehende Spezial-Inanspruchnahme eines Kollegen aus. Alles, was im Alltag ausgefiltert wurde oder was neu und unbekannt ist, kann nicht kommuniziert werden. Es ist keine innere Reaktion mit einem klar definierten, sinnhaften Leistungsbild vorhanden.

Deshalb ist der Einsatz von Spezialkompetenz daran gekoppelt, dass über gemeinsame Fortbildungsmaßnahmen Wissen und positive Wertschätzung der Kollegen-Leistung entsteht.

Geld ist nie ursächlich!

Der ökonomische Anreiz allein in einer Partnerschaft ist nicht ausreichend für die generelle Fähigkeit eines Menschen, all das auszufiltern, was er nicht kennt. Jeder Arzt lebt wie jeder Mensch kontinuierlich in der Halbtrance des gewohnten Alltags-Rituals. Diese unbewusste Teilhypnose gestattet es nur, die Verhaltensweisen der Vergangenheit bis zum Durchbruch eines wieder erlernten, neuen und abrufbaren Wissens, das zur Empfehlung führt.

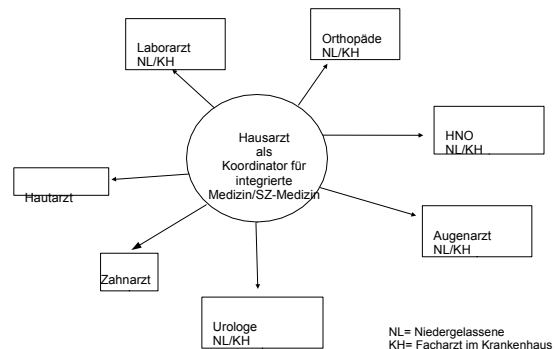
Nur das, was bewusst ist und als sinnvoll, seriös und befriedigend in der Heilwirkung wahrgenommen wird, kann im Rahmen einer Teilgemeinschaft angeboten und erfolgreich kommuniziert werden.

Hausärzte und Einsatz von Fachärzten als Teilgemeinschaftspartner bei PKV-Leistungen

Auf den ersten Blick erscheint vielen Fachärzten der Gedanke, privatmedizinische, erstattungsfähige Leistungen oder Selbstzahlerleistungen gemeinsam mit einzelnen Hausärzten anzubieten, als Bedrohung.

Als Ablehnungsgrund weisen sie darauf hin, man verliere Einnahmeanteile, die früher ohne zusätzliche Umsatzteilung durch Überweisung immer zur Verfügung gestanden hätten.

Hausärzte nutzen gemeinsam privatmedizinische, erstattungsfähige bzw. Spezialkompetenz von Fachärzten im Selbstzahlerbereich



Leistungsstrukturen entstehen durch Bewusst-Heit!

Dies ist eine sehr statische Betrachtung, die nicht berücksichtigt, dass sehr viele Leistungen bei Hausärzten im Kopf als anzubietende Leistung erst nicht entstanden sind, weil sie bisher nicht Bestandteil ihres Bewusstseins waren.

Erst, wenn durch Fortbildungsmaßnahmen gemeinsames, neues Bewusstsein entstanden ist und auch der ökonomische Anreiz mit existiert, kann hier eine Änderung dieser Verhaltensweisen entstehen.

Fachärztliche Angst vor Überweisungsboykott

Gleichzeitig kommt das fachärztliche Bedenken, mit einzelnen Hausärzten könne man keine solchen Teilgemeinschaftsverträge abschließen, weil dann die anderen hausärztlichen Überweiser sich brüskiert fühlen könnten. Dies führt zu der Schlussfolgerung, dass jeder Facharzt, der sowohl sein PKV als auch sein Selbstzahler-Kompetenz-Spektrum Hausärzten anbieten will, dies **allen Hausärzten** in der Region anbieten sollte.

Regional fachärztlich gemeinsam in Dialog mit Hausärzten eintreten

Berufspolitisch wäre es sogar sinnhaft, wenn sich alle Augenärzte, Orthopäden, Gastroenterologen, Phlebologen einer Region entschließen, dies als eine von allen Fachärzten dieser Gruppe getragene Grundsatzentscheidung Hausärzten darzustellen. Der berufspolitische Nutzen wäre enorm, weil es insoweit zu der Möglichkeit kommt, dass sich dann von persönlichen Vorlieben getragene, individuelle Netze ergeben, die sich zu Teilgemeinschaften zusammenschließen

Bisherige, innere Netze werden so zu Außennetzen / Teilgemeinschaftspraxen

Praktisch macht das neue Berufsrecht nichts anderes als das, was schon immer

existierte. Jeder Arzt hatte ein bestimmtes Netz von Überweisern, in dem mehr oder minder stark eine gute Kommunikation funktionierte. Diese **informellen** Strukturen werden jetzt unter dem Gesichtspunkt prägnanter Spezialisierungsmöglichkeiten und mit ökonomischen Anreizen versehen juristisch gestaltbar.

