

Redaktionelle Klarstellung der Ärztekammern

Gründung privatmedizinischer Teilberufsausübungsgemeinschaften

Verschiedene Landesärztekammern haben eine neue Empfehlung des Berufsrechtsausschusses der Bundesärztekammer übernommen, die jetzt mehr Klarheit und Rechtssicherheit bei zwei- oder mehrseitigen privatmedizinischen Teilberufsausübungsgemeinschaften gibt (s. Info).

Hintergrund

Die ausführliche Klarstellung der Kammern war erforderlich gewesen, weil an die Kammern Vertragskonzepte herangetragen wurden, die entweder nicht den berufsrechtlichen oder steuerlichen Anforderungen an eine Gesellschaft entsprachen, oder von Umständen geprägt wurden, die aus der Sicht der Kammern ordnungspolitisch nicht vertretbar waren. Wie aus dem neuen Text deutlich (s. Info), wollten Ärzte insbesondere an Leistungen von Laborärzten oder Radiologen beteiligt sein, ohne dass sich die historische Arbeitsteilung inhaltlich verändert hätte.

Der Arzt schreibt im kurativen Bereich eine Überweisung. Er klärt den Patienten nicht über die gemeinsame Gesellschaft auf. Es wird auch kein eigener Beratungsbeitrag über die Gesellschaft eingebracht. Dennoch erwartet der zuweisende Arzt, dass der Radiologe die neutral zugewiesene Leistung über die Teilgemeinschaft abrechnet und er dann über eine Gewinnbeteiligung an der Zuweisung partizipiert. Hierin sehen die Kammern naturgemäß eine Umgehung des alten Verbotes der Zuweisung gegen Entgelt. Weder der zuweisende Arzt noch der erbringende Arzt erbringen eine nach Außen erkennbare andersartige, gemeinsame Dienstleistung gegenüber dem Patienten.

Systematische Darstellung notwendig

Mit der Neufassung der Texte zu dem Thema Teilberufsausübungsgemeinschaften kommt es zu mehr Vertragssicherheit. Die Kammern bewerten dazu nicht nur den formellen Vertragstext. Oftmals ist es auch empfehlenswert, im

Vorfeld im Rahmen einer Anhörung die Hintergründe des Konzeptes darzustellen. Ferner ist es zielführend, in einem Anschreiben an die Kammer die medizinischen, gemeinsamen Heilkundezwecke, die tatsächlichen, andersartigen Prozessabläufe und die Begründung für die getroffene Gewinnabrede darzustellen. Dies ist das, was im Text als „Gewinnverteilung aufgrund höchstpersönlicher erbrachter Leistungen“ formuliert ist. Nur auf diese Weise ist sichergestellt, dass die notwendigen, zukünftigen Kooperationsmodelle nicht von vorneherein von Seiten der Medien als missbräuchliche Gestaltungen abqualifiziert werden.

Insbesondere ist es vorgekommen, dass Ärztegruppierungen versucht haben, Laborärzte zu veranlassen, unterhalb des einfachen Satzes der GOÄ zu wirtschaften und damit selbst in Existenznot zu kommen. Gleichzeitig gab es Tatbestände, dass die Kammern befürchten mussten, dass in einer Region durch den Zusammenschluss von Ärzten jede Form von Wettbewerb und Wahlfreiheit der Patienten ausgeschaltet wurde. Darüber hinaus liegt insbesondere bei erstattungsfähigen, kurativen Leistungen der Verdacht nahe, dass es zu nicht notwendigen Verordnungen kommt. Dies wäre nur dann ausgeschaltet, wenn es z.B. ein von der Privatärztlichen Verrechnungsstelle (PVS) entwickeltes Modul gäbe, was jede Abweichung von der Norm aufdeckt, wie es die Auffälligkeitsprüfung im Kassenarztbereich automatisch vorsieht.

Hohe Sensibilität bei den Medien

Keine andere Freiberuflergruppe hat so stark die Möglichkeiten der Kooperation innerärztlich erweitert, wie das neue liberalisierte Berufsrecht. Dies ist auf der einen Seite ein berufspolitischer Hinweis

der Kammern an ihre Mitglieder zu kooperieren. Dennoch wird in der innerärztlichen Diskussion – über die behauptete schlechte wirtschaftliche Situation – oft übersehen, wie gerade die Ärzteschaft unter der Aufmerksamkeit von Verbraucherschützern, Krankenkassen, Krankenhäusern und politischen Parteien und sensationsdurstigen Journalisten steht.

