

1 So genannte Ärztehäuser ermöglichen Synergieeffekte.
So-called medical centres make synergy effects possible.

Zwischen Kooperation und Freiberuflichkeit – Perspektiven im Gesundheitswesen Between cooperation and freelance – Prospects in the health service



Carsten Padrok

Der 1974 geborene Autor ist seit Oktober 2007 Direktor der Frankfurter Niederlassung der Deutschen Apotheker- und Ärztebank. Nach seiner Banklehre bei der Saar Bank eG in Saarbrücken und berufsbegleitenden Qualifikationsmaßnahmen trat Carsten Padrok im Jahr 2005 bei der apoBank ein.

The author, who was born in 1974, has been a director of the Frankfurt branch office of the German pharmacists' and doctors' bank (Deutsche Apotheker- und Ärztebank) since October 2007. After his training as a bank clerk with the Saar Bank eG in Saarbrücken and accompanying professional qualification measures, Carsten Padrok joined the apoBank in the year 2005.



Carsten Burchartz

Der Autor ist gelernter Bankkaufmann und studierter Diplom-Kaufmann und Gesundheitsökonom. Nach seinem Studium war Carsten Burchartz zunächst im Gesundheitswesen unternehmensberatend tätig, bevor er 1999 zur apoBank wechselte. Er ist heute Abteilungsleiter für Gesundheitsmärkte und -politik in der Düsseldorfer Zentrale des Bankhauses.

The author is a trained bank clerk, a graduate in business-management and a health economist. After his studies, Carsten Burchartz worked in the health sector first before he changed to the apoBank in 1999. Today, he is a department director for health markets and policy in the Düsseldorf headquarters of the bank.

Das Zeitalter der Informationstechnologie neigt sich dem Ende zu. Gesundheit ist die Wachstumslokomotive des beginnenden 21. Jahrhunderts. Im Lichte zuversichtlicher Wachstumsprognosen deuten viele Indizien darauf hin, dass das Thema Gesundheit und dessen mannigfaltige Ausprägungen wie Wellness, Fitness oder Beauty den sechsten Kondratjew-Zyklus prägen werden.

Zudem befindet sich das deutsche Gesundheitswesen in einem dramatischen Strukturwandel, der sowohl politisch induziert ist als auch durch demografische Hypothesen beziehungsweise medizinisch-technologische Innovationen forciert wird.

Eine Facette des wachsenden Wettbewerbsdrucks sind die neuen „Gesundheitsgesetze“. Galt das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG 2004) mit seinen Neuregelungen (medizinische Versorgungszentren, Anstellung von Ärzten, unter anderem) schon als „Trendbruchereignis“ medizinischer Leistungserbringung im ambulanten Bereich, so kann man die Strukturveränderungen des Vertragsarztrechtsänderungs-Gesetzes (VÄndG 2007) ohne Übertreibung als „Revolution“ bezeichnen. Schon im Jahr 2004 hatte der Bundesärztekongress eine neue Musterberufsordnung beschlossen,



1

The age of information technology is about to end. Health is the growth engine of the incipient 21st century. In the light of confident growth forecasts, many evidences hint on the subject of health and its manifold expressions like well-being, physical fitness or beauty to mark the sixth Kondratjew cycle.

Moreover, the German health service is undergoing a dramatic structural change, which is both induced by politics and pushed by demographic developments and also by innovations in medical technology.

The new “health laws” are a facet of the growing competition pressure. If the statutory health insurance (GKV) modernization law (GMG 2004) with its readjustments (medical supply centres, employment of doctors, et cetera) was already a “trend breaking event” in the outpatient medical service area, then the structure changes of the Panel Physicians Amendment Act (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz or VÄndG

2007) may be described as a “revolution” without exaggerating. Already in the year 2004, the German Medical Assembly had decided on a new model professional code that was in the meantime converted to existing law by the regional Medical Associations. The medical professional law was thereby decontrolled in regard of essential aspects, particularly with regard to the cooperation and employment possibilities as well as the practice seats. At first these new professional practice possibilities were valid only in the private medical area.