<p style="text-align: center;">Gemeinschaftspraxis (BGB-Gesellschaft) Dres. med. Renate und Paul Fleißig Fachärzte für Allgemeinmedizin/Naturheilverfahren Besondere Tätigkeitsschwerpunkte: Ganzheitliche Ernährungsmedizin Faltenunterspritzung Vitamin- und Vitalstofftherapien</p> <p>In standortübergreifender Berufsausübungsgemeinschaft verbunden mit:</p> <p>Partnerschaftsgesellschaft für Orthopädie, Dres. med. Kräftig und Messer, Partnerschaftsgesellschaft für Augenheilkunde, Dres. med. Klar und Blind, Partnerschaftsgesellschaft für HNO, Dres. med. Schnarch und Schlauf, Partnerschaftsgesellschaft für Labor, Schlottfeld und Partner. Sprechstunden :</p>

Den RLV-Kannibalismus überwinden

Darin liegt für die deutsche Fachärzteschaft eine geniale Chance, die Konfliktebene, die sich in den kassenärztlichen Vereinigungen zu Hausärzten entwickelt hat, über die Kooperationsmodelle der Spezialisierung im privatmedizinischen Bereich von PKV und Selbstzahlerleistungen zu überwinden.

Mit arbeitsteiligem Kompetenz-Konzept Synergie entwickeln

Ist diese Philosophie Bestandteil der jeweiligen Facharztgruppe, kann jeder Facharzt ohne jeden Boykott-Konflikt mit seinen Hausärzten über dieses Thema im Rahmen von ihm eingeladenen Workshops sprechen. Er weiß, die gleichen Möglichkeiten werden die anderen Kollegen nutzen. Gleichzeitig wissen auch alle Hausärzte, dass es hier nicht zu einer einseitigen Benachteiligung von Kollegen kommt, die möglicherweise nicht beim ersten Mal mit eingeladen wurden. Das gesamte haus-fachärztliche Szenario in einer Region würde sich nachhaltig entkrampfen und einer offenen, zukunftsorientierten Kollegialität weichen.

Niedergelassener Facharzt, Facharzt am Krankenhaus oder fachärztlicher Pensionär als Teilgemeinschaftspraxis-Partner?

Hausärzte haben die Qual der verschiedenen Auswahl-Möglichkeiten. Nach neuem Berufsrecht können Teilgemeinschaftspraxen nur mit Ärzten gebildet werden, nicht mit Krankenhäusern oder krankenhauskontrollierten medizinischen Versorgungszentren. Sie sind keine natürlichen Personen des Berufsrechts und unterliegen diesem auch nicht.

Somit kommen als mögliche, weitere fachärztliche Partner in Frage Oberärzte / Chefärzte, die eine entsprechende privatmedizinische Nebentätigkeitsgenehmigung haben.

Diese muss Teilgemeinschaftsmodelle mit niedergelassenen Hausärzten / sonstigen Fachärzten umfassen. Hier steht das Krankenhaus vor einer neuen Situation.

Hausärzte – die Entscheider über Krankenhaus-Nachfrage

Dennoch könnte das Krankenhaus daran interessiert sein, durch attraktive Angebote indirekt das Kassenpotential von Hausärzten in Richtung Krankenhaus zu steuern. Wie sich dies entwickelt und genutzt wird, wird die Zukunft zeigen.

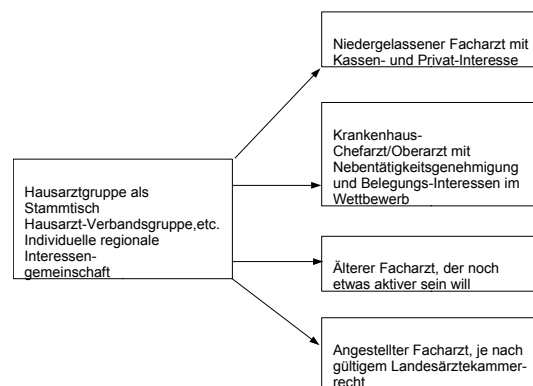
Integration von Fachärzten – ohne Zulassung?

Hausärzte haben aber auch die Wahl, statt zögernden fachärztlichen Kollegen eine Teilgemeinschaftspraxis mit fachärztlichen Kollegen einzugehen, die keine Kassenzulassung mehr haben und sich freuen, noch etwas privatmedizinisch oder im Selbstzahlerbereich tätig sein zu können.

Abrechnung höchstpersönlicher Leistungen Weiterbildungs-Bindung

Entscheidend für die Abrechnung ist an sich nur die höchstpersönliche Weiterbildungsqualifikation, die im Rahmen der Teilgemeinschaft immer nur dem die Liquidation gestattet, der die entsprechenden Voraussetzungen hat.

