

Ärztliche Kooperationsformen

Inhalt:

1. Praxisnetze

- a) Praxisnetze als Modellvorhaben
- b) Praxisnetze als Strukturverträge
- c) Förderung von Praxisnetzen

2. Berufsausübungsgemeinschaften

- a) Gemeinschaftspraxis
- b) Jobsharing
- c) Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft
- d) Medizinische Versorgungszentren

3. Angestellte Ärzte

4. Organisationsgemeinschaften

- a) Praxisgemeinschaft
- b) Apparatgemeinschaft
- c) Ärztehaus

5. Integrierte Versorgung

6. Kooperationen mit Krankenhäusern

- a) Belegarzt
- b) Praxis am Krankenhaus
- c) Konsiliararzt
- d) Übernahme vor- und nachstationärer Leistungen durch den Vertragsarzt
- e) Anlaufpraxis

1. Praxisnetze

Eine eindeutige Definition des Begriffs gibt es nicht, da die Ausgestaltung von Praxisnetzen sehr unterschiedlich ausfallen kann. Sie reicht von regelmäßigen, losen Treffen aus Qualitätszirkeln über genossenschaftliche bzw. genossenschaftsähnliche Einkaufsgemeinschaften bis hin zur Gründung von Gesundheitsunternehmen. Versorgungsbezogene Zielsetzungen sind ebenso zu finden wie ökonomische oder berufspolitische Intentionen. Neben einem Zusammenschluss von Arztpraxen sind auch Verbünde mit Krankenhäusern oder anderen Leistungsanbietern wie Apotheken oder Physiotherapeuten möglich. Die Zusammenarbeit kann ebenso auf lokaler wie auf regionaler Ebene organisiert sein. Aufgrund dieser Vielfalt liegen keine Erhebungen für die Anzahl von Praxisverbänden vor.

Praxisnetze können als eingetragener Verein (e.V.), Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR), Genossenschaft oder auch GmbH gegründet werden – je nach Zielsetzung und Verbindlichkeit. Auch Haftungsfragen und die jeweilige Berufsordnung spielen bei der Wahl der Rechtsform eine Rolle.

Pro:

- Erweiterung des Leistungsspektrums
- mehr medizinische Gestaltungsmöglichkeiten
- stärkere Marktposition
- intensiver kollegialer Austausch
- hoher Freiheitsgrad

Contra:

- großer Beratungsbedarf vor der Gründung
- großer Organisationsbedarf

Das SGB V bietet verschiedene Möglichkeiten der Netzbildung:

a) Praxisnetze als Modellvorhaben (§ 63 ff SGB V)

Bei Modellvorhaben schließen die Krankenkassen üblicherweise Direktverträge mit den einzelnen (vernetzten) Leistungserbringern über die Versorgung von Versicherten ab. Zudem haben Kassenärztliche Vereinigungen die Möglichkeit, Modellvorhaben mit den Krankenkassen zu vereinbaren. Ziel ist die Weiterentwicklung von Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen. Im Rahmen der Modellvorhaben können Regelungen über die Erbringung von Leistungen getroffen werden, die nicht Teil des Leistungskatalogs sind. Allerdings darf der Gemeinsame Bundesausschuss noch keine negative Beurteilung über die Eignung dieser Leistungen getroffen haben.

Modellvorhaben sind bei den Honorarverhandlungen mit den gesetzlichen Krankenkassen an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität gebunden, d.h. die vereinbarten Vergütungen dürfen nicht zu einer Erhöhung der Kassenbeiträge führen. Allerdings können entstandene Mehraufwendungen mit Einsparungen des Modellvorhabens verrechnet werden. Ferner besteht die Möglichkeit der extrabudgetären Vergütung.

Neben Praxisnetzen sind auch interdisziplinäre Netze als Modellvorhaben zugelassen. Ein Beispiel ist der Ambulante Geriatrische Rehakomplex in Schönebeck (Sachsen-Anhalt). Das Projekt wurde 1998 als Modellvorhaben zwischen der KV Sachsen-Anhalt, der AOK Sachsen-Anhalt und der IKK gesund plus aus der Taufe gehoben. 2006 wurde der Vertrag als erster in Deutschland in einen Rahmenvertrag zur integrierten Versorgung zur ambulanten geriatrischen Komplexbehandlung überführt. Das Projekt wurde mit dem Berliner Gesundheitspreis 2006 ausgezeichnet.