The cooperation and professional practice possibilities that were so far only “indicated” by the new professional law became effective on 1 January 2007 by a modified health insurance law. The consequences of this are among other things an acceleration of cooperative and also translocal professional practice possibilities, an increasing employment of doctors in practices and medical care centres or a further merging

of outpatient and inpatient treatment. Today, it can already be anticipated that the structure changes of the Panel Physicians Amendment Act (VÄndG) in regard of the (health) economic consequences of the “law to strengthen competition” in the health-care sector, (Wettbewerbsstärkungsgesetz or WSG) will further push the outlined development of the medical care structures. A further growing pressure on the traditional medical, freelance single practice will come along with this.

Procedure

Under the various future aspects of medical performance, the two future prospects of cooperation or self-employment shall be particularly outlined in their interaction on the following pages.

Cooperation models of outpatient medical supply

For those who work, or would like to work, as self-employed doctors in out-



die zwischenzeitlich von den regionalen Ärztekammern in geltendes Recht umgesetzt worden ist. Damit wurde das ärztliche Berufsrecht insbesondere hinsichtlich der Kooperations- und Anstellungsmöglichkeiten sowie der Praxissitze in wesentlichen Zügen liberalisiert. Zunächst galten diese neuen Berufsausübungsmöglichkeiten jedoch nur im privatärztlichen Bereich.

Die durch das neue Berufsrecht bislang nur „angedeuteten“ Kooperations- und Berufsausübungsmöglichkeiten wurden zum 1. Januar 2007 durch ein modifiziertes Krankenkassenrecht zum Leben erweckt. Konsequenzen sind unter anderem eine Forcierung kooperativer, auch überörtlicher Berufsausübungsmöglichkeiten, eine zunehmende Anstellung von Ärzten in Praxen und ärztlichen Versorgungszentren beziehungsweise ein weiteres Zusammenwachsen von ambulanter und stationärer Versorgung.

Es ist heute schon zu antizipieren, dass die Strukturveränderungen des VÄndG im Lichte der (gesundheits)ökonomi-

schen Auswirkungen des Wettbewerbsstärkungsgesetzes (WSG) die skizzierte Fortentwicklung der Versorgungsstrukturen weiter vorantreiben werden. Damit einhergehen wird ein weiter wachsender Druck auf die traditionelle ärztliche freiberufliche Einzelpraxis.

Vorgehensweise

Unter den diversen Zukunftsperspektiven ärztlicher Leistungserbringung sollen auf den folgenden Seiten die beiden Zukunftsperspektiven Kooperation beziehungsweise Freiberuflichkeit insbesondere in ihrer Wechselwirkung skizziert werden.

Kooperationsmodelle ambulanter medizinischer Versorgung

Wer heute als freiberuflicher Individualmediziner in der ambulanten Gesundheitsversorgung tätig ist oder aber tätig werden möchte und dabei einen Einzelkampf vermeiden will oder nach verbesserten persönlichen Arbeitsrahmenbedingungen sucht, dem stehen über die üblichen Kooperationsmöglichkeiten wie Praxisgemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis hin-

aus vielfältige Kooperationsformen offen.

Dafür sorgen das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG 2004), die Novellierung der Musterberufsordnung (MBO 2004) beziehungsweise die neuen Berufsausübungsmöglichkeiten des Vertragsarztrechtsänderungs-Gesetzes (VÄndG 2007).

Status quo

Traditionell findet ambulante Versorgung immer noch in räumlich isolierten Praxen statt, wobei dies in der Mehrzahl noch Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen oder Praxisgemeinschaften sind. Vielfach wurden dafür Räumlichkeiten ausgesucht, deren Flächen und die damit verbundenen Nutzungskonzepte den Anforderungen an ein modernes Arztunternehmen – und dazu zählt jede noch so kleine, freiberuflich geführte Arztpraxis – in vielen Fällen nicht mehr gerecht werden.

Wie wichtig dieser Aspekt unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten ist, zeigt



2 + 3 Kooperation „über den Flur“: normal in Kliniken und zunehmend auch in Ärzthäusern
 Cooperation “across the doorway”: This has become normal in hospitals and is increasing in medical centres.

patient health care today but would like to avoid a single combat or look for improved individual work conditions, there are various possible cooperation forms beyond the usual cooperation options, like group practices.

This is controlled by the statutory health insurance (GKV) modernization law (GMG 2004), the amendment of the model professional code (MBO 2004) or the new professional practice possibilities of the Panel Physicians Amendment Act (VÄndG 2007).