Also hat der Hausarzt mehrere berufspolitisch bedeutsame Optionen bei den Rechtsfiguren, die sich um standortübergreifende Teilgemeinschaften ergeben.



Übergeordnetes berufspolitisches Verhalten sinnvoll

Regionale Netze / Teilgemeinschaften zwischen Haus- und Fachärzten werden nur auf der Basis überzeugender Kompetenz / Qualität, stimmigem Service, Komfort für den Patienten und Übersichtlichkeit der Leistungsbeziehungen / Dichte der Kommunikation funktionieren.

Sie verlangen Kollegialität, Interaktion, Eingebundenheit des Personals und ständige Fortbildung und Optimierung der Patienten-Behandlungsprozesse.

Prävention – Aufgabe der Zukunft

Bei sinnvollen Leistungen in der Prävention wird der Patient nur folgen, wenn Ärzte in der Region mit einer Stimme gegenüber PKV und Patient sprechen.

Die oft viel zu geringe Inanspruchnahme vieler sinnvoller Präventionsleistungen zeigt, dass hier noch kein entsprechender, gesellschaftlicher Bewusstseinsprozess innerhalb der Ärzteschaft stattgefunden hat.

Privatmedizinische, erstattungsfähige, gemeinsame Präventionsangebote

In der Sekunde, in der allein in der privatmedizinischen, erstattungsfähigen Prävention die Ärzte sich wesentlich früher um die systematische Erkennung und Behandlung von Venen und Gefäßleiden, Diabetes, Wirbelsäulenkonflikten, Ernährungskonflikten kümmern, können aus den gemeinsamen Spezialisierungen Zusatzerträge für den Hausarzt von ca. € 15.000,- bis € 20.000,- erwirtschaftet werden.

Privatmedizin und Selbstzahler-Prävention

Für den Facharzt wird in jedem Fall – weil er auch noch seine Kostenkalkulation berücksichtigen muss – dennoch erweiterte, sehr nachhaltige Einnahme-Zusätze entstehen. Sie können nach ersten, vorsichtigen Schätzungen bei € 45.000,- liegen.

Dies außerhalb der gemeinsamen Erbringung von Selbstzahlerleistungen in den Bereichen Ästhetik, Naturheilverfahren, sonstige Innovation.

Große, bestehende KV-Netze in kleine, bewegliche, privatmedizinische Netze untergliedern

Innerhalb großer, regionaler Netze, die sich in der Vergangenheit politisch gebildet haben, wurde schon der Ansatz gemacht, wechselseitige Überweisungsempfehlungen bei freier Arztwahl auszusprechen.

Dabei kam es auch zu vielen Enttäuschungen, weil einige Kollegen dankbar die Überweisungen aufnahmen, ihrerseits aber nie den Ansatz machten, Patienten, die Schwerpunkte von Kollegen hätten nutzen können, dorthin zurück zu schicken. Oft blieb es eine Einbahnstraße.

Persönliche Netzwerke umgestalten

Bilden sich jetzt auf der Basis der bestehenden großen Netze neue privatmedizinische Netzstrukturen, so sollten diese nicht mehr als 9-15 Praxen umfassen. Darüber hinaus entsteht wiederum Unübersichtlichkeit und Passivität.

Sich wieder kollegial öffnen

Die Partnerschaft sollte auch nicht nur auf politische Netzfreunde beschränkt sein, sondern objektiv – als einigendes Kompetenzband – alle Kollegen in der Region umfassen, die sich aktiv und qualitätsgesichert um eine neue, sinnhafte Zukunftsorientierung bemühen.

Teilgemeinschaftsmodelle Hausarzt – Facharzt regional Unverzichtbar: einheitliches Auftreten im Bereich privater Erstattungsmedizin / IGeL

Schon jetzt ist zu spüren, wie radikal die PKV / Beihilfe Arztrechnungen auf das jeweils älteste, preisgünstigste Verfahren in Diagnostik und Therapie herunterkürzt und einen abgesenkten Schwellenwert durchzusetzen versucht.

Neues braucht regionale Gemeinsamkeit

Innovation, sinnvolle Früherkennung, Gesundheitsoptimierung und qualifizierte Naturheilverfahren haben nur im selbstverantwortlichen, mündigen Bürgerbereich eine Chance, wenn der Patient mit einer klar abgestimmten, gemeinsamen, regional einheitlichen ärztlichen Meinung zu Sinnhaftigkeit, Inhalt und Preis dieser Leistung informiert wird.

Dies kann nur eine gemeinsame hausärztliche/fachärztliche Leistung sein.