Modellvorhaben müssen auf acht Jahre befristet und wissenschaftlich begleitet werden. Sie basieren auf folgender gesetzlicher Grundlage:

- Zweites GKV-Neuordnungsgesetz (NOG) vom 01.07.1997
- Änderungen durch GKV-Gesundheitsreform 2000 vom 01.01.2000

b) Praxisnetze als Strukturverträge (§ 73 a SGB V)

Strukturverträge können nur von den KVen als Vertragspartner der jeweiligen Landesverbände der Krankenkasse abgeschlossen werden. Ziel ist die Optimierung der Versorgungs- und Vergütungsstrukturen im ambulanten Bereich. Im Rahmen dieser Verträge wird einem Verbund aus Vertragsärzten die Verantwortung für die Qualität und die

Wirtschaftlichkeit eines bestimmten Leistungsspektrums übertragen. Dieses kann sich von bestimmten Indikationen oder Diagnosen bis hin zur gesamten medizinischen Versorgung erstrecken.

Ein Praxisnetz kann eigene Vergütungsstrukturen vereinbaren und durch besondere Vergütungsformen wie ergebnisorientierte Vergütung oder Bonus-Malus-Regelungen ergänzt werden. Zudem besteht die Möglichkeit, Budgetverantwortung und -verwaltung auf den Ärzteverbund zu übertragen.

Strukturverträge sind vom Gesetzgeber weder befristet noch müssen sie wissenschaftlich begleitet werden. Gesetzliche Grundlage ist das Zweite GKV-Neuordnungsgesetz (NOG) vom 01.07.1997.

c) Förderung von Praxisnetzen (§ 87 b SGB V)

Kassenärztliche Vereinigungen können zukünftig organisierte Ärztenetze fördern. So sieht das Versorgungsstrukturgesetz in § 87 b SGB V die Möglichkeit vor, dass die Kassenärztliche Vereinigung einem Praxisnetz ein eigenes Honorarbudget oder Honorarvolumen als Teil der Gesamtvergütungen zuweisen kann. Dieses Budget kann das Praxisnetz in eigenständiger Verteilung an die teilnehmenden Netzärzte weitergeben.

Dadurch ergibt sich erstmals eine gewisse Basisfinanzierung für Praxisnetze, die sie unabhängig sein lässt und das Thema Qualität und Ergebnis zugunsten der Patienten stärker in den Mittelpunkt der Netzbemühungen stellt. Indirekt wird damit zudem auch bei den Krankenkassen der Gedanke gestärkt, mit Netzen indikationsübergreifende Vollversorgungsverträge abzuschließen.

Ein Kriterienkatalog der Kassenärztlichen Vereinigungen soll dabei förderungswürdige Netze identifizieren. Die Richtlinien werden voraussichtlich im ersten Halbjahr 2012 erarbeitet.

2. Berufsausübungsgemeinschaften

Berufsausübungsgemeinschaften sind rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse von Vertragsärzten, -psychotherapeuten oder Medizinischen Versorgungszentren, deren Ziel die gemeinsame Ausübung ihrer Tätigkeit ist. Die freie Arztwahl der Patienten muss dabei ebenso gewährleistet werden wie die Einhaltung der Fachgebietsgrenzen. Die gemeinsame Berufsausübung muss verschiedene Kriterien erfüllen, beispielsweise die gemeinsame Patientenbehandlung, einen schriftlichen Gesellschaftsvertrag sowie gemeinsame Räume, Praxiseinrichtung und Mitarbeiter.

Voraussetzung für die gemeinsame Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit im Rahmen einer Berufsausübungsgemeinschaft ist die vorherige Genehmigung durch den Zulassungsausschuss.

a) Gemeinschaftspraxis

Arbeiten ausschließlich Ärzte in einer Berufsausübungsgemeinschaft, so wird dies als Gemeinschaftspraxis bezeichnet. Gemeinschaftspraxen sind wirtschaftliche, organisatorische und räumliche Zusammenschlüsse zweier oder mehrerer Ärzte zur Ausübung der vertragsärztlichen Versorgung. Sie können sowohl von fachgleichen als auch

von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen gegründet werden.

Bei der Abrechnung werden Gemeinschaftspraxen, die zuvor vom Zulassungsausschuss genehmigt werden müssen, von der Kassenärztlichen Vereinigung als eine wirtschaftliche Einheit behandelt. Im Unterschied zu Gemeinschaftspraxen sind Praxisgemeinschaften rein räumliche Einheiten. Ihre Mitglieder führen die Praxis selbstständig und rechnen gegenüber der KV eigenständig ab.

Derzeit sind rund 49.000 Ärzte in Gemeinschaftspraxen tätig (Stand: 4. Quartal 2010, KBV).