Status quo

Outpatient treatment is still done in general by spatially isolated practices, most of them still being individual practices, group practices or practice communities. In a lot of cases the premises chosen for this do no longer meet the requirements to a modern medical enterprise in terms of areas and the respective usage concepts, which is applicable on even the smallest individual doctor's practice.

A look at health economy shows how important this aspect is under economic points of view. There are examinations, according to which up to 20 per cent of the sales volume is destroyed by avoidable staff and room costs in badly or wrongly cut ground plans.

Aim finding

When thinking about a way to give up the “single combat”, quite some of those working in health care professions start with the question: Which legal form is the right one? And supplementary: Which legal form leads to which tax aspects?

This intellectual attempt may splendidly be described as the wrong. Before the decision on a concrete legal form, questions have to be asked, like:

- What is my aim when cooperating with others?
- Are the prevailing aspects of economic nature, for example the striving for an increased benefit?
- Or are the primary aspects those of an enhanced care for the patients?
- Or is the main focus on the achievement of some more individual satisfaction from work and an enhanced quality of life?

In reality there will always be a mixture of these questions, which will then outline a possible solution. Depending on concrete questions, various cooperation forms, whose concrete legal form isn't still decisive in this stage, are then found.

Cooperation forms

If one doesn't elect the cooperation form just by following the criterion

“legal form” then there might be a sensible distinction between:

- Decentralized and connected
- Spatially concentrated

Some decentralized cooperation forms are listed here:

- Part cooperations with separate practice seats (also cross cooperations and cooperations with other cooperations that may be spatially concentrated)
- Translocal community or share group practices
- Practice network in different forms

In comparison to this, the following spatially concentrated cooperation options are mentioned:

- Medical care centre (with or without employed doctors; with or without embedding non-medical cooperation partners)
- Innovative doctor houses
- Medical care centre or (a more complex form): “centre of health care”

Cooperation aims

With the last-named cooperation variants, various cooperation aims can be pursued:

- Strengthening the income situation
- Payment receipt from national health insurance, for example with the help of additional individual contracts

4 + 5 Ein klassischer Vertreter der Querschnittsmedizin ist der Radiologe. Der Röntgenspezialist fehlt in der Regel auch in kleineren Ärztezentren nicht.
The radiologist is a classical representative of interdisciplinary medicine. Even in smaller health care centres, you can find a radiologist in general.



ein Blick in die Gesundheitsökonomie. So gibt es Untersuchungen, denen zufolge in schlecht oder falsch geschnittenen Grundrissen bis zu 20 Prozent des Umsatzes durch vermeidbare Personal- und Raum-Kosten vernichtet werden.

Zielfindung

Dabei beginnen bei so manchem Heilberufsangehörigen die Überlegungen, in welcher Form das Einzelkämpfertum aufgegeben werden könnte, so manches Mal mit der Frage: Welche Rechtsform ist die richtige? Und ergänzend: Welche Rechtsform hat welche steuerlichen Aspekte zur Folge?

Dieser gedankliche Ansatz darf trefflich als der falsche beschrieben werden. Vor der Festlegung auf eine konkrete Rechtsform müssen Fragen stehen wie:

- Was will ich überhaupt erreichen, wenn ich mit anderen kooperiere?
- Stehen im Vordergrund wirtschaftliche Fragestellungen, zum Beispiel die nach der Erhöhung des aus der Tätigkeit erwirtschafteten Gewinns?
- Oder stehen vor allem Aspekte der Patientenversorgung im Vordergrund?
- Oder geht es darum, ein Stück weit mehr eigene Arbeitszufriedenheit und Verbesserung der Lebensqualität zu erreichen?

In der Realität wird immer ein Mix aus diesen Fragestellungen eine mögliche Lösung skizzieren. Je nach konkreter Fragestellung finden sich dann unterschiedliche Kooperationsformen, deren konkrete Rechtsform in diesem Stadium noch nicht entscheidend ist.