Neue Zielgruppen kollegial erschließen

60% der Bürger der Bundesrepublik sind offen für solche sinnhaften Kompetenzkonzepte und sind auch bei knappen Geldmitteln bereit, für sinnvolle, präventiv sehr frühzeitig erfolgte therapeutische Interventionen schon Geld auszugeben. Der entscheidende Faktor ist, wenn nicht ausführlich mit ihnen gesprochen wird, kann die Nachfrage nicht entstehen. Diese Vorleistung muss innerhalb der Ärzteschaft erbracht werden, die nicht identisch ist mit den bisherigen, schnellen Behandlungszyklen im Bereich bisheriger, kassenärztlicher Stoppuhr-Medizin.

Zeit, Zuwendung, Anspruch und Fortbildung

Dazu muss jetzt viel umfassender ein entsprechendes, an den Schnittstellen ansetzendes, gemeinsames Fortbildungswissen für Ärzte in Teilgemeinschaften und ihr Personal geschaffen werden.

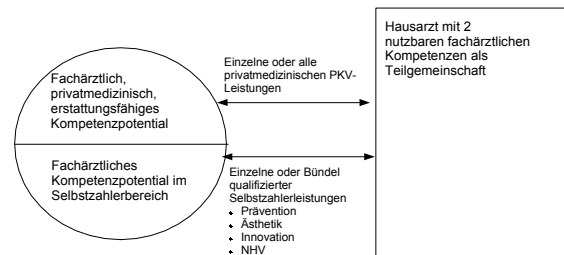
Qualitätszirkel zeitlich erweitert nutzen

Dies kann im Rahmen von Weiterbildungsmaßnahmen, die von Kammern und KV'en zertifiziert werden, geschehen. Dabei wird es allerdings so sein, dass sich bei Privatpatienten gegen selbst zu zahlende Leistungen wesentlich stärker wehren werden, als Kassenpatienten.

Ihnen ist nicht bewusst, dass PKV und Beihilfe in Zukunft nur noch bei existentiell schweren Krankheitsbildern die Absicht haben, zu zahlen.

Schnittstellen Hausarzt / Facharzt

Doppel-Nutzen des Facharztes mit Kompetenz-Leistungsbildern im PKV- und SZ-Bereich für Hausärzte



Beispiele aus der Praxis: Gemeinsame Schnittstellenmedizin Hausarzt / Orthopäde

Im Bereich der Privatmedizin können Hausarzt und Orthopäde wesentlich stärker zusammenarbeiten. 80% der Menschen klagen über Rückenschmerzen. Arthrose und andere Leistungsbilder sind im Muskel-Skelettbereich durch die „Bewegungsfall“ im Vormarsch.

Sich wieder auf fachärztliche Kompetenz konzentrieren

Die Orthopäden müssen allerdings allgemeine IGeL-Leistungen zurückfahren, die auch von Hausärzten erbracht werden können. Dann werden Hausärzte in wesentlich stärkerem Maße auch Privatpatienten an orthopädische Kollegen im Rahmen einer Teilgemeinschaft schicken.

Zurück zu den Wurzeln

Bisher war das Leistungsbild des Orthopäden oft nur das eines qualifizierten, gesellschaftlich höher bewerteten Hausarztes. Der Orthopäde muss zurück zu seiner Spezialkompetenz in den Bereichen Wirbelsäule, Rheuma, Arthrose, Gelenke und den damit verbundenen operativen Eingriffen.

Integrative private Versorgung – analog zum Kassensektor

Integriert er hier die Hausärzte, sind sehr hohe gemeinsame, privatmedizinische Entwicklungspotentiale im Erstattungsbereich. Darüber hinaus ergeben sich nachhaltige, gemeinsame Entwicklungspotentiale im Bereich integrativer, interdisziplinärer, präventiver Privatmedizin oder optimaler, kurativer Therapie.

Weiteres Beispiel: Das Venen- und Gefäß-Gesundheitszentrum in der Orthopädiepraxis

Die Bonner Venenstudie von Professor Rabe zeigt, dass bei 90% der Bevölkerung sehr frühzeitig Venen- und Gefäßdefizite auftauchen. Medizinisch leicht diagnostizierbar ist Cellulitis ein erster und zentraler Indikator für die sich abzeichnende Bindegewebsschwäche und die späteren, extrem gefährlichen Krankheitsfolgen, wenn sie nicht behandelt werden. Sie äußern sich später als Thrombose, Diabetes, Ulcus.

Venenprobleme Eine Volkskrankheit frühzeitig aufgreifen

Hier gibt es eine präventive, gesellschaftliche Herausforderung, die sofort evident medizinisch von Hausärzten aufgreifbar ist und als gemeinsame hausfachärztliche Venen- und Gefäßprävention umsetzbar ist. In diesem Falle entscheidet sich der Orthopäde mit einem phlebologischen Ansatz innerhalb seiner Praxisstruktur dieses Venen- und Gefäß-Gesundheitszentrum zu integrieren und gemeinsam mit verschiedenen Hausärzten im Rahmen von Teilgemeinschafts-Praxisstrukturen anzubieten.

