

Zukunft Arztpraxis

Auswirkungen der Veränderungen des Gesundheitsmarktes und der Versorgungsformen auf die Gestaltung der Berufsausübung

Werner Baumgärtner
Michael Holzmann
Steffen Holzmann



Thieme

Zukunft Arztpraxis

Auswirkungen der Veränderungen
des Gesundheitsmarktes und der Versorgungsformen
auf die Gestaltung der Berufsausübung

Werner Baumgärtner
Michael Holzmann
Steffen Holzmann

17 Abbildungen

Georg Thieme Verlag
Stuttgart · New York

Werner Baumgärtner, Dr. med.
Industriestr. 2
70565 Stuttgart

Michael Holzmann, Dipl.-Jur. Univ.
Steffen Holzmann, Dipl.-Jur. Univ.
Breisacher Str. 25
81667 München

*Bibliografische Information
der Deutschen Nationalbibliothek*

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese
Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Aktuelle Informationen finden Sie unter
www.thieme.de.

© 2013 kma Medien in Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
Deutschland
Telefon: + 49/(0)711/8931-0
Unsere Homepage: www.thieme.de

Printed in Germany

Zeichnungen: Ziegler und Müller, Kirchentellinsfurt
Umschlaggestaltung: Thieme Verlagsgruppe
Umschlagfoto: © Gina Sanders – fotolia.com
Satz: Ziegler und Müller, Kirchentellinsfurt
gesetzt aus APP/3B2, V. 9 Unicode
Druck: Stürtz GmbH, Würzburg

ISBN 978-3-13-167341-1 1 2 3 4 5 6

Auch erhältlich als E-Book:
eISBN (PDF) 978-3-13-167351-0

Wichtiger Hinweis: Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entspricht.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. **Jeder Benutzer ist angehalten**, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. **Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.** Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Vorwort

Unser Buch soll allen interessierten jungen Ärztinnen und Ärzten einen Einblick in die Komplexität des ambulanten Gesundheitswesens geben. Der Einblick erfolgt aus verschiedenen Blickwinkeln, einerseits aus dem des niedergelassenen Arztes und ärztlichen Standesvertreters, andererseits aus dem des Juristen, der täglich mit Fragen und Herausforderungen des Systems konfrontiert ist.

Wir sind uns einig, dass wir mehr Wettbewerb und weniger Staat wollen, andererseits sind wir für die Rückgewinnung freiberuflicher Werte im ambulanten Gesundheitswesen, weil wir sicher sind, dass Freiberufler sich jedem Wettbewerb erfolgreich stellen können.

Das Buch informiert über politische Hintergründe, enthält persönliche Einschätzungen der Verfasser und übersetzt die gesetzlichen und juristischen Vorschriften so, dass Niedergelassene und solche, die es werden wollen, die richtigen Schritte einleiten können.

Wir sind überzeugt davon, dass trotz aller Probleme im System der Gesundheitsmarkt auch in den nächsten Jahren boomen wird, und dass die Niederlassung als Freiberufler nicht nur wirtschaftlich erfolgreich gestaltet werden kann, sondern Freiberuflichkeit Spaß macht und eine große berufliche Zufriedenheit schafft.

In diesem Sinne wollen wir aus voller eigener Überzeugung Unterstützer und Motivatoren für die nächste Generation von Ärztinnen und Ärzten sein, aber auch denjenigen Hilfestellung geben, die bereits im System arbeiten.

Stuttgart, München, im Winter 2012

Werner Baumgärtner
Michael Holzmann
Steffen Holzmann

Inhaltsverzeichnis

1	Änderungen des Gesundheitsmarktes – stetiger Wandel und immer neue Reformen	1
	<i>W. Baumgärtner</i>	
2	Die ärztliche Selbstverwaltung, die großen Verbände und Berufsverbände	3
	<i>W. Baumgärtner, S. Holzmann, M. Holzmann</i>	
2.1	Die Körperschaften	3
2.2	Die großen ärztlichen Verbände	7
2.3	Die Facharztverbände	8
2.4	Istzustand der Interessenvertretung der niedergelassenen Ärzte, insbesondere der Fachärzte	8
2.5	Welchem Verband/Berufsverband soll ich beitreten?	10
2.6	Liste der wichtigsten fachärztlichen Berufsverbände	10
3	Warum muss ich etwas ändern?	12
	<i>W. Baumgärtner, S. Holzmann, M. Holzmann</i>	
3.1	Wie wirken sich die Veränderungen im Gesundheitsmarkt auf meine Praxis aus?	17
3.2	Strategische Konsequenzen für die Kassen seit 2009	22
3.3	Was sind die Konsequenzen dieser Entwicklung für die niedergelassenen Leistungsträger?	24