Pro:

- Kostenersparnis
- größere Gewinn-/Einnahmesteigerung
- Erweiterung des Leistungsspektrums bei fachübergreifender Gemeinschaftspraxis
- Zukunftssicherung
- mehr medizinische Gestaltungsmöglichkeiten
- stärkere Marktposition
- intensiver kollegialer Austausch
- flexiblere Arbeitszeitgestaltung

Contra:

- großer Organisationsbedarf
- geringer Freiheitsgrad

b) Jobsharing

Die Jobsharing-Praxis ist eine besondere Form der Gemeinschaftspraxis. Sie wird gerne von älteren Ärzten genutzt, die in einem gesperrten Planungsbereich frühzeitig einen Praxisnachfolger etablieren wollen. Niederlassungswillige Ärzte haben nämlich die Möglichkeit, trotz Zulassungsbeschränkung in einem solchen Planungsbereich als Vertragsärzte zu arbeiten, sofern dies gemeinsam mit einem bereits dort tätigen Vertragsarzt desselben Fachgebiets im Rahmen des Jobsharings geschieht. Beide Ärzte müssen sich allerdings vor dem Zulassungsausschuss verpflichten, den bisherigen Leistungsumfang nicht wesentlich auszuweiten. Die Leistungsbegrenzung der Jobsharing-Gemeinschaft endet nach spätestens zehn Jahren bzw. nach Aufhebung der Zulassungsbeschränkung.

Der Jobsharing-Juniorpartner wird lediglich für die Dauer der gemeinsamen ärztlichen Tätigkeit zugelassen. Allerdings wird er - wenn sich der Seniorpartner aus der Berufstätigkeit zurückzieht - nach fünf Jahren gemeinsamer Tätigkeit im Praxisnachfolgeverfahren bevorrechtigt berücksichtigt.

Der Zulassungsausschuss muss einen Antrag auf Jobsharing genehmigen, sofern die Voraussetzungen erfüllt sind.

Pro:

- intensiver interkollegialer Austausch
- flexiblere Arbeitszeitgestaltung

Contra:

- keine Vorteile hinsichtlich der Zukunftssicherung
- keine Vorteile hinsichtlich der Marktposition

c) Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft

Eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft kann sowohl innerhalb des Zuständigkeitsbereiches einer KV als auch im Zuständigkeitsbereich zweier KVen gebildet werden. Letztere Variante setzt voraus, dass die Gemeinschaft einen Hauptsitz wählt. Dieser ist maßgeblich für die Genehmigungsentscheidung. Bei der Gründung einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft müssen die Regelungen zur Präsenzpflcht ebenso beachtet werden wie die Sicherstellung der Versorgungspflicht an allen Orten. Die teilnehmenden Ärzte können entweder ausschließlich an ihrem Vertragsarztsitz oder auch wechselseitig an allen Standorten praktizieren – vorausgesetzt, die getrennten Niederlassungen werden beibehalten.

Pro:

- mehr medizinische Gestaltungsmöglichkeiten
- stärkere Marktposition
- intensiver kollegialer Austausch
- flexiblere Arbeitszeitgestaltung

Contra:

- keine Kostenersparnis
- großer Organisationsbedarf
- großer Beratungsbedarf vor der Gründung

d) Medizinische Versorgungszentren (MVZ) (§ 95 SGB V)

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz von 2004 hat der Gesetzgeber eine neue Versorgungsform geschaffen: Das Medizinische Versorgungszentrum. Darunter versteht man fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte als Angestellte oder als Vertragsärzte tätig sind. Mischformen, also MVZ, die mit angestellten und Vertragsärzten arbeiten, sind ebenfalls möglich. Inzwischen gibt es 1.654 dieser Zentren mit 8.610 Ärzten, darunter 7.278 angestellte (Stand: 4. Quartal 2010, KBV). Gründungsberechtigt sind alle Leistungserbringer, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der GKV-Versicherten teilnehmen. Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG), das am 01.01.2007 in Kraft getreten ist, sieht ferner vor, dass in einem MVZ mindestens zwei vollzeitbeschäftigte Ärzte mit unterschiedlichen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sein müssen.

Die Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen MVZ muss vom Zulassungsausschuss genehmigt werden. Vertragsärzte, die in MVZ arbeiten, lassen ihre Zulassung während dieser Zeit ruhen. Wollen sie wieder in einer Einzelpraxis tätig werden, können sie ihre Zulassung aus dem MVZ herauslösen. Mit Inkrafttreten des VÄndG ist auch ein Privileg der Medizinischen Versorgungszentren entfallen: Vertragsärzte können nicht länger zugunsten einer Anstellung in einem MVZ auf ihre Zulassung verzichten und diese nach Beendigung einer fünfjährigen Anstellungszeit neu beanspruchen.

Arbeitet ein MVZ ausschließlich mit Vertragsärzten, muss es Inhaber der Vertragsarztsitze sein. Diese erhält ein MVZ entweder im Rahmen einer Ausschreibung oder durch Übertragung von Vertragsärzten. Scheidet ein angestellter Arzt aus dem MVZ aus, kann die Stelle ohne formales Ausschreibungsverfahren neu besetzt werden.