Cellulite- Aufgreifsymptom späterer, schwerer Leiden

Venen-Behandlungen mit gutem, nachgewiesenem Erfolg bringen ca. Euro 500,-- Umsatz, die bspw. im Verhältnis von 25% Hausarzt, 75% Facharzt teilbar sind, wenn man von einer mittleren Auslastung ausgeht. Jede höhere Auslastung führt dazu, dass die Hausärzte mit dem Facharzt Überschüsse angemessen erhöht verteilen können.

Zusammenarbeit Orthopäde – Zahnarzt

Hier bietet sich eine lange, nicht gesellschaftlich bewusste, aber medizinisch evidente Zusammenarbeit im Bereich von Kiefergelenk / Schienentherapie / Rückenschmerz / Wirbelsäulenbehandlung an. Hüftfehlstellungen oder Beinlängendifferenzen lassen sich mit modernen Schienen, entwickelt von Professor Gelb, New York, gemeinsam behandeln. Viele ungeklärte Kopfschmerzphänomene werden durch dieses gemeinsame Dienstleistungsangebot schnell und erfolgreich beendet.

Zusammenarbeit Hausarzt – Zahnarzt

Aufgrund historischer Entwicklungen werden in der Hausarztpraxis zahnmedizinische Probleme in den seltensten Fällen angemessen behandelt. Es ergeben sich aber sehr viele, gemeinsame Dienstleistungsmöglichkeiten in einem solchen Kompetenznetzwerk:

- Schnittstelle Kiefergelenk wegen ungeklärtem Kopfschmerz
- Schnarchen, Wirbelsäulenleiden
- Parodontose und Karies als Ernährungsproblem
- Allergien und Vergiftungsprozesse durch Metalle in Zähnen
- Präventions- und Ästhetikmaßnahmen im Bereich Prophylaxe, Bleaching, Verblendungen
- Festsitzender Zahnersatz als Lebensqualität.

Dieses Bewusstsein einer gemeinsamen Schnittstelle war noch in der alten DDR vorhanden, wo in den Polikliniken Haus- und Zahnärzte gemeinsam praktizierten. In Österreich war bis vor kurzem die zahnärztliche Ausbildung vom Grundsatz her zunächst die Ausbildung als Allgemeinarzt.

Zusammenarbeit Hausarzt – Augenarzt

Im Organ des Auges finden wir das einzige, nach außen einsehbares und diagnostizierbares Organ, das die tatsächliche Gefäßsituation widerspiegelt. Alles, was ein kompetenter Augenarzt im Auge sieht, bedarf der hausärztlich / internistischen Behandlung.

Insoweit sind Maßnahmen in den Bereichen Makula-Degeneration / Diabetes unverzichtbar. Inzwischen hat sich eine hochqualifizierte, augenärztliche Gefäßdiagnostik für Schlaganfall-Prävention entwickelt, wie auch für denkbare Herz-Kreislauf-Risiken. Dies geschieht durch eine moderne Gefäß-Fotoauswertung des Auges (Retina-Vessel-Analyzer).

Eine umfassend augenärztliche, konservative und operative Kompetenzgemeinschaft in der Präventivmedizin ist naturgemäß bei einer älter werdenden Gesellschaft eine ideale Kombination zwischen einer hausärztlichen und konservativ/operativen augenärztlichen Teilgemeinschaft.

Alle Beispiele verlangen aber eine völlig neue, ganzheitliche Betrachtung von Schnittstellen. An sich ein Gedanke, der auch der integrierten Versorgung im Kassensbereich zugrunde liegt.

Nur wenn spezifisch dafür ausgebildete Ärzte zur Verfügung stehen, können alle Beteiligten diese Schnittstellen sinnvoll privatmedizinisch als Teilgemeinschaft nutzen.

Mit solchen Modellen ergeben sich für alle Facharztgruppen neue Dimensionen kollegialen, regionalen Handelns.

Start mit der standortübergreifenden, medizinischen Kooperationsgemeinschaft

Stufe I

Im Folgenden gibt es zwei Aspekte, die genau auseinander gehalten werden müssen.

Will man ein gut funktionierendes, qualitativ hochwertiges, privatmedizinisches Kooperationsnetzwerk aufbauen, so gehören dazu:

- massive Fortbildung,
- Einbeziehung des Personales,
- extrem hoher Zeitaufwand,
- exakteste Erarbeitung von gemeinsamen Behandlungsschritten / Work-Flow und
- Übernahme einer Qualitätssicherung des Ergebnisses.

Ein solcher Aufwand ist aber – emotional gesehen – für den Arzt zunächst zu aufwändig und abschreckend.