Kooperationsformen

Wählt man zur Unterscheidung von Kooperationsformen nicht das Kriterium „Rechtsform“, dann lässt sich zum Beispiel sinnvoll unterscheiden nach:

- dezentral eingebunden
- räumlich konzentriert

Als dezentrale Kooperationsformen lassen sich aufzählen:

- Teilkooperationen mit getrennten Praxissitzen (auch Überkreuz-Kooperationen und Kooperationen mit räumlich konzentrierten Kooperationen)
- überörtliche Gemeinschafts- beziehungsweise Teilgemeinschaftspraxen
- Praxisnetze in verschiedenen Ausprägungen

Im Unterschied dazu sollen die räumlich konzentrierten Kooperationen genannt werden:

- Medizinisches Versorgungszentrum (mit oder ohne angestellte Ärzte; mit oder ohne Einbindung nichtmedizinischer Kooperationspartner)

- innovatives Ärztehaus
- ärztliches Versorgungszentrum beziehungsweise (komplexer): „Zentrum für Gesundheitsversorgung“

Kooperationsziele

Mit den letztgenannten Kooperationsvarianten lassen sich unterschiedliche Kooperationsziele verfolgen:

- Stärkung der Einnahmensituation
- Honorare von Seiten der GKV, zum Beispiel durch ergänzende Einzelverträge
- Erschließung von Einnahmequellen außerhalb der GKV
- Minderung der betriebswirtschaftlichen Kosten
- Raumkosten
- Personalkosten
- Gerätekosten
- Verbesserung des Standings der Praxis durch schnelle Befunddatenübermittlung (Patientenbriefe), zum Beispiel auf elektronischem Wege durch Verzahnung der eigenen Leistungen und Kernkompetenzen mit den Leistungsmöglichkeiten und Kernkompetenzen anderer

Räumlich konzentrierte Kooperationen

Im Grunde lassen sich die größten Effekte auf den genannten Gebieten erreichen, indem räumlich konzentrierte Kooperationen, also die Agglomeration



- Achievement of income sources apart from the national health insurers
- Reduction of the business management costs
- Costs of premises
- Personnel expenditures
- Piece of equipment costs
- Improvement of the standing of the practice by
- Fast communication of diagnosis data (patient letters) for example on the electronic way by
- A close integration and interaction of the own services and core competence with services and core competence of others

Spatially concentrated cooperation

Basically, the most important effects can be reached in the mentioned fields when choosing spatially concentrated cooperation, which means the agglomeration of practices. The headword “medical care centre” is what you immediately think of, but this is not the only possibility. This cooperation form undisputedly offers a certain upside potential. This will however be decisive for

only those cooperation partners who are looking for the specific advantages of a medical care centre (for example employment of doctors, internal payment distribution scale, flexible planning of working time). Beyond this, other forms of the spatially concentrated cooperation are surely more target-oriented. Many apparent advantages of the medical care centre (MVZ) are also accessible to individual doctors because of the Panel Physicians Amendment Act since 1 January 2007.

By means of the concentration of outpatient health supply on a “centre” it is possible to promote

- area optimization
- process optimization
- staff optimization
- quality management
- increased marketing potential
- completing income from insurance-independent customers, based on the increased health conscience of the population

in a synergetic way.

There are different organizational possibilities within health premises. Basic-

ally, the practices will remain legally separate as individual practices, group practice or similar, as before, but they cooperate with each other in certain areas. In a further expansion it is possible to aim at a cooperation with inpatient facilities, whereby contents and liability are scalable. All these cooperation forms are combinable with a specific offer of complementary health offers (medical supply store, optician, fitness centre, well-being offers, beauty, et cetera), rehabilitation or prevention offers. In many health locations, there is also a certain amount of retail trade (café, bakery, food store, drugstore, hairdresser, et cetera) completing the marketing-mix of the “health care centre”.

The upcoming question of the suitable legal form is then determined by different variants of property rights, liability and taxation law. Depending on the cooperation type, different legal forms are preferable. In this respect, an individually-practicing doctor gives up a part of his own “power.” However, possible synergy potentials or cost saving possibilities are in contrast with this:

von Praxen, gewählt werden. Aktuell fällt dabei sofort das Schlagwort „Medizinisches Versorgungszentrum“, aber dass muss es nicht sein. Unbestritten bietet diese Kooperationsform ein gewisses Upside-Potenzial. Dieses wird sich aber nur den Kooperationspartnern erschließen, denen die spezifischen Vorteile eines „Medizinischen Versorgungszentrums“ (zum Beispiel Anstellung von Ärzten, interner Honorarverteilungsmaßstab, flexible Arbeitszeitgestaltungsmöglichkeiten) ausschlagend erscheinen. Darüber hinaus sind andere Formen der räumlich konzentrierten Kooperation sicherlich zielführender. Viele scheinbare Vorteile des MVZ sind seit dem 1. Januar 2007 durch das Vertragsarztrechtänderungs-Gesetz auch dem Einzelarzt zugänglich.