Grundsätzlich kommen für medizinische Versorgungszentren, in denen Vertragsärzte als Freiberufler tätig werden wollen, die GbR und die Partnergesellschaft als Rechtsformen in Frage. Für MVZ, die ausschließlich mit angestellten Ärzten arbeiten wollen, bietet sich die Kapitalgesellschaft als GmbH als Organisationsform an. Wird ein MVZ in der Rechtsform einer juristischen Person, z.B. als GmbH, gegründet, so müssen die Gesellschafter eine selbstschuldnerische Bürgschaft abgeben.

Damit ärztliche Entscheidungen nicht durch wirtschaftliche Interessen beeinflusst werden können, hat der Gesetzgeber mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) entschieden, dass nur noch Vertragsärzte, Krankenhäuser, gemeinnützige Einrichtungen, die auf Grund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und die Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen MVZ gründen können. Im GKV-VStG weiterhin festgelegt ist, dass der ärztliche Leiter selbst als angestellter Arzt oder Vertragsarzt in der Einrichtung tätig sein muss und in medizinischen Fragen keinerlei Weisungen unterliegen darf.

Die Abrechnung erfolgt in einem MVZ folgendermaßen: Jedes MVZ bekommt einen Gesamthonorarbescheid, d.h. die Zahlungen der KV erfolgen an das MVZ als Gemeinschaft. Die Praxisgebühr fällt innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums nur einmal pro Quartal an, da jeder Patient als ein Behandlungsfall gilt – unabhängig davon, wie viele Ärzte innerhalb des MVZ er konsultiert.

Pro:

- Kostenersparnis
- größere Gewinn-/Einnahmesteigerung
- Erweiterung des Leistungsspektrums bei fachübergreifender Gemeinschaftspraxis
- Zukunftssicherung
- mehr medizinische Gestaltungsmöglichkeiten
- stärkere Marktposition
- intensiver kollegialer Austausch
- flexiblere Arbeitszeitgestaltung

Contra:

- großer Organisationsbedarf
- großer Beratungsbedarf vor der Gründung
- geringer Freiheitsgrad

3. Angestellte Ärzte

Mit dem VÄndG wurden die Möglichkeiten für Praxisinhaber, Kollegen anzustellen, ausgebaut. Der neue Bundesmantel- und Arzt-Ersatzkassen-Vertrag berücksichtigt diese Liberalisierung der ambulanten ärztlichen Berufsausübung. Vertragsärzte dürfen nunmehr bis zu drei weitere Ärzte als Angestellte beschäftigen – auch in Teilzeit. Andere Gebiets-, Facharzt- oder Schwerpunkt Kompetenzen stellen keine Hürde dar. Einzige Einschränkung: Die Anstellung von Ärzten, deren Leistung unter Überweisungs vorbehalt steht, also etwa

Laborärzte oder Radiologen, ist nicht möglich. Wie bei Medizinischen Versorgungszentren zählt die Behandlung eines Versicherten im Quartal auch dann nur als einzelner Fall, wenn mehrere Ärzte – auch unterschiedlicher Fachrichtungen – daran beteiligt waren. Der Behandlungsfall wird dem jeweiligen Praxisinhaber zugerechnet. Diese Variante gilt nur für den offenen Planungsbereich. Bei Zulassungssperren muss auf das Instrument des Jobsharings zurückgegriffen werden (siehe oben).

Vertragsärzte können darüber hinaus gleichzeitig als Angestellte in Krankenhäusern oder Medizinischen Versorgungszentren arbeiten. Die neuen Möglichkeiten der Teilzulassung erlauben dies.

In jedem Fall ist das Angestelltenverhältnis per Arbeitsvertrag zu regeln. Zudem muss die Anstellung vorab vom Zulassungsausschuss genehmigt werden. Dem Antrag muss der Arbeitsvertrag beigelegt werden, da der Arbeitszeitumfang des angestellten Arztes auf den Versorgungsgrad angerechnet wird. Angestellte Ärzte werden Mitglieder der KV, sobald sie mindestens halbtags in der Praxis beschäftigt sind.

Pro:

- flexiblere Arbeitszeitgestaltung

Contra:

- keine Kostenersparnis
- keine Vorteile hinsichtlich der Zukunftssicherung
- keine Vorteile hinsichtlich der Marktposition
- geringer Freiheitsgrad

4. Organisationsgemeinschaften

Unter diesem Begriff versteht man Kooperationen, die nur auf den organisatorischen Rahmen der ärztlichen Tätigkeit ausgerichtet sind. Dazu zählt z.B. die gemeinsame Nutzung von Räumlichkeiten und medizinischen Geräten oder die gemeinsame Anstellung nichtärztlichen Personals. Die ärztliche Tätigkeit wird getrennt und eigenverantwortlich ausgeübt. Zudem rechnet jeder Arzt separat mit der Kassenärztlichen Vereinigung ab. Zu den Organisationsgemeinschaften zählen Praxis- und Apparategemeinschaften, Ärztehäuser und auch Praxisnetze. Letztere werden aufgrund ihrer Vielfalt in einem eigenen Punkt ausführlich dargestellt.

