

Vision goes reality

Aktiv als Radiologe medizinisch und unternehmerisch standortübergreifend gestalten können

Das GMG und das Neue Berufsrecht als Motor für regionale und überregionale Expansions- und Konzentrationsprozesse

Schlüsselthese:

Mit dem neuen Berufsrecht können sich Radiologen jetzt zum ersten Mal offen horizontal und standortübergreifend bundesweit vernetzen.

Dadurch ergeben sich Kostenspareffekte, Spezialisierungsmöglichkeiten und GKV-Steuerungsmöglichkeiten.

Daneben ist es möglich, sich vertikal zu Diagnostik- und Therapie-Kompetenzpartnerschaften mit Zuweisern im Bereich der Privatmedizin zu verbinden.

Somit entsteht eine bisher nicht mögliche Integration von Abläufen, die die Prozess- und Ergebnisqualität optimiert, dem Patienten dient und für den Beteiligten neue Vertriebswege und angemessene ökonomische Anreize und Freiräume schafft.

Gesundheitspolitischer Auslöser

Das GMG will die bisherigen, tradierten, abgegrenzten sektoralen Behandlungsstrukturen aufbrechen. Ziel sind an Schnittstellen orientierte, neue Behandlungsabläufe, Aufdecken von Rationalisierungsreserven und neue Anreize in der Vergütung.

Das Berufskonzept, bisher sehr auf Erhaltung von historischen Einnahmestrukturen und das Leitbild der Einzelpraxis abgestimmt, wird auf Druck des Gesetzgebers und jetzt auch mit Willen der Ärzte **revolutionär** verändert. Es wird transparenter, flexibler, dynamischer und wesentlich **wettbewerbsorientierter**.

MAXIMILIAN GUIDO BROGLIE
RECHTSANWALT, FACHANWALT FÜR SOZIALRECHT,
REGISTERED FOREIGN LAWYER, LONDON, UK
ZUGELASSEN BEIM KAMMERGERICHT BERLIN

STEFANIE PRANSCHKE-SCHADE
RECHTSANWÄLTIN, MEDIATORIN,
ZUGELASSEN AUCH BEIM OLG FRANKFURT

HANS-JOACHIM A. SCHADE
RECHTSANWALT ZUGELASSEN AUCH BEIM OLG MÜNCHEN
UND BEIM BAYRISCHEN OBERSTEN LANDESGERICHT

STEFANIE KONRAD
RECHTSANWÄLTIN ZUGELASSEN AUCH BEIM OLG FRANKFURT

TATJANA PROCHNOW
RECHTSANWÄLTIN ZUGELASSEN AUCH BEIM OLG FRANKFURT

DIRK R. HARTMANN
RECHTSANWALT ZUGELASSEN AUCH BEIM OLG FRANKFURT

ANDREW R. LOCKHART-MIRAMS
ENGLISH SOLICITOR
EUROPÄISCHER RECHTSANWALT

ARWED HESSE
RECHTSANWALT ZUGELASSEN AUCH BEIM OLG MÜNCHEN
UND BEIM BAYRISCHEN OBERSTEN LANDESGERICHT

IN KOOPERATION MIT:
VON SCHMIDT-PAULI & PARTNER, MÜNCHEN
WIRTSCHAFTSPRÜFER ♦ STEUERBERATER

LOCKHART SOLICITORS, LONDON, UK
PRIVY COUNCIL AGENTS

KV und EBM – ein Auslaufmodell

Im GMG wird klar darauf hingewiesen, dass spätestens 2007 – gerade für die Fachärzte – unmittelbare Vereinbarungen mit den Krankenkassen geschlossen werden sollen.

Der EBM wurde mit

- Plausibilitätsprüfung,
- Zeitvorgaben,
- Festlegung des maximalen Einkommens pro Zulassung vor Steuern von Euro 95.000,--

bewusst **unattraktiv** gemacht.

Neue, unmittelbar mit den Krankenkassen ausgehandelte Konzepte für die radiologische Versorgung größerer Regionen als neues Wettbewerbselement sind Wunsch des Gesetzgebers.