Zuweisung gegen Entgelt – Das Abgrenzungsmerkmal

§ 31 Musterberufsordnung (MBO) lautet: „Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten oder Untersuchungsmaterial ein Entgelt oder andere Vorteile sich

Info

Beispiel der Neufassung durch die Hessische Ärztekammer auf der Basis der Delegiertenversammlung vom 25.11.2006: „Der Zusammenschluss zur gemeinsamen Ausübung des Arztberufes kann auch zum Erbringen einzelner Leistungen erfolgen (Teilberufsausübungsgemeinschaft), sofern er nicht einer Umgehung des § 31 (Zuweisung gegen Entgelt) oder anderer Vorschriften der Berufsordnung dient. Eine Umgehung liegt insbesondere dann vor, soweit sich der Beitrag des Arztes auf das Erbringen medizinisch-technischer Leistungen auf Veranlassung der übrigen Mitglieder einer Teilgemeinschaft beschränkt oder der Gewinn ohne Grund in einer Weise verteilt wird, welcher nicht dem Anteil der persönlich erbrachten Leistungen entspricht. Verträge sind der Kammer vorzulegen.“

versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.“

Historische, rechtliche Ausgangssituation

Bis zum Jahre 2004 galt das Prinzip der Begrenzung ärztlicher Kooperationen auf nur einen Standort mit der mehrheitlichen Ausprägung als Einzelpraxis. Das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt hatte mehrere Begründungsebenen:

- ▶ Der Patient sollte an einen jeweils geeigneten Kollegen zur Weiterbehandlung im Rahmen der notwendigen Facharzhierarchie verwiesen werden, ohne im Hintergrund mitschwingende ökonomisch mitsteuernde Beweggründe eines zusätzlichen Geldwertenvorteils.
- ▶ Der Patient sollte sich sicher sein, dass es nicht gerade zu dieser Überweisung aus verdeckten Motiven kommt.
- ▶ Gleichzeitig sollte dadurch sichergestellt werden, dass es nicht durch solche Geldflüsse zu den Wettbewerb verzerrenden Strukturen kommt.

Neues Berufsrecht geht von überörtlicher Kooperation und Wettbewerb aus

Das neue Berufsrecht geht nunmehr davon aus, dass neben der Einzelpraxis an einem Standort die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft einen zentralen Stellenwert gewinnt. Ein besonderes berufspolitisches Anliegen ist es, dass es durch fachgleiche und interdisziplinäre überörtliche Zusammenschlüsse zu einer gewissen lokalen Marktmacht kommt. Diese soll sicherstellen, dass es nicht zu Marktbedingungen kommt, die Ärzte benachteiligen, weil auf der anderen Seite Krankenkassen Sonderverträge anbieten zu schlechten Preisen oder dass Krankenhäuser und sonstige Investoren ambulante Arztketten aufbauen, die den freiberuflich kooperativen Gedanken vom Markt verschwinden lassen.

Somit ist es mit dem neuen Berufsrecht möglich, dass Ärzte verschiedener Standorte hintereinander geschaltet, gegenüber dem Patienten in einer Versorgungskonzeption auftreten. Das gemeinsame Ziel ist es, aus bisher getrennten Struktu-

ren durch verabredete Schwerpunktbildung, elektronische Vernetzung, abgestimmte Investitionen eine neuartige, in sich geschlossene Dienstleistung über mehrere Standorte mit einem Mehrwert für den Patienten und für die Arztpraxis und die beteiligten Gesellschafter zu entwickeln.

Wenn die Arztpraxis sich nicht um eine Vernetzung und ein gezieltes Zusammenwirken kümmert, kommt es in jeder Stufe einer Überweisungs-Betreuungskette zu Defiziten wie: Bei jeder Betreuungsstufe entsteht eine neue Anamnese, dennoch fehlen oft Informationen über Medikamente, sonstige Labor- und Diagnostikbefunde, Erfahrungen des Arztes aus der Vergangenheit.

In jeder Stufe kommt es zu verteuerten Doppeluntersuchungen und durch andersartige Bewertungen im Rahmen von Informationsverlusten ggf. auch zu gesundheitsgefährdende Medikamentenverordnungen/sonstigen Behandlungsschritten. Neben den Informationsverlusten und dem erhöhten Zeitaufwand braucht oft ein Krankenhaus zwei Tage mehr zu wiederum überflüssiger Abklärungsdiagnostik, bei der man theoretisch auf hausärztliche und fachärztliche Vorkenntnisse hätte zurückgreifen können.

Die überörtliche Zusammenarbeit eröffnet also eine inhaltlich völlig andersartige Struktur der Zusammenarbeit, wie sie bei dem heimlichen Delikt der Zuweisung gegen Entgelt inhaltlich vorliegt. Bei der gewerblichen, mehrwertsteuerpflichtigen Verprovisionierung eines unzulässigen Geldflusses bezüglich der Zuweisung eines Patienten bleiben die Praxen getrennt. Die Praxen treten im Rechtsverkehr nicht gemeinsam auf, sie haben ihre Ablaufstrukturen nicht untereinander modifiziert, sie haften nicht gemeinsam, es kommt nicht zu einem zusätzlichen Datenaustausch oder einer Absprache über Investitionen, Personalschulung, gemeinsame medizinische Konzepte. Kennzeichnend also sind mangelnde Arbeitsteilung, mangelnde Investitionskonzepte, Informationsverluste und Doppeluntersuchungen.

Teil 2 erscheint in der nächsten Ausgabe

*H.-J. Schade, Rechtsanwalt
Brogie, Schade & Partner GBR, Wiesbaden
Internet: www.arztrecht.de*