Bei der Gründung einer Organisationsgemeinschaft sind weit weniger rechtliche Voraussetzungen zu erfüllen als bei anderen Kooperationsformen. Folgende Vorgaben müssen jedoch beachtet werden:

a) Praxisgemeinschaft

Die Gründung einer Praxisgemeinschaft ist gemäß Zulassungsverordnung für Vertragsärzte bei der zuständigen KV und nach Berufsrecht der jeweiligen Ärztekammer anzuzeigen. Eine Genehmigung durch den Zulassungsausschuss ist nicht notwendig.

Pro:

- Kostenersparnis
- Erweiterung des Leistungsspektrums bei fachübergreifender Praxisgemeinschaft

- intensiver interkollegialer Austausch
- geringer Beratungsbedarf vor der Gründung

b) Apparategemeinschaft

Eine Apparategemeinschaft ist bei der zuständigen KV und der Ärztekammer anzuzeigen. Einer besonderen Genehmigung durch den Zulassungsausschuss bedarf es nicht.

Pro:

- Kostenersparnis
- hoher Freiheitsgrad

Contra:

- Keine flexiblere Arbeitszeitgestaltung
- keine Vorteile hinsichtlich der Zukunftssicherung
- keine Vorteile hinsichtlich der medizinischen Gestaltungsmöglichkeiten
- wenig interkollegialer Austausch

c) Ärztehaus

Die Gründung eines Ärztehauses mit selbständigen Einheiten ist nicht genehmigungs- oder anzeigepflichtig. Kommt es jedoch zu Kooperationen innerhalb des Ärztehauses, sprich zur gemeinsamen Beschäftigung von Personal oder gemeinschaftlichen Nutzung von Praxisräumen, muss dies gemäß Zulassungsverordnung für Vertragsärzte der Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen.

Pro:

- Zukunftssicherung
- stärkere Marktposition
- hoher Freiheitsgrad

5. Integrierte Versorgung (§ 140 a ff SGB V)

Durch die Integrierte Versorgung (IV) sollen die starren Strukturen im Gesundheitswesen aufgelöst und die medizinische Versorgung disziplinen- und sektorenübergreifend gestaltet werden. Ein wesentlicher Ansatzpunkt ist die bessere Verzahnung des ambulanten und des stationären Sektors. Aber auch die interdisziplinär-fachübergreifende Zusammenarbeit ist Bestandteil der integrierten Versorgung. Einige der oben genannten Kooperationsformen, z.B. Praxisnetze oder Medizinische Versorgungszentren, sind auch im Rahmen der IV möglich.

6. Kooperation mit Krankenhäusern

Durch das VÄndG ist die Grenze zwischen den Sektoren durchlässiger geworden. Dies räumt sowohl den Kliniken als auch den Vertragsärzten mehr Raum bei der Patientenversorgung ein. Zur Optimierung von Behandlungsabläufen bietet sich die

Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern an. Folgende Kooperationsformen sind derzeit möglich:

a) Belegarzt

Das Belegarztsystem ist die älteste Kooperationsform zwischen stationärem Sektor und Vertragsarzt. Ein Belegarzt ist ein Vertragsarzt, der zusätzlich die Möglichkeit hat, seine bzw. ihm zugewiesene Patienten stationär zu behandeln. Dafür steht ihm eine bestimmte Anzahl von Krankenhausbetten zur Verfügung. Er ist verpflichtet, die medizinische Versorgung seiner Patienten Tag und Nacht sicherzustellen.

Belegärzte sind nicht beim Krankenhaus angestellt, sondern schließen als Freiberufler mit dem Krankenhaus einen Belegarztvertrag und mit dem Patienten einen Vertrag über die ärztliche Behandlung ab. Über die Zulassung als Belegarzt entscheidet die zuständige KV in Rücksprache mit den Krankenkassen. Dafür muss der Arzt bestimmte Voraussetzungen erfüllen, u.a. muss er als Vertragsarzt zugelassen sein, darf seine ärztliche Tätigkeit nicht auf die stationäre Tätigkeit fokussieren und muss in der Nähe der Belegklinik leben und praktizieren. Überdies müssen in dem betreffenden Krankenhaus Belegbetten vorhanden und ausgewiesen sein.

Der Belegarzt erhält sein Honorar über die Kassenärztliche Vereinigung, da es sich um eine spezielle Form der vertragsärztlichen Versorgung handelt. Die KV trägt nur die Kosten für die ärztlichen Leistungen. Unterkunft, Pflege und Verpflegung des Patienten rechnet das Krankenhaus mit den Kostenträgern als belegärztliche DRGs ab. Seit 1. April 2007 erfolgt die Vergütung extrabudgetär. Dazu wurde ein neues Kapitel im EBM gestaltet.