Das kann nur dann zu einer Preissenkung führen, wenn

- die unternehmerischen Einheiten größer sind,
- Investitionen umfassender genutzt werden können,
- Verbilligungen bei Einkauf, Wartung und Betriebskosten entstehen und
- sich gleichzeitig **neue Märkte** im Bereich der Privatmedizin im Sinne erweiterter, privater, zusätzlicher Absicherung von GKV-Patienten oder durch selbst zu zahlende Früherkennung erschließen.

MVZ – Symbol für neuartige Eigentümer- und Dienstleistungs-Konstellationen

Um die Monopolstellung der niedergelassenen, freiberuflich auf die Einzelpraxis festgelegten Ärzteschaft zu brechen, schuf man über das bundeseinheitlich geltende **Sozialrecht** ein neues Versorgungsmodell nur für Kassenpatienten.

Die Rechtsfigur des medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) war eine Notlösung des Bundesgesetzgebers, weil sich die Ärztekammern in der Vergangenheit weigerten, den Ärzten – entgegen dem Wunsch des Gesetzgebers – mehr standortübergreifende Kooperationsmöglichkeiten zu geben.

Der Gesetzgeber griff zu einer Ausnahmeregelung und schuf ausschließlich für das Kassenarztwesen das Rechtsmodell einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis, die **Angestellte** haben kann und der auch nicht-ärztliche Gründer wie Krankenhäuser oder Apotheker angehören können.

Jeder kann indirekt mitmischen

Grundidee ist, dass sich jeder Finanzinvestor aus Pharmaindustrie, Medizintechnik oder Bankwesen über ein von ihm erworbenes **Krankenhaus** nun eine Versorgungsstruktur im niedergelassenen Sektor aufbauen kann.

Betriebsgesellschaft als Muster

Zwar ist das MVZ ein nur für einen Standort fachübergreifendes Konstrukt. Die Eigentümer können aber eine Betriebsgesellschaft bilden, die an mehreren Standorten Infrastrukturen schafft. Sie können sich als Gründer an einer unbestimmten Anzahl medizinischer Versorgungszentren beteiligen.

Merkmal „fachübergreifend“ soll fallen

Um die Gründung dieser medizinischen Versorgungszentren zu erleichtern erwägt der Gesetzgeber bzw. das Gesundheitsministerium schon jetzt, im nächsten Jahr auf das Merkmal einer fachübergreifenden Leistungserbringerschaft zu verzichten.

Der Grund liegt darin, dass Kassenärztliche Vereinigungen versuchen, medizinische Versorgungszentren, bspw. zwischen Kardiologen und Gastroenterologen, zu verhindern mit der Behauptung, es sei nur eine Ausprägung der inneren Medizin.

MVZ mit Angestellten – Wesentlich höhere Flexibilität

Niedergelassene Ärzte können im Rahmen der Bedarfsplanung ihre Zulassung einem MVZ zur Verfügung stellen und ihre Leistungen unter der Zulassungsnummer des MVZ abrechnen lassen. Darüber hinaus werden Ärzte zum ersten Mal als Angestellte an dieser neuen Rechtsfigur teilnehmen.

Angestellte bei Personengesellschaften

Eine Personengesellschaft muss nicht immer mit der Rechtsfigur des Partners ohne Kapital arbeiten. Das ist deshalb nachteilig, weil hier extreme Mitbestimmungs- und Einsichtsrechte in die Gewinn- und Verlustrechnung existieren.

Da auch ein angestellter, zugelassener Arzt nun das volle Abrechnungsvolumen bekommen kann, ist dies ein wesentlicher Vorteil. Umstritten ist nur, ob der angestellte Arzt auf ewig auf seine Zulassung verzichten muss und die Zulassung somit nicht wieder mitnehmen kann, wenn er nicht mehr als Angestellter arbeiten möchte.