Durch die Konzentration ambulanter Gesundheitsversorgung auf ein „Zentrum“ lassen sich

- Flächenoptimierung
- Prozessoptimierung
- Personaloptimierung
- Qualitätsmanagement
- Steigerung des Marketingpotenzials
- ergänzende Selbstzahlereinnahmen auf der Basis des gestiegenen Gesundheitsbewusstseins der Bevölkerung synergetisch fördern.

Innerhalb der Gesundheitsimmobilie erfährt die Kooperation vielfältige Ausgestaltungsmöglichkeiten. In der Grundkonstruktion bleiben die Praxen grundsätzlich rechtlich selbstständig als Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft, wie bisher, kooperieren jedoch auf Teilgebieten miteinander. In einer weiteren Erweiterung kann die Kooperation mit einer stationären Einrichtung angestrebt werden, deren Inhalt und Verbindlichkeit skalierbar ist. All diese Kooperationsformen sind jeweils kombinierbar mit einem spezifischen Angebot von komplementären Gesundheitsangeboten (Sanitätshaus, Optiker, Fitness, Wellness, Beauty, unter anderem), Heilmittel-, Rehabilitations- beziehungsweise Präventionsleistungen. An vielen Gesundheitsstandorten ist auch ein gewisser Anteil von Einzelhandel (Café, Bäckerei, Lebensmittelhändler, Drogerie, Friseur, unter anderem) zu verzeichnen, der den Angebots- beziehungsweise Marketing-Mix des „Gesundheitszentrums“ sinnvoll ergänzt.

Die sich anschließende Frage nach der passenden Rechtsform wird durch Eigentums-, Haftungs- und steuerrechtliche Varianten determiniert. Je nach Kooperationstyp sind jeweils konkrete Rechtsformen zu präferieren. Der einzelne Arzt gibt insofern einen Teil seiner eigenen „Machtfülle“ auf. Dem ste-

hen aber mögliche Synergiepotenziale beziehungsweise Kosteneinsparungsmöglichkeiten diametral gegenüber:

- gemeinsamer Empfang mit gemeinsamem Personal
- Vermeidung von Gerätedopplungen und Betrieb der verbleibenden Geräte in einer Apparategemeinschaft
- gemeinsam genutzte Warteflächen mit gemeinsamer Infrastruktur

Dabei ist selbstverständlich von immaterieller Wichtigkeit, dass es sich nicht nur um ein neues, verändertes Raumangebot handelt, sondern dieses durch ein tragfähiges Nutzungskonzept unterstützt wird, das die Notwendigkeiten einer (gesundheits)ökonomischen Optimierung in der ambulanten Medizin berücksichtigt.

Unzweifelhaft bieten räumlich konzentrierte Kooperationen dem freiberuflichen Individualmediziner zukunfts- und existenzsichernde Perspektiven, wie zum Beispiel:

- prädestinierter Partner für innovative beziehungsweise integrierte Versorgungsmodelle
- ergänzende, innovative (Einzel)Vertragsarten
- innovative Vergütungsformen
- gesteigerte Verhandlungsmacht Dritten (zum Beispiel auch Krankenkassen) gegenüber.

**6 Hoffnungsvoll:
Die Gesundheitsbranche wächst.
Full of hope:
The health sector is growing.**

- A common reception with common receptionist staff
- Avoidance of double purchase of devices and the operation of the remaining devices in common
- Waiting areas with a common infrastructure used together

Of course, it is of eminent importance that it isn't only a new, changed space offer but this has to be supported by a sustainable usage concept which meets the necessities of a (health-supporting) economical outpatient treatment in ambulant medicine.

Undoubtedly, spatially concentrated cooperation offers future and existence securing prospects to the freelance individual doctor, such as:

- Predestined partner for innovative or integrated care models
- Completing, innovative (individual) contract types
- Innovative forms of reimbursement
- An increased power of negotiation in face of third parties (for example health insurers).