4	„Geld verdienen“	34
	<i>W. Baumgärtner, M. Holzmann, S. Holzmann</i>	
4.1	„Geld verdienen“ – Das 5-Säulen-Modell von MEDI	34
4.1.1	Säule 1: Der Kollektivvertrag	34
4.1.2	KV-Abrechnung – juristische Hinweise	39
4.1.3	Säule 2: Selektivverträge	45
4.1.4	Säule 3: Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)	55
4.1.5	IGeL – juristische Hinweise	57
4.1.6	Säule 4: GOÄ – private Abrechnung	60
4.1.7	GOÄ – privatärztliche Abrechnung: juristische Hinweise	64
4.1.8	Säule 5: Prä-/Postverträge	67
5	Welche Verträge machen für meine Praxis Sinn?	72
	<i>W. Baumgärtner</i>	
6	Welche Praxisform wird diesen Anforderungen am besten gerecht?	74
	<i>M. Holzmann, S. Holzmann, W. Baumgärtner</i>	
6.1	Überblick über die verschiedenen Berufsausübungsformen	74
6.2	Praxisgemeinschaft	78
6.2.1	Form der Berufsausübung	78
6.2.2	KV-rechtliche Besonderheit	80
6.3	Örtliche und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft	80
6.3.1	Form der Berufsausübung	83
6.3.2	Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft	87
6.3.3	KV-rechtliche Besonderheit	90
6.3.4	Vorteile	92
6.3.5	Nachteile	96
6.4	Teilberufsausübungsgemeinschaft	99
6.4.1	Voraussetzungen	100
6.4.2	Vorteile	101
6.4.3	Nachteile	101
6.4.4	Exkurs	101
6.5	Praxis-, Apparate-, Laborgemeinschaft	102
6.5.1	Gründungsvoraussetzungen	103
6.5.2	Zulässige Kombinationen	103
6.5.3	Vor-/Nachteile	103

6.6	Filiale/Zweitpraxis	104
6.6.1	Verbesserung der Versorgung	105
6.6.2	Ordnungsgemäße Versorgung	107
6.6.3	Zuständige KV für die Genehmigung	108
6.6.4	Nebenbetriebsstätte im Selektivvertrag	108
6.6.5	Fazit	109
6.6.6	Vorteil	111
6.6.7	Nachteil	111
6.7	Medizinisches Versorgungszentrum	111
6.7.1	Fachübergreifend	112
6.7.2	Ärztliche Leitung	114
6.7.3	Gründungsvoraussetzungen	115
6.7.4	Besonderheiten	120
6.7.5	Vor-/Nachteile	124
6.7.6	Konkurrenzsituation Klinik-MVZ und niedergelassene Praxis, Beschwerde von MEDI Deutschland bei der Europäischen Kommission	126
6.7.7	Anlagen zur Entscheidung der Europäischen Kommission	129
7	Rechtliche Gestaltungsmöglichkeiten der Berufsausübungsformen	141
	<i>M. Holzmann, S. Holzmann</i>	
7.1	Gesellschaft bürgerlichen Rechts	141
7.1.1	Gründung	142
7.1.2	Haftung	144
7.1.3	Auflösung	145
7.2	Partnerschaftsgesellschaft	146
7.2.1	Gründung	147
7.2.2	Haftung	149
7.3	Ärzte-GmbH	150
7.3.1	Gründung	151
7.3.2	Haftung	154
8	Welche Praxisform ist zukünftig noch werthaltig?	155
	<i>M. Holzmann, S. Holzmann, W. Baumgärtner</i>	
8.1	Welche Praxisform ist damit geeignet, um zukünftig den Anforderungen des geänderten Marktes gerecht zu werden?	156
8.1.1	Praxisneugründung	158
8.1.2	Kauf einer bestehenden Arztpraxis, Praxisübernahme	160