Analog zur integrierten Versorgung kam es bei den ernsthaften Modellen der Vergangenheit nie zu einer Trendwende. Erst als die ersten, total vereinfachten, ökonomisch mit starken Anreizen versehenen Integrationsverträge (Light-Versionen) zur emotionalen Anreizstruktur auf den Markt kamen, entstand Dynamik. Ähnlich ist die Entwicklung jetzt wieder bei den privatmedizinischen Modellen. Die ernsthafte und anspruchsvolle Variante führt zu Zögern. Stellt man das neue Modell einer gut organisierten, auf Qualität und Fortbildung beruhenden, privatmedizinischen Kompetenzgemeinschaft für KHK, Diabetes etc. vor, erhält man eine seltsame, mehrdimensionale Reaktion.

Einerseits sehen bei einer individuellen Befragung von Workshop-Teilnehmern alle die positiven Chancen.

Andererseits sehen die Ärzte Risiken und individuelle Umsetzungshindernisse aufgrund ihrer eigenen, persönlichen und beruflichen Situation.

Ihre Engpässe sind

- Zeitengpässe,
- Ängste vor Erklärungen gegenüber Patienten wegen IGeL und neuen, anspruchsvolleren Strukturen,
- Konflikte, in einem Zeitpunkt zu handeln und Zeit zu investieren, wo es einem noch relativ gut zu gehen scheint.

Stufe II Intensivmodell

Darüber hinaus, so wird den anwesenden Kollegen mitgeteilt, gäbe es auf Wunsch eine Vertiefung, in der man sich mit entsprechender Intensität besonders spezialisieren wolle, sei es im Bereich KHK, Diabetes, Asthma, Tumorerkrankungen, Alzheimer etc.

Hier geht es um die Verpflichtung im Rahmen eines 3-Wochen-Rhythmus, um sich auf die gesellschaftlichen Veränderungen vorzubereiten und die Grundlagen eines optimal funktionierenden privatmedizinischen Kompetenznetzes für den Bereich Herz-Kreislauf etc. zu gründen. Dies umfasst:

- Gemeinsame IT-Verbindungen
- Entsprechendes Work-Flow-Konzept
- Internet-Portal für KHK etc.
- Gemeinsame Broschüre, Wartezimmer-Video-Clip, Gesundheitstage, Vortragstätigkeit
- Medizinische und kommunikative Schulung für das Personal
- Arbeitsgruppe für die Auswahl von Medikamenten
- Gespräche mit der Industrie, regionalen Apothekern, Sanitätshäusern, PKV und GKV
- Regelmäßige Fortbildung
- Überlegung einer gemeinsamen Zertifizierung der Abläufe / Qualitätsmanagement.

Kosten

Die Anwaltskosten pro Teilnehmer liegen bei Euro 280,00 für Gesellschaftsvertrag, Abklärung der notwendigen Anzeigen, Rechts-Untergespräche mit der Kammer, Voranfrage beim Finanzamt und Eintragung durch das Registergericht.

Die PVS Mannheim übernimmt die Stellung der Informations- und Dokumentationsnetzwerke, die Abrechnung und Gewinnverteilung.

H.-J. Schade
Rechtsanwalt

Brogie, Schade & Partner GBR
Rechtsanwälte
Sonnenberger Str. 16
65193 Wiesbaden
Tel.: 0611 – 180950
Fax: 0611 – 1809518
e-mail: bsp@arztrecht.de
www.arztrecht.de

Weitere Anschriften:

Privatärztliche Verrechnungsstelle Südwest GmbH (**PVS**)

Peter Gabriel, Geschäftsführer

C 8,9, 68159 Mannheim

Tel.: 0621/164 221, Fax: 0621/ 164 5221, e-mail: p.gabriel@pvs-mannheim.de

Dr. Jürgen Karsten, Steuerberater

Marktstraße 13, 35075 Gladenbach

Tel.: 06462 – 91720, Fax: 06462 – 917229, e-mail: dr.karsten@t-online.de

Anforderungskriterien an eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft – ggf. Teilgemeinschaft

Kriterienkatalog der Bundesärztekammer vom 24.11.2005

Vorwort:

Neben ihrer bisherigen Tätigkeit in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen an einem Standort können Ärzte und Zahnärzte in Zukunft auch standortübergreifend an mehreren Gesellschaften beteiligt sein oder ortsübergreifend Leistungen einzeln oder im Block erbringen.

Nimmt die niedergelassene Ärzteschaft diese Möglichkeit wahr, kommt es im privatmedizinischen Bereich zu größeren Zusammenschlüssen. Diese können medizinische Kompetenzen einzelner Partner besser nutzen.

Der investierende Spezialist kann die Kommunikationspotentiale der anderen Praxen fachgleich oder fachübergreifend nutzen. Soweit können unter anderem Hausärzte, Gynäkologen, Orthopäden untereinander Leistungen für alle Patienten der Gemeinschaft anbieten. Sie können aber auch fachärztliche Kompetenzen über die Hausärzte gemeinsam anbieten.