Der Belegarzt hat an Qualitätssicherungsmaßnahmen des Krankenhauses teilzunehmen und hat gegenüber dem Patienten und dem Krankenhaus eine Dokumentationspflicht. Um in die Abläufe der Klinik eingebunden zu sein, sollte der Belegarzt Besprechungen mit Abteilungsärzten beiwohnen und Absprachen mit anderen Belegärzten treffen.

Pro:

- Erweiterung des Leistungsspektrums
- geringer Beratungsbedarf vor Aufnahme der Tätigkeit

Contra:

- Keine flexiblere Arbeitszeitgestaltung
- Geringer Freiheitsgrad

b) Praxis am Krankenhaus

Unter diesem Begriff ist die Anielung einer Praxis im bzw. in unmittelbarer Nähe zum Krankenhaus zu verstehen. Die Räumlichkeiten des Krankenhauses müssen dabei jedoch strikt von den Praxisräumen getrennt sein. Die Kooperation findet nicht im Bereich der Patientenversorgung statt, sondern hat organisatorische Gründe. Ziel sind kurze Wege sowohl für Patienten als auch für Ärzte. Letztere profitieren von dieser Lösung vor allem, wenn sie Einrichtungen des Krankenhauses nutzen oder als Belegärzte tätig sind.

Eine Praxis am Krankenhaus ermöglicht beiden Kooperationspartnern die gemeinsame Nutzung vorhandener Strukturen und damit eine bessere Auslastung. So können

niedergelassene Chirurgen beispielsweise die Operationssäle der Klinik mitnutzen und somit die Kosten für die Anschaffung teurer Geräte einsparen. Zudem benötigen sie weniger Praxisfläche. Die Krankenhäuser erhalten im Gegenzug ein Nutzungsentgelt. Ferner profitieren Vertragsärzte häufig von den Organisationsstrukturen der Klinik und können Einrichtungen wie Wäschereien mitbenutzen oder sich Vorteile wie günstige Einkaufskonditionen sichern.

Für die reine Raumnutzung schließen Krankenhaus und Vertragsarzt einen ganz gewöhnlichen Mietvertrag ab. Die gemeinsame Nutzung von Geräten, Material oder Praxispersonal sollte unbedingt klar vertraglich geregelt werden. Gleiches gilt für die Behandlung stationärer Patienten in der ambulanten Praxis.

Ein Vertragsarzt mit Praxis am oder im Krankenhaus benötigt wie jeder andere niedergelassene Arzt eine Zulassung. Eine besondere Genehmigung darüber hinaus ist bei dieser Kooperationsform nicht nötig. Will ein bereits niedergelassener Arzt seine Praxis an ein Krankenhaus verlegen, muss dies allerdings rechtzeitig beim Zulassungsausschuss beantragt werden. Dieses Verfahren ist normalerweise unproblematisch, solange am bisherigen Praxisort keine Unterversorgung entsteht. Sollte dies allerdings eintreten, kann der Zulassungsausschuss die Verlegung ablehnen.

Hinsichtlich der Vergütung wird eine Vertragsarztpraxis am Krankenhaus ebenso behandelt wie eine Einzelpraxis. Erbringt der Arzt darüber hinaus aber auch Leistungen für das Krankenhaus, werden diese über das Budget für die stationäre Versorgung abgerechnet. Die strikte Trennung der Sektoren bleibt im Bereich der Abrechnungen also bestehen.

Derzeit befinden sich überwiegend fachärztliche Praxen an Krankenhäusern.

c) Konsiliararzt

Ein Konsiliararzt kann intern oder extern für ein Krankenhaus tätig werden. Er kann vom behandelnden Arzt hinzugezogen werden, wenn dieser eine Zweitmeinung zur Überprüfung von Diagnostik und Therapie wünscht. Überdies kann die konsiliarärztliche Tätigkeit auch die Mitbehandlung eines Patienten vor, während und nach dem Klinikaufenthalt umfassen. Konsiliarärzte werden häufig hinzugezogen, wenn sie Fachgebieten angehören, die nicht oder nicht mit der entsprechenden Spezialisierung im Krankenhaus vertreten sind. Grundsätzlich ist der Konsiliararzt kein Angestellter des Krankenhauses und somit weisungsfrei. Er kann aber die Räumlichkeiten, das Personal und die Einrichtungen des Krankenhauses in Anspruch nehmen. Im Gegensatz zum Belegarzt schließt er keine Behandlungsverträge direkt mit den Patienten ab.