8.1.3	Verkauf der eigenen Praxis, Praxisabgabe	162
8.1.4	Zusammenfassung	163
8.2	Anstellung von Ärzten	163
8.2.1	Anstellungsvoraussetzungen	164
8.2.2	Anstellung von Ärzten anderer Fachrichtungen	166
8.2.3	Anstellung von Hochschullehrern oder deren wissenschaftliche Mitarbeiter	167
8.2.4	Doppeltätigkeit im Krankenhaus und als Vertragsarzt	168
8.2.5	Job-Sharing	169
8.2.6	Zeitliche Beschränkungen	170
8.2.7	Persönliche Leistungserbringung	171
8.3	Praxisstruktur	173
8.3.1	Entwicklungsstufen einer zukunftsorientierten Arztpraxis	173
8.3.2	Persönliche Kooperationsfähigkeit	174
8.3.3	Fachliche Spezialisierung	174
8.3.4	Funktionierendes Praxismanagement	174
8.3.5	Unternehmereigenschaft	174
8.3.6	Klar definiertes Dienstleistungsspektrum	175
8.4	Arztnummern	175
8.4.1	Lebenslange Arztnummer	175
8.4.2	Betriebsstätte	176
8.4.3	Nebenbetriebsstätte	177
9	Praxis-EDV	178
	<i>W. Baumgärtner</i>	
10	Was ist meine Praxis künftig noch wert?	184
	<i>W. Baumgärtner, S. Holzmann, M. Holzmann</i>	
10.1	Ertragswertverfahren	184
10.1.1	Substanzwert	184
10.1.2	Immaterieller Praxiswert	185
	Schlusswort	187

1 Änderungen des Gesundheitsmarkts – stetiger Wandel und immer neue Reformen

W. Baumgärtner

Der Gesundheitsmarkt in Deutschland und auf der ganzen Welt boomt seit Jahren. In Deutschland ist jeder 10. Arbeitsplatz im Gesundheitswesen, und dort werden nach wie vor so viele neue Arbeitsplätze wie in keiner anderen Branche geschaffen. Dies liegt einerseits daran, dass die gesetzlichen Krankenkassen ca. 180 Milliarden Euro ausgeben und andererseits daran, dass für PKV und Selbstzahlerleistungen nochmals ca. 180 Milliarden Euro ausgegeben werden. Nur ca. 15% dieses Geldes wird für die Leistungen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte verwendet; dennoch sind Freiberufler und Selbstständige der wichtigste Faktor im Gesundheitswesen, sie sind Leistungsträger des Gesundheitssystems. Mehr als 95% der Arzt-Patienten-Kontakte finden in den ambulanten Hausarzt- und Facharztpraxen statt.

Deutschland hat kein staatliches Gesundheitswesen, wie z.B. Großbritannien, dennoch ist der Staat bei jeder Entscheidung im Gesundheitswesen als Normengeber (SGB V) und als Rechtsaufsicht mitbeteiligt. Bei den Krankenhäusern haben die Sozialministerien der Länder die Rechtsaufsicht, bei den ambulanten Leistungsträgern, z.B. den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten, das Bundesgesundheitsministerium bzw. das Bundesversicherungsamt (BVA).

Weltweit einmalig ist das System der Selbstverwaltungen von Ärzten/Psychotherapeuten und Krankenkassen. Leider wurden die Spielräume für die Selbstverwaltung in den letzten 20 Jahren stark eingeschränkt, zudem wurde das System stark zentralisiert. Das hat dazu geführt, dass regionale Unterschiede in der Versorgung und besondere Versorgungskonzepte, die der durchaus unterschiedlichen Morbidität der einzelnen Bundesländern gerecht werden, in der Finanzierung nicht mehr berücksichtigt werden. Wie beim Länderfinanzausgleich wird im Gesundheitsfonds massiv umverteilt, Grundlage ist die in Kliniken und Praxen kodierte Morbidität, die mit der wirklichen Morbidität nur bedingt übereinstimmt.

Es gibt KVen, Kammern, eine KBV und eine Bundesärztekammer als Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung, dennoch regelt der Staat alle Vorgänge innerhalb und außerhalb dieser Selbstverwaltungen über das SGB V. Alle Entscheidungen der Selbstverwaltung, auch bei den Kassen, werden von der staatlichen Aufsicht in den Ländern und im Bund

geprüft, an allen Entscheidungen der Gremien der Selbstverwaltung ist der Staat immer beteiligt.

Das Sozialgesetzbuch V (SGB V) gibt den Selbstverwaltungen und deren Mitgliedern immer engere Grenzen. Seit der Amtszeit des Bundesgesundheitsministers Horst Seehofer hat die Reglungsdichte stetig zugenommen. Besserung ist nicht in Sicht, da hinter den konstanten staatlichen Eingriffen die Absicht steht, ein möglichst kostengünstiges und gleichzeitig maximal leistungsfähiges System zu schaffen, in dem jeder Versicherte nach seinen Wünschen und Bedürfnissen Leistungen in Anspruch nehmen kann.