Wird der Arzt als Angestellter integriert, ist die Gesellschaft Inhaber der Zulassung. Sie bedient sich dann zur Erbringung der kassenärztlichen Leistung einer entsprechend qualifizierten Arztperson.

MVZ an EBM / KV-Regeln gebunden

Das MVZ ist bei der Abrechnung an den EBM bzw. das KV-System gebunden, soweit nicht direkte Abrechnungsmöglichkeiten mit der GKV gegeben sind.

Krankenhäuser werden Nischen besetzen

Hochtechnologische Leistungsbilder werden der erste, zentrale Einstieg des Krankenhaussektors in den niedergelassenen Arztbereich sein. Die ärztlichen Körperschaften wie die KV'en sehen das äußerst ungern, weil damit dem niedergelassenen Sektor keine weiteren Geldvolumen zur Verfügung stehen und der Punktwert durch die Erweiterung der Leistungsmenge gedrückt wird.

Neue Einkommensfelder – außerhalb der GKV – aufbauen

Damit wird aber deutlich, wie wichtig es ist, Stabilität zu erreichen durch einen Ausgleich im privatmedizinischen Bereich.

Dieser Bereich wird wachsen durch die Entscheidung des Gesetzgebers, jedem GKV-Versicherten eine **private Zusatzversicherung** zu gestatten. Gleichzeitig wird das Bewusstsein anspruchsvoller Gruppen der Bevölkerung (ca. 55%) wachsen, sich selbst eigenverantwortlich mit Prävention zu beschäftigen und Hochtechnologie als Früherkennung einzusetzen.

Aspekte künftigen Punktwertverfalls

1. Neu eingeführte und erhöhte Vergütung für Psychotherapeuten
2. Ost-West-Ausgleich
3. Kosten für die Einführung und Unterhaltung neuer Prüfausschüsse
4. Kosten für neue Chipkarten
5. Kosten für Qualitätssicherungsmaßnahmen der KV
6. Neue Leistungsbilder im High-Tech-Bereich und in der Onkologie, die in Zukunft vom niedergelassenen Sektor bezahlt werden sollen.

Kompensation von Verlusten, Kostensenkung und neue Einnahmefelder

Damit ergeben sich folgende Optionen:

- Gemeinschaftspraxen bilden, die der EBM an einem Standort vertragsmäßig begünstigt,
- Kosten für Einkauf, Personal und Miete senken,
- privatmedizinische Leistungen kurativ und präventiv konsequent ausbauen.

Zentraler Beschleuniger: Neues, standortübergreifendes, kooperatives Berufsrecht

In Erkenntnis der neuen, strategischen Möglichkeiten für Krankenhäuser und Krankenkassen entstand innerhalb der Ärzteschaft die Einstellung, von der sehr geübten Defensiv- und Hinhaltenaktik abzugehen. Die Konsequenz ist ein revolutionäres, berufspolitisches, wettbewerbsorientiertes Berufsrecht.

In allen offiziellen Publikation wie z. B. „Deutsches Ärzteblatt“ und „LÄK-Blätter“ wurde bisher jede umfassende Diskussion der neuen Möglichkeiten vermieden. Man hat Angst, dass die eigene Ärzteschaft so stark vor den Möglichkeiten erschrickt, dass sie weiterhin im alten Status quo verharrt.

Das würde aber wiederum dem aggressiven Modell des MVZ's die Möglichkeit geben, weiteres Terrain zu erobern.

Die neuen Rechtsregeln im Überblick

17 Niederlassung und Ausübung der Praxis

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

§ 18 Berufliche Kooperation - 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 Zusammenarbeit gleich in welcher Form, hat jeder Arzt zu gewährleisten, dass die **ärztlichen Berufspflichten** eingehalten werden.*
3. *Die Zugehörigkeit zu mehreren Berufsausübungsgemeinschaften ist zulässig. Die Berufsausübungsgemeinschaft erfordert einen gemeinsamen Praxissitz. Eine Berufsausübungsgemeinschaft mit mehreren Praxissitzen ist zulässig, wenn an dem jeweiligen Praxissitz verantwortlich mindestens ein Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft hauptberuflich tätig ist.*

§ 23 a 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

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.

