

Radiologen Wirtschafts Forum

98. Deutscher Röntgenkongress
Einladung zum Standbesuch und Lunchsymposium!
(Details siehe Kasten auf Seite 2 und Anzeige auf Seite 9)

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

5 | Mai 2017

Finanzen

„Reichtum im Alter“ – das MVZ als Altersversorgung für den Radiologen

Mit Mitte 50 beginnen die meisten Praxisinhaber, sich Gedanken über die weitere Lebensplanung zu machen. Ein wesentlicher Aspekt ist dabei das Wann und Wie der Praxisabgabe. Viele Radiologen trennen sich nur zögerlich vom Lebenswerk. Außerdem kann der Übergang in die Rente zu einer deutlichen Absenkung des Lebensstandards führen. Der für die Praxis zu erzielende Verkaufspreis kompensiert diese Nachteile nicht immer. Hinzu kommt, dass es derzeit schwer fällt, am Kapitalmarkt eine interessante Rendite zu erzielen. Wer sich vor diesem Hintergrund wünscht, weiterhin – und bis ins hohe Alter – „Praxisinhaber“ bleiben zu können, für den kann ein medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) eine Option sein.

von RA und FA für MedR
Dr. Thomas Willaschek, Dierks +
Bohle Rechtsanwälte Partnerschaft
mbB, Berlin, www.db-law.de

Warum ein MVZ? Und warum als GmbH?

Nur das MVZ in Form einer GmbH bietet die Möglichkeit, gleichzeitig Inhaber und Angestellter zu sein. Für Einzelpraxisinhaber mit angestellten Ärzten ist es die einzige Option, weiter allein Gesellschafter zu sein und keine Partner aufnehmen zu müssen. Außerdem ist es die einzige legale Gestaltung, die eigene ärztliche Tätigkeit weitestgehend zu

reduzieren, trotzdem „