Tatsächlich ist es der Politik im Zusammenspiel mit den Selbstverwaltungen von Ärzten und Krankenkassen in den letzten 20 Jahren gelungen, eine Vollkaskoversorgung der Bevölkerung zu sehr günstigen Preisen verglichen mit anderen Staaten am Laufen zu halten. Vergleicht man das deutsche Gesundheitswesen z. B. mit dem englischen oder dem dänischen, geht es in Deutschland den Versicherten besser, in England und Dänemark dagegen den Ärzten, was man von staatlichen Gesundheitssystemen nicht erwartet hätte.

Über 20 Jahre nach Einführung der Honorarbudgetierung durch Norbert Blüm arbeiten die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und auch teilweise die Psychotherapeuten immer noch ohne feste Preise für ihre Arbeit. Der damalige KBV-Vorsitzenden Dr. Siegfried Häussler hatte einer Budgetierung nur zugestimmt, weil Norbert Blüm ihm versprochen hatte, die Budgets nach kurzer Zeit wieder abzuschaffen. Das Versprechen wurde nicht eingehalten, und alle Gesundheitsminister nach Norbert Blüm – Horst Seehofer, Andrea Fischer, Ulla Schmidt, Phillip Rösler und Daniel Bahr – haben mehr oder weniger freiwillig an der Honorardeckelung festgehalten. Selbst die Ärzteproteste im Jahr 2006 und der Regierungswechsel 2009 haben daran nichts geändert.

Die KBV und die KVen selbst sind an einer Abschaffung der Budgetierung des Honorarbereichs nicht interessiert, da Umverteilung ihr wichtigstes Machtinstrument ist. Deshalb setzen die KBV und die Mehrheit der KVen aktuell auf die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung (MGV), im SGB V verankert nach Vorstellungen der KBV und bundesweit durch diese verhandelt. Diese morbiditätsorientierte Gesamtvergütung wird dann zwischen den KVen verteilt, welche die regionale Gesamtvergütung gemäß eines Honorarverteilungsmaßstabs an ihre Mitglieder verteilen.

Aus meiner Sicht wäre das erste Ziel in der Standespolitik, endlich feste und angemessene Preise für Ärzte und Psychotherapeuten als verbindliche Regelung des SGB V zu erreichen. Umverteilung, floatende Preise für ambulante Leistungen, Budgets und Regresse sind Relikte aus dem letzten Jahrhundert und sollten so schnell wie möglich abgeschafft werden. Die Rahmenbedingungen aufgrund starker Nachfrage nach ärztlichen Leistungen und zurückgehendem Angebot sind ideal, um endlich angemessene und feste Preise für die Niedergelassenen durchzusetzen. Dies wird Aufgabe der nachrückenden Generation von Ärztevertretern sein, bei der ich sie in den nächsten Jahren noch kräftig unterstützen werde.

2 Die ärztliche Selbstverwaltung, die großen Verbände und Berufsverbände

W. Baumgärtner, S. Holzmann, M. Holzmann

2.1 Die Körperschaften

Die Körperschaften beanspruchen für sich aus deren Selbstverständnis heraus eine Ordnungsfunktion und eine Interessenvertretung für ihre Mitglieder. Die Körperschaften der Länder, Landesärztekammern und Landes-KVen haben als Dach jeweils eine Bundesorganisation, die Bundesärztekammer (BÄK) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Dabei ist die KBV eine Körperschaft der KVen der Länder, die Bundesärztekammer ist dagegen lediglich als BGB-Gesellschaft organisiert, was deren politische Schlagkraft erhöhen könnte, da man keiner staatlichen Aufsicht unterliegt.

Die KBV, der ich von 1993 bis 2005 als Mitglied der Vertreterversammlung und von 2001 bis 2005 als Vorstandsmitglied angehört habe, hat sich in den letzten 20 Jahren stark verändert. Obwohl sie per Sozialgesetzbuch eine Behörde ist, war sie bis 2005 als Körperschaft der Körperschaften mit ehrenamtlichen Vorständen ein Stück mehr Interessenvertretung für die KVen und deren Mitglieder, als es heute der Fall ist. Inzwischen sind alle Vorstände in KBV und den KVen hauptamtlich tätig und Angestellte der Behörde und somit in erster Linie verantwortlich für die Behörde und deren Erhalt.