Hinweis:

Berufsrecht kann Vertragsarzt- bzw. Sozialrecht nicht aufheben!

Es gilt bei der folgenden Darstellung darauf zu achten, dass das bisherige Vertragsarztrecht **nicht** durch das Berufsrecht geändert wird. Insbesondere gibt es nicht die Möglichkeit, für eine standortübergreifende Berufsausübungsgemeinschaft die Zuschlagsregelung für Gemeinschaftspraxen des EBM zu beanspruchen.

Der Begriff „**Gemeinschaftspraxis**“ ist der historisch, **sozialrechtlich** geprägte Begriff für einen Zusammenschluss an nur einem Standort, nämlich dem zugelassenen Vertragsarztsitz.

Das Besondere des Berufsrechts ist, dass nicht erschwerend hinzukommt, nur Kooperationsmodelle wie beim MVZ fachübergreifend bilden zu können.

Schnelle, fachgleiche Verflechtungsmöglichkeit

Jeder Radiologe kann sich an einer anderen Praxis beteiligen, unabhängig davon, ob diese radiologisch, nuklearmedizinisch, neurologisch, kardiologisch oder gastroenterologisch geprägt ist. Jeder Arzt kann mit jedem Arzt fachgleich und fachübergreifend kooperieren, primär in den Rechtsformen BGB-Gesellschaft und Partnerschaftsgesellschaft.

Bundeseinheitlich wird frühestens in 2 Jahren die Rechtsmöglichkeit gegeben sein, sich auch mit den anderen Rechtsformen wie GmbH, AG bundesweit im Rahmen des Berufsrechts zu bewegen.

Horizontale, standortübergreifende, fachhomogene oder fachübergreifende Beteiligungsmodelle

Wichtig ist zunächst die Möglichkeit unternehmerischer Beteiligung von Ärzten, unabhängig von Praxisgebilden, in denen sie bisher ausschließlich tätig waren, an anderen Praxen.

So können kapitalstarke Seniorpartner auch **ohne** unmittelbare Einbeziehung ihrer Mutter-Sozietät neue Beteiligungsstrukturen schaffen. Mit oder ohne Kapital können sie ihr medizinisches Wissen, ihre Management-Kompetenz, ihre Behandlungsfunktion oder ihr Beziehungsnetzwerk in andere Praxen zu deren Nutzen mit einbringen.

Damit wird es möglich, Patientenströme im GKV-, PKV- und Selbstzahlerbereich umzusteuern, um jeweils modernste Geräte oder neue Konzepte nutzen zu können.

Ausgleich über Gewinnabreden

Die notwendigen, ökonomischen Ausgleichspositionen werden innerhalb der jeweiligen Gewinnabreden geschaffen. Das geht allerdings nur dann, wenn die jeweils von diesen Entscheidungen betroffenen Mutterpraxen und deren Partner einem solchen, strategischen Verhalten zustimmen.

Wachstumsfaktor: Außen-Sozietäten ohne Kapitalverschmelzung

Ein sehr schnelles Mittel, zwischen verschiedenen radiologischen Praxen eine **gemeinsame, strategische Linie** zu finden sind so genannte „**Außen-Sozietäten**“. Sie gestatten es, dass die verschiedenen Standorte mit ihren ideellen und materiellen Werten und ihren bisherigen Buchhaltungs- und Rechnungssystemen völlig unangetastet bleiben. Sie werden nur verbunden durch eine Sozietät, die die beteiligten Praxen im Außenverhältnis gemeinsam auftreten lässt. Verschiebungen von Patientenströmen etc. werden durch Gewinnbeteiligungsmechanismen besonders gestaltet.

Vorgezogene Praxisübernahmen

Interessant ist, Praxen von Kollegen, die in den nächsten 5 Jahren aufgeben wollen, schon in eine solche Sozietät einzubinden.