Innerärztliche Verschärfung des Wettbewerbs

Da die Neuerungen ohne ausführliche Diskussion der Möglichkeiten vom Deutschen Ärztetag und den Landesärztekammern beschlossen wurden, gab es im Verlauf des Jahres 2005 intern erbitterte Auseinandersetzungen in den Vorständen der Ärztekammern über die Gestattung solcher Dienstleistungsangebote.

Die für die Ärztekammern tätigen Juristen hatten die Schwierigkeit, keine Kriterien der Abgrenzung zu haben. So wie die Rechtsstruktur ursprünglich angelegt war, hieß der Leitsatz:

„Eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft ist genauso zu betrachten wie eine Gemeinschaftspraxis an einem Standort.“

Im Rahmen der innerhalb der Kammern entstehenden Konflikte wurden Anträge von Ärzten auf berufsrechtliche Bewertung der vorgelegten Verträge nicht bearbeitet. Es kam auch häufig vor, dass die Kammern primär nur zu jeder neuen Überlegung „erhebliche Bedenken“ äußerten. Sie versuchten mit der eingebrachten Begrifflichkeit „erhebliche Bedenken“ zu verhindern, dass die neuen Rechtsregelungen von den interessierten Ärzten/Arztgruppen umgesetzt wurden.

Einzelne Juristen sprachen dabei schon von verfassungswidrigen Eingrenzungen der Berufsausübungsfreiheit.

Aus diesem Grunde sind die neuen Richtlinien nachhaltig zu begrüßen, weil sie eine eher verlässliche Grundlage für die Ausgestaltung und Prüfung solcher Vertragskonstruktionen geben.

Ursprüngliches berufspolitisches Ziel der Kooperationsförderung

Ziele sind u.a.

- Stärkung der Kooperation von Ärztinnen und Ärzten untereinander
- Möglichkeit der Zeiteinteilung von Arbeitszeiten
- Nutzung von Synergieeffekten der regelhaften Zusammenarbeit verschiedener Fachgebiete
- Verbesserung der Position im Wettbewerb

- Ausgleich von Wettbewerbsvorteilen medizinischer Versorgungszentren

Was ist eine Berufsausübungsgemeinschaft?

Eine legale Definition der Berufsausübungsgemeinschaft gibt das Berufsrecht nicht. Die Bundesärztekammer zog bisher die Parallelen zu der individuellen Gesamtbetrachtung, die für eine Gemeinschaftspraxis / ein Gesellschaftsverhältnis im Zivil- und Steuerrecht zu ziehen sind.

Deshalb formuliert der Richtlinienkatalog wie folgt:

„Die berufsrechtliche Bewertung deckt sich mit der gesellschaftsrechtlichen Betrachtung, bei der im Wege einer Gesamtschau der Regelungen des Gesellschaftsvertrages der Gesellschaftszweck ermittelt wird. Es ist jeweils eine Einzelprüfung vorzunehmen“

Hierbei ist sprachlich zu berücksichtigen, dass die „gemeinsame Berufsausübung“ als virtuelles Konstrukt verstanden werden kann und nicht die im Sinne des physischen Zusammenwirkens zweier Ärzte an einem Standort ausgeübte Tätigkeit verlangt.

Bei der Bewertung des Gesellschaftszwecks – so die Richtlinien – muss auch von Seiten der Ärztekammer berücksichtigt werden, dass Kooperationen erleichtert werden sollten.

Die in der Gesamtschau zu bewertenden Kriterien

- Bedeutsam ist der Wille zur gemeinsamen Berufsausübung in einer auf Dauer angelegten, systematischen Kooperation
- Ferner wird ein schriftlicher Gesellschaftsvertrag verlangt, der den Willen/die bekundete Absicht hinsichtlich Rechten und Pflichten der Gesellschafter darstellt wie
 - Höhe der Einlage
 - Regelungen zur gemeinschaftlichen Entscheidung

- Gewinnerzielung auf der Ebene der Gesellschaft

- Transparenzerfordernis durch Verpflichtung zur Ankündigung auf Praxisschild und Briefkopf
- Behandlungsvertrag und Abrechnung im Namen der Gesellschaft
- Erfordernis eines gemeinsamen Patientenstammes mit Zugriffsmöglichkeit jeden Partners auf die gemeinsame Patientenkartei
- Beteiligung an unternehmerischen Chancen und Risiken eingebettet in eine grundsätzlich prozentuale Gewinn- und Verlustbeteiligung
- Beteiligung an Investitions-, Personal- und Strategieentscheidungen
- Gemeinschaftliche Neuaufnahme von Gesellschaftern

Konfliktfeld: Überörtliche Teilgemeinschaft mit Laborärzten/Pathologen

In der Vergangenheit kam es häufig zu berufsrechtlichen Konflikten, weil im Rahmen der Zuweiserbindung Laborärzte und Pathologen den Zuweisern ökonomische Anreize angeboten haben, die den Tatbestand einer verbotenen Zuweisung gegen Entgelt erfüllten.