Die *Tätigkeit* als Interessenvertretung für die Mitglieder steht nur noch auf dem Papier oder wird in Sonntagsreden postuliert. Ob diese Organisationsform den Mitgliedern nützt oder von diesen überhaupt noch gewünscht wird, ist unerheblich. Der Erhalt der Körperschaft und der Behörde ist oberste Maxime, wobei viele gewählten KBV- und KV-Vertreter ihre Arbeit so legitimieren, dass eine so inhomogene Gruppe wie die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten nur durch die ordnende Funktion der Körperschaft regiert werden kann. Meine persönlichen Erfahrungen aus der Arbeit innerhalb und außerhalb der Körperschaften sind andere, aber Fakt ist, dass die Mitglieder der KV die Einschränkungen der Körperschaft, wohl mangels einer Alternative, weitgehend klaglos dulden. Erstaunlich ist auch, dass trotz Protesten und Unzufriedenheit häufig immer die gleichen Vertreter in die Gremien und an die Spitze der Selbstverwaltung gewählt werden, was auch mit der Intransparenz des Systems und einer gewissen Resignation der Ärztinnen und Ärzte zu tun hat. Das macht den gewählten Repräsentanten in den KVen und der KV die Arbeit einfach.

Fast jährlich greift der Staat kostendämpfend oder neue Bürokratie verursachend per SGB V über die KVen in die Abläufe der Praxen ein. Es gibt dann ritualisierte Proteste der Vertreter der Körperschaften, danach werden staatliche Vorgaben nach dem Motto „wir konnten Schlimmeres verhindern“ umgesetzt. Beste Beispiele sind die Honorarpolitik mit fehlenden festen und angemessenen Preisen, das Inkasso der Praxisgebühr und jetzt die Umsetzung der elektronischen Gesundheitskarte (eCard) und der geplante Online-Datenabgleich zwischen Kassen und Praxen. In all diesen Bereichen ist die KBV von den Formulierungen der gesetzlichen Vorgaben bis zur Umsetzung beteiligt.

Die **Länder-KVen** tragen die KBV und deren Gremien. Zentrales Thema ist die Honorarverteilung und Honorarumverteilung zwischen den Ländern und den Fachgruppen. Hier wird also Umverteilung in einem unterfinanzierten System bis zur Perfektion praktiziert und verteidigt. Dass dies wenig bis gar nichts mit der Freiberuflichkeit der Ärztinnen und Ärzte oder der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu tun hat und willkürliche Umverteilung und Neiddiskussionen zu einer Trennung von Hausärzten und Fachärzten und einer Entsolidarisierung im KV-System geführt haben, wird billigend in Kauf genommen. Wer das Geld verteilt, hat die Macht im System.

Die **Kammern** haben als wichtigste Aufgaben die Qualitätssicherung, die Weiterbildung und das Berufsrecht. Die Kammern werden aktuell vom Marburger Bund (MB) dominiert, das gilt für die Landes- und die Bundesebene. Fast immer stellt der MB die Vorstandsvorsitzenden, weil die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte nicht über eine ähnliche gewerkschaftliche Interessenvertretung verfügen. Die Vertreter und Delegierten der Niedergelassenen kommen aus den großen Verbänden wie Hartmannbund, NAV-Virchow-Bund, MEDI Deutschland, Bundesverband der Ärztegenossenschaften, dem Deutschen Hausärzterverband oder den Facharztverbänden. Alle diese Verbände konkurrieren miteinander. Zudem gibt es die sogenannten demokratischen Ärztinnen und Ärzten, die politisch der Linken oder den Grünen nahestehen und stark an einem staatlichen Gesundheitswesen interessiert sind.

Bei der Bildung der Vorstände der Bundes- und Landesärztekammern hat der MB also meist die freie Auswahl an Koalitionspartnern, da sich die Vertreter der Niedergelassenen meist uneinig sind. Folge ist, dass die Gremien der Kammern die wirtschaftlichen Interessen der selbstständigen Praxen häufig nicht verstehen und nicht berücksichtigen. Folgen sind aktuell ein zunehmend für die Niederlassung unpraktikables **Weiterbildungsrecht** und ein **Berufsrecht**, das die niedergelassenen Praxen im Wettbewerb und im Kampf um finanzielle Ressourcen eher behindert als unterstützt. Deshalb haben die MVZ, Kliniken und deren Trägerorganisationen insbesondere im fachärztlichen Bereich deutlich mehr Möglichkeiten und Spielräume im Wettbewerb. Sinnvolle Zusammenschlüsse von Niedergelassenen wie z. B. Teilgemeinschaftspraxen werden von den Kammerjuristen behindert, und Verträge zwischen Krankenhäusern und Niedergelassenen werden häufig nach dem Motto „Zuweisung gegen Entgelt“ kriminalisiert. Die Kammerjuristen sehen ihre Aufgabe eher darin, die ärztlichen Mitglieder zu kontrollieren und