Man kann den Kollegen die Zusicherung geben, Investitionen und Vertretung für Urlaub und Fortbildung zu übernehmen. Damit kann man die Fiktion maximaler Selbstständigkeit und Unabhängigkeit mit den Vorteilen eines kooperativen, großen Netzwerkes verbinden.

3-Monats Gemeinschaftspraxis bilden

Wenn die jeweilige Praxis dann ihre Zulassung aufgeben will, wird vorübergehend für 3 Monate der Standort verlagert und eine weitere Gemeinschaftspraxis für einen kurzen Zeitraum gebildet. So kommt es nicht zur Ausschreibung des Praxissitzes.

Unter diesem Aspekt kann sehr schnell ein Konzentrationsprozess für High-Tech-Diagnostik entstehen, indem sich Radiologen, Nuklearmediziner, Neurologen, Kardiologen und Gastroenterologen zusammenschließen.

Selbstständig und kooperativ

Sie können einerseits maximal selbstständig bleiben, andererseits können sie neue Hochtechnologien gemeinsam erwerben. Die Rechtsfigur der Außen-Sozietät gibt hier ein Maximum an flexiblen Gestaltungsmöglichkeiten, weil die Buchhaltungssysteme und die Gewinnstrukturen der einzelnen Einheiten weiterhin als selbstständige Profitcenter geführt werden können.

So wenig Bindung wie möglich

Großzügige und flexible Kündigungsfristen ermöglichen eine Testphase des Zusammenwirkens, ohne dass durch Kapitalverschmelzungs- und Gewinnveränderungsprozesse psychologische Hürden aufgebaut werden.

Als gleichberechtigte Filialkette kann man nun mit wesentlich höherer Marktnachfrage im Rechtsverkehr auftreten. Das hat Bedeutung gegenüber Krankenhäusern, GKV-Krankenkassen, Privat-Krankenversicherern und unter den Aspekten Einkauf, Personalrekrutierung, gemeinsamer Geschäftsführer für mehrere Standorte etc.

Man kann so Investitionen besser ausnutzen, früher an neuen Standorten investieren oder auch durch die gemeinsame Kapitalkraft besser Krankenhaus-Funktionen mit übernehmen.

Selbstständige Profitcenter innerhalb einer Buchhaltung

Bei einer solchen, gleichrangigen Außen-Sozietät können die bisherigen Buchhaltungs-, Gewinn- und Verlust-Strukturen – wie schon erwähnt – weiter beibehalten werden. Sie werden nur in eine gemeinsame Steuererklärung eingestellt.

Mit dieser einfachen Form von Zusammenarbeit kann man kooperative, regionale oder überregionale Erfahrungen sammeln und stufenweise eine immer engere Zusammenarbeit ins Auge fassen.

Gemeinsam im Markt entstehende Vorteile können über genau auskalkulierte, vorher definierte Gewinnverteilungsabsprachen ausgeglichen werden.

Besser Misch-Kalkulation

Auch können zwischen Radiologen, Neurologen, Nuklearmedizinern, Kardiologen und OP-Praxen entstehende Vorteile aus GKV-Patientenströmen innerhalb der zivilrechtlichen Außen-Sozietät ausgeglichen werden.

Eigentumsrechtliche Transparenz

Die KV-Beziehungen der einzelnen Sozietäts-Partner bleiben davon unberührt. Durch die – nach dem Berufsrecht – nach außen tretende gemeinsame Eigentümer-Verbund-Struktur wissen KV, Krankenkasse, Kammer, Patient und Öffentlichkeit, dass hier ein standortübergreifender medizinischer Kompetenzverbund tätig ist. Denkbar wären dann genauer definierende Kunstnamen wie

„Interdisziplinärer Diagnostik- und Therapieverbund Nord-Westfalen mit folgenden Beteiligten:

***Radiologiepraxis
Dres. med. Meier & Partner
Kardiologiepraxis
Dres. med. Herz & Partner“
etc.***

Vertikale, standortübergreifende Teilgemeinschaftsmodelle

Neben den nun möglichen, bundesweiten Kettenstrukturen, basierend auf Technologie, Qualitätsoptimierung und Investitionskraft, entsteht die zentrale Nachfrage, nicht mehr allein aus dem GKV-Sektor, sondern immer stärker aus dem Bereich der Privat- und Zusatzversicherungen sowie in noch stärkerem Maße als bisher aus dem Bereich präventiver, selbst zu zahlender Früherkennung.