Aus diesem Grunde formuliert die Richtlinie deshalb wie folgt:

„Bei allen Kooperationsformen muss, wenn die genannten (gesellschaftsrechtlichen) Kriterien *nicht erfüllt* sind, geprüft werden, ob die Vereinbarung einer „Kooperation“ nicht gegen das berufsrechtliche Verbot der Zuweisung gegen Entgelt (§ 31 MBO) verstößt.

Im Jahre 2005 war innerhalb der Kammern und der Ärzteschaft sowie auf Tagungen der Laborärzte/Pathologen die Angst aufgetaucht, bisher zuweisende Ärzte könnten die Rechtsfigur der Teilgemeinschaft missbrauchen, um unangemessene, ökonomische Vorteile von den bisher die Aufträge entgegen nehmenden Laborärzten/Pathologen zu erzwingen. Aus diesem Grunde ist es empfehlenswert, bei all solchen Verträgen sich von vornherein mit den Ärztekammern in Verbindung zu setzen, um abzuklären, wie solche möglichen Bedenken

schon im Vorgespräch bei der Gestaltung des Vertragskonzeptes ausgeschaltet werden können.

Das bedeutet im Einzelnen, auch im Zusammenwirken zwischen patientenbezogenen Arztgruppen und primär nichtpatientenbezogenen Praxen von Laborärzten/Pathologen muss der Vertrag im Namen der gemeinsamen Teilgemeinschaft geschlossen werden. Es ist eine gemeinsame Aufklärungsvereinbarung zu unterschreiben.

Der den Patienten einbringende, auftraggebende patientenbezogene Gesellschafter muss in der gemeinsamen Abrechnung gegenüber dem Patienten im Namen der Teilgemeinschaft eine Beratungsleistung (Blutentnahme als Beispiel) abrechnen. Der Laborarzt/Pathologe seine jeweils vereinbarten Auftragsleistungen.

Hierbei muss es zu einer Gewinnverteilung kommen, die zunächst gleichartig alle beteiligten Gesellschaften zufrieden stellt, bevor es darüber hinaus zu einer modifizierten Gewinnabsprache kommt, die sowohl die Leistungen des einbringenden, wie auch des den Auftrag abwickelnden Gesellschafters berücksichtigt. Hierbei ist immer - wie die Richtlinien betonen - der Zugriff auf eine gemeinsame Patientendatei erforderlich und sinnvoll. Weiterhin sinnvoll wird es in Zukunft sein, sich hierbei bestimmter gemeinsamer Informationstechnologien zu bedienen und einer entsprechend programmierten Abrechnungssoftware, die darüber hinaus sicherstellt, dass der Steuerberater der Teilgemeinschaft die Abrechnung hierauf kostengünstig abwickeln kann.

Zusammenfassung:

Trotz der scheinbar liberalen Formulierung der Richtlinien werden im Innenverhältnis die Ärztekammern bemüht sein, Berufsausübungsgemeinschaften so restriktiv wie nur möglich zu handhaben.

Sie werden dabei eine ordnungspolitische Konzeption verfolgen, die die Vertragstexte nicht unmittelbar ablehnt, sondern formuliert, dass gegen den jeweiligen Gesellschaftszweck „erhebliche Bedenken“ bestehen.

Die beteiligten Ärzte müssen dabei erkennen, dass die verwandte Wortwahl an sich nur eine psychologische Abschreckungsfunktion hat. Die Aufgabe einer Ärztekammer ist entweder zu sagen, dass ein Vertragstext zulässig ist oder nicht. Sollte die Kammer ihn ablehnen, was die beste und schnellste Lösung ist, könnte in einem nachfolgenden Verfahren sehr schnell geprüft werden, ob die Schlussfolgerung der Rechtswidrigkeit/Sittenwidrigkeit/Nichtigkeit eines Vertragszweckes gegeben ist, beispielsweise weil nach Meinung der Kammer ein Fall von § 31 MBO vorliegt.

H.-J. Schade, Rechtsanwalt
in Broglie, Schade & Partner GBR
Rechtsanwälte

Sonnenberger Str. 16, 65193 Wiesbaden
Tel.: 0611/180950, Fax: 0611/1809518

Viktoriastrasse 9, 80803 München
Tel.: 089/33037731, Fax: 089/33037732

bsp@arztrecht.de / www.arztrecht.de

Per Telefax: 0611 / 1809518

- Hiermit melde ich mich an für ein Hintergrundgespräch zum Preis von EUR 390,-- zzgl. MwSt. und ggf. Fahrtkosten**
- Ich wünsche einen regionalen Workshop mit Kollegen „Neues ärztliches Berufsrecht“ zum Preis von EUR 950,00 (2 ½ Std. Zeitaufwand) zzgl. MwSt. und Fahrtkosten**

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: _____