Niedergelassene Ärzte können mit Krankenhäusern Dienstverträge über konsiliarärztliche Leistungen schließen. Sie stehen damit weder in einem Angestellten- noch in einem arbeitnehmerähnlichen Verhältnis zum Krankenhaus. KBV, Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben entsprechende Musterverträge entwickelt. Die Vergütung für konsiliarärztliche Leistungen ist leistungsabhängig und wird dem Krankenhaus vom Konsiliararzt in Rechnung gestellt. Grundlage ist die GOÄ.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Kassenärztliche Vereinigung mit dem Krankenhaus einen Rahmenvertrag über die konsiliarische Versorgung abschließt. Per Ausschreibung wählt die KV anschließend Vertragsärzte für diese Tätigkeit aus. Diese treten schließlich über den Rahmenvertrag in Einzelverträge mit dem Krankenhaus ein. In diesem Fall erfolgt die Abrechnung zwischen Krankenhaus und KV. Letztere leitet die vertraglich geregelten Vergütungen an den Konsiliararzt weiter.

Es wird empfohlen, bei Vertragsabschluss die Haftungsfrage zu klären und den zeitlichen und inhaltlichen Verantwortungsbereich zu definieren. Hat das Krankenhaus keine Haftpflichtversicherung für alle ärztlichen Tätigkeiten im dienstlichen Aufgabenbereich abgeschlossen, muss sich der Konsiliararzt selbst gegen Schadenersatzansprüche versichern.

Konsiliarärzte müssen als Vertragsärzte zugelassen sein. Sie dürfen ihre konsiliarärztliche Tätigkeit am Krankenhaus maximal 13 Stunden pro Woche ausüben.

Pro:

- geringer Beratungsbedarf vor Aufnahme der Tätigkeit
- intensiver interkollegialer Austausch

Contra:

- keine Kostenersparnis
- keine Erweiterung des Leistungsspektrums
- keine Vorteile hinsichtlich der Zukunftssicherung
- Keine flexiblere Arbeitszeitgestaltung
- geringer Freiheitsgrad

d) Übernahme vor- und nachstationärer Leistungen durch den Vertragsarzt

Die vor- und nachstationäre Behandlung ist weder als ambulante Versorgung im Krankenhaus noch als stationäre Versorgung einzustufen, sondern stellt eine eigenständige Behandlungsform dar. Grundsätzlich werden diese Leistungen vom Krankenhaus erbracht, sie können jedoch auch an Vertragsärzte delegiert werden. Seit Einführung des Fallpauschalensystems und der Regelungen für das ambulante Operieren haben Krankenhäuser ein verstärktes Interesse daran, vor- und nachstationäre Leistungen in den ambulanten Sektor zu verlagern. Durch die gesicherte ambulante Nachsorge können Liegezeiten verkürzt und Wiedereinweisungen vermieden werden. Zudem bietet sich eine solche Arbeitsteilung an, wenn Patienten nicht in der Nähe des Krankenhauses wohnen. Wichtig ist in jedem Fall eine enge Absprache zwischen Klinik und Vertragsarzt, um eine qualitätsgesicherte Vor- und Nachsorge zu gewährleisten.

Alle Leistungen, die der Vertragsarzt für das Krankenhaus erbringt, müssen vom Krankenhaus vergütet werden. Ist dies nicht der Fall, kann der Arzt den Patienten an die Klinik zurückweisen. Es ist ratsam, die vereinbarten vor- und nachstationären Leistungen sowie die Vergütung in einem Einzelvertrag mit dem Krankenhaus festzuhalten. Entsprechende Musterverträge halten die KVen bereit. Zudem sollte der nachbehandelnde Arzt nach der Entlassung des Patienten einen Arztbrief mit allen relevanten Informationen erhalten.

Übernimmt ein Vertragsarzt Teile des Versorgungsauftrages des Krankenhauses, so ist die Vergütung mit dem Krankenhaus auszuhandeln. Empfehlenswert sind nach Diagnosen differenzierte Pauschalen je Behandlungsfall. Diese haben den Vorteil, dass die Einnahmen vorab genau kalkuliert werden können. Überdies entfällt – trotz differenzierter Leistungserbringung – eine detaillierte Rechnungslegung. Die Pauschalen werden über die DRGs finanziert, die das Krankenhaus erhält. Unter Umständen sind Zuschläge, z.B. für Laborleistungen, möglich. Vertragsärzte dürfen sich die Einweisung in ein Krankenhaus nicht vergüten lassen (Verbot von Zuweiserpauschalen). Allerdings können Leistungen, die auf

Wunsch des Krankenhauses nach der Einweisung erbracht werden, extrabudgetär vergütet werden. Ambulant tätige Vertragsärzte, die anstelle von Krankenhäusern die Nachsorge übernehmen, müssen die Kostenübernahme mit dem Krankenhaus abklären. Dabei ist darauf zu achten, dass keine Doppelabrechnung erfolgt, die Leistung also nur außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung vergütet wird.