Bisher gab es rechtlich keine Möglichkeit, standortübergreifend und in unbegrenzter Zahl neben der Praxis zusätzlich gemeinsame, ausgegliederte, auf bestimmte Leistungen beschränkte Kompetenz-Dienstleistungskonzepte zu gestatten.

Das ist jetzt mit der standortübergreifenden indikationsorientierten Teilgemeinschaftspraxislösung möglich, beispielsweise zwischen Radiologie und

- Neurologie
- Chirurgie
- Kardiologie
- Gastroenterologie
- Urologie
- HNO
- Zahnarzt
- Hausarzt.

Das Schild eines Hausarztes könnte wie folgt aussehen

Gemeinschaftspraxis
Dres. med. E. und K. Schmidt
Ärzte für Allgemeinmedizin

Praxistätigkeits-Schwerpunkte:
Ganzheitliche Schmerztherapie
Ganzheitliche Tumornachsorge

Verbunden in standortübergreifenden.
privatmedizinischen Berufsaus-
übungsgemeinschaften mit

Prof. Dr. Scholz & Partner
Radiologie

Dres. med. Scherer und Messer
Orthopädie / Unfallchirurgie

Dr. med. Klar
Augenarzt

Die Vorteile dieser berufsrechtlich neuen Strategie liegen darin, die Kontakte, Motivation und Koordination ärztlicher Grundversorgung in **Anlaufpraxen** zu koordinieren mit den High-Tech Diagnostik- und Therapie-Möglichkeiten radiologischer Praxen im Bereich der privatmedizinischen Versorgung von PKV- und Selbstzahlerpatienten.

Eine solche Kombination gestattet das Vertragsarztrecht allerdings nicht.

Bisher gab es die Möglichkeit, in der Rechtsform der Partnerschaftsgesellschaft alle kassenärztlichen und privatmedizinischen Angebote eines Immobilien-Standortes zu bündeln und somit sowohl kassen- wie privatmedizinische Akquisition- und Leistungspotentiale in einer Hand zusammenzufassen.

Praktiziert wurde das primär von großen, hausärztlichen Gemeinschaftspraxen, die auf einer Basis von 3-5 Zulassungen fachübergreifende Gemeinschaften mit Kardiologen, Gastroenterologen etc. bildeten.

Damit konnte durch das zivilrechtlich gemeinsame Gesellschafterverhältnis der Hausarzt an den oft gut bezahlten Diagnostikleistungen im KV- und PKV-Bereich partizipieren.

Dieser Gedanke wird jetzt im Bereich der Privatmedizin perfektioniert durch die Möglichkeit, dass zusätzliche, getrennte Teilgemeinschaften – in unbegrenzter Anzahl – Hausarzt und Facharzt ausgewählte, radiologische Untersuchungen auf der Basis von Röntgen, CT, MRT, kurativ oder präventiv gemeinsam anbieten.

Der Hausarzt kann so ausdrücklich zum wohnortnahen Diagnostik- und Therapiepartner des Patienten in einem hausärztlich-fachärztlichen Kompetenzverbund werden.

Automatisch entsteht durch das gemeinsame Auftreten, die gemeinsame Schulung des Personals und gemeinsame Broschüren eine nachhaltig erweiterte Nachfrage im Bereich PKV, PKV-Zusatzversicherungen und selbst zu zahlender Medizin.

Die Rechnung sieht wie folgt aus

Standortübergreifende, privatmedizinische Berufsausübungsgemeinschaft	
Allgemeinpraxis Dres. med. Schmidt Norderstadt & Radiologische Praxis Dr. Klar & Partner, Süderstadt	
Rechnung	
Für eine auf eigenen Wunsch durchgeführte Behandlung erlauben wir uns zu liquidieren	
Leistungserbringer :	
Dr., Schmidt am	
GOÄ-Ziffer.....Euro
Leistungserbringer:	
Dr. Klar am,	
GOÄ-Ziffer.....Euro
insgesamtEuro
Wir bitten um Überweisung auf unser gemeinsames Konto bei der APO Bank BLZ ... Kto.-Nr. ...	

Die Gewinnverteilungs-Abrede der beim Finanzamt anzumeldenden, getrennten, zusätzlichen Heilkunde-Gemeinschaft lautet sinngemäß:

„Vom Überschuss der Gesellschaft erhält jeder Partner bspw. 1% als feste Gewinnzusage. Darüber hinaus erhält der jeweilige Hauptbehandler von seiner höchstpersönlichen und mit den entsprechenden Qualifikationen versehenen Leistung 75% des abgerechneten und eingegangenen Umsatzes als Gewinnanteil.

Der jeweils mitbehandelnde Partner erhält für Aufklärung, Koordination, Optimierung anteiliger Kosten 20% des Umsatzes seines Kompetenzpartners.

Den überschießenden Restgewinn – nach Abzug der Kosten der Teilgemeinschaft – verteilen die Partner im Verhältnis ihrer getätigten Umsatzanteile.“

Steuerliche Abklärung extrem wichtig!

Steuerrechtlich werden diese Gewinnabsprachen höchste Aufmerksamkeit erfordern, damit die Finanzverwaltung **nicht** zu dem Schluss kommt, es handele sich nur um wechselseitige Akquisevergütungen.

Die Verrechnung der Kostenanteile in den mit in Anspruch genommenen Praxen und ihren Infrastrukturen erfolgt nach Rücksprache mit dem beteiligten Steuerberater, bspw. durch die Reduzierung von Gewinnanteilen von Partnern, die in Teilgemeinschaften additiv tätig sind.

Für die Finanzverwaltung wird in der Beurteilung entscheidend sein, dass es zu einem gemeinsamen Handeln und zu einem gemeinsamen Gesellschaftszweck kommt. Dieser liegt nicht vor, wenn es verkürzt nur zu einer Art Provisionsabsprache kommt.

Die Formulierung darf nicht lauten, dass für die Vermittlung eines Diagnose-Auftrags der Hausarzt 20% des radiologischen Umsatzes erhalten soll.

Keine Heilkunde und Verstoß gegen das Berufsrecht!

Eine solche Vereinbarung hätte keinen integrierten, gemeinsamen, prozessorientierten Leistungsbereich zum Inhalt, sondern nur die Vergütung eines gewerblichen Akquisitionsverhaltens. Gleichzeitig würde eine solche Absprache gegen das Berufsrecht verstoßen.

Hier wird vom Berufs- und vom Steuerrecht eine sehr exakte und genauestens einzuhaltende Terminologie, Dokumentation und Abrechnung verlangt werden.

Voranfragen durch Steuerberater oder Anwalt beim Finanzamt

Die Gefahr liegt nicht nur in der Mehrwertsteuer, sondern auch in der Eingruppierung eines solchen Verhaltens als gewerbliche Absprache. Dies könnte zur Infektion von ansonsten umsatz- und mehrwertsteuerfreien Umsätzen von Gemeinschaftspraxen führen. Am besten sollte hier die jeweilige Vertragsgestaltung im Einzelfall durch Voranfrage beim Finanzamt abgesegnet werden.

Großer Netzvertrag – oder Einzelverträge?

Eine Radiologiepraxis könnte so mit bis zu 100 Partnerschaften mit einem jeweiligen Umsatz zwischen 10.000,-- und 40.000,-- Euro sich neue und erweiterte Geschäftsfelder erschließen.

Entscheidend: Verhalten der Allgemeinärzte

Die Grundidee von Teilgemeinschaften ist sinnvoll, weil sie zu einem Zusammenrücken von Ärzten, die sich ergänzen, führt.

Durch einen gemeinsamen Gesellschaftszweck, gemeinsame Internet-Auftritte, gemeinsame Informationsmedien nach außen entsteht eine nachhaltige Bewusstseinslage für die jeweils medizinischen Möglichkeiten der Partnerpraxis.

Unverzichtbar: Regionale Markenbildung

Das verlangt eine kontinuierliche Informations- und Fortbildungsebene mit den Partnerpraxen. Die dort gewonnene medizinische Sicherheit fließt in die Beratung der Patienten in ein erweitertes, innovatives Spektrum im Bereich der Privatmedizin ein.

Gerade in einer älter werdenden Gesellschaft mit einer neuen Sensibilität für Eigenverantwortung kann hier das Element sinnhafter, wissenschaftlich abgesicherter High-Tech-Früherkennung perfekt eingesetzt werden.

Der entscheidende Durchbruch wird allerdings nur dann stattfinden, wenn sich die Menge der Allgemeinärzte diesem Erkenntnisweg nicht verschließt und ihn als sinnvollen, innerärztlichen Ansatz für mehr Kollegialität und besseren Patientennutzen sieht.

Allgemeinärztliche Meinungsbildner gewinnen

Aus diesem Grunde wird es immer wichtig sein, dass unabhängig von dem Angebot einer radiologischen Praxis zunächst erst einmal bei hausärztlichen Meinungsbildnern und dann über Vorträge in der Gruppe der Hausärzte Verständnis für solche Modalitäten gewonnen wird.

Würden radiologische Praxen diese Möglichkeiten mit anderen Facharztpraxen allzu schnell nutzen, ohne den Hausärzten die Möglichkeit zu geben, im Rahmen von Teilgemeinschaften sich daran beteiligt zu fühlen, könnte das sehr schnell zu **solidarischen, emotionalen Boykott-Aktivitäten** führen.

Ein entsprechendes Seminarangebot über hausärztlich-fachärztliche Zusammenarbeit kann gemacht werden.

Zusammenfassung

Die neuen rechtlichen und damit verbundenen ökonomischen Möglichkeiten werden alle nicht greifen, wenn es innerärztlich nicht zu einem neuen, erweiterten **Zusammenrücken** fachübergreifend und insbesondere fachärztlich/hausärztlich kommt.

Nur so kann die niedergelassene Ärzteschaft die Veränderungen als Chance begreifen und sich gemeinsam erfolgreich und aktiv gegen die konzentrierte Machtstruktur von GKV, Krankenhaus und Gesundheitspolitik durchsetzen.

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter www.arztrecht.de.

H.-J. Schade
Rechtsanwalt

Per Telefax: 0611/1809518

<input type="checkbox"/> Ich buche ein Hintergrundgespräch zum Preis von € 390,-, zzgl. MwSt. und ggf. Fahrtkostenpauschale	
<input type="checkbox"/> Ich buche einen Impuls-Workshop mit Kollegen zum Preis von € 850,- zzgl. MwSt. (2 ½ Stunden Vortrag, Fahrtkosten für fachärztliche Vernetzung und/oder hausärztlich/fachärztliche Kooperation inkl.)	
<input type="checkbox"/> Ich/Wir haben Interesse an einer Betreuung zur Bildung eines regionalen, privatmedizinisches Netzwerkes	
<input type="checkbox"/> Kostenübernahme durch () Pharma () Medizintechnik	
<input type="checkbox"/> Kosten werden mit Kollegen nach Köpfen geteilt	
<input type="checkbox"/> Einzelberatung – Teilgemeinschaftspraxis	
<input type="checkbox"/> Ich bitte um weiteres Informationsmaterial im Bereich	
() MVZ () Gemeinschaftspraxis () Praxisabgabe () Strategieberatung	
Name, Vorname	
Fachrichtung	
Anschrift	
Tel.	Fax
e-mail	
Unterschrift	Praxisstempel