Die vor- und nachstationäre Versorgung durch den Vertragsarzt wird durch einen Einzelvertrag mit dem Krankenhaus geregelt. Die Zustimmung der KV ist nicht notwendig.

Pro:

- geringer Beratungsbedarf vor Aufnahme der Tätigkeit

Contra:

- keine Kostenersparnis
- keine Erweiterung des Leistungsspektrums
- Keine flexiblere Arbeitszeitgestaltung
- Keine besonderen medizinischen Gestaltungsmöglichkeiten

e) Anlaufpraxis

Anlaufpraxen werden üblicherweise von mehreren Ärzten, einem Ärztenetz oder der KV organisiert. Sie werden vertragsärztlich geführt und befinden sich oftmals im Krankenhaus. In einer Anlaufpraxis werden außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten Notfälle behandelt. Vertragsärztliche Notfälle entscheiden sich eindeutig vom Rettungsdienst. Sie beziehen sich auf die Erstversorgung im Rahmen der gebotenen Sofortmaßnahmen. Die Behandlung wird in der Regel am nächsten vom Haus- oder niedergelassenen Facharzt fortgeführt. Anlaufpraxen sind auch unter den Begriffen Notfallpraxen, Bereitschaftsambulanz oder Notfallambulanz bekannt.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, Anlaufpraxen zu betreiben. Der Standort im Krankenhaus hat viele Vorteile. Zum einen werden hier die Patientenströme gebündelt, da sich Patienten im Notfall bevorzugt an ein Krankenhaus wenden. Zum anderen wird die Notfallambulanz eines Krankenhauses entlastet, wenn leichtere Fälle in der Anlaufpraxis behandelt werden können. Auch Doppeluntersuchungen und stationäre Einweisungen können so minimiert werden.

Das Modell der alternierenden Anlaufpraxis wurde in vielen Praxisnetzen etabliert. Hier übernehmen die Praxen reihum die Funktion der Anlaufpraxis. Der Nachteil dieser Variante besteht darin, dass es keinen festen Anlaufpunkt für die Patienten gibt.

Vertragsärzte, die in einer Anlaufpraxis im Krankenhaus tätig sind, stehen zum Krankenhaus weder in einem Angestellten- noch in einem Arbeitnehmerverhältnis.

Eine von Vertragsärzten selber geführte Anlaufpraxis ist vertragsrechtlich einer Praxisgemeinschaft ähnlich. Als Rechtsform wird häufig die GbR gewählt. Diese schließt einen Mietvertrag mit dem Krankenhaus ab. Haftungsrechtliche Unterschiede zur Vertragsarztpraxis außerhalb des Krankenhauses existieren nicht.

Eine Anlaufpraxis wird normalerweise über die Einnahmen, die sich aus der Abrechnung mit der KV ergeben, finanziert. Die Abrechnung kann über die eigene Abrechnungsnummer des einzelnen Arztes oder die gemeinsame Nummer der Anlaufpraxis erfolgen. Die gemeinsame Abrechnung kann innerhalb der Anlaufpraxis für eigene Vergütungsmodelle genutzt werden.

Ferner kann über eine gemeinsame Betriebsstättennummer gegenüber der KV abgerechnet werden. Das Honorar wird dann auf ein separates Honorarkonto überwiesen und die Mitglieder der Anlaufpraxis nehmen die Verteilung selbst vor. In den Anlaufpraxen hat sich eine pauschalierte Vergütung der Dienste durchgesetzt. In manchen Praxen erhalten Ärzte größere Honoraranteile, wenn sie an Wochenenden oder Feiertagen Dienst tun.

Neben dem vertragsärztlichen Honorar, das den größten Teil der Einnahmen ausmacht, gibt es auch Honorare aus der privatärztlichen Liquidation sowie aus Abrechnungen mit Berufsgenossenschaften.

Investitionen werden – je nach Modell – von den Vertragsärzten oder der KV, zuweilen auch vom Krankenhausträger übernommen. Auch ein Darlehen von der KV ist unter Umständen möglich.

In einer Anlaufpraxis fallen zahlreiche organisatorische Aufgaben wie die Erstellung von Dienstplänen, das Aufstellen eines Haushaltsplans sowie Verhandlungen und Abstimmungen mit dem Krankenhaus und der KV an. Insofern empfiehlt es sich, einen Hauptverantwortlichen zu benennen. Dessen Aufgaben sollten vertraglich festgehalten und entsprechend honoriert werden.

Die Eröffnung einer Anlaufpraxis erfordert keine Genehmigung durch die KV. Für die ordnungsgemäße vertragsärztliche Abrechnung der erbrachten Leistungen ist eine eigene Betriebsstättennummer bei der KV zu beantragen. So können Leistungen, Verordnungen etc. korrekt zugeordnet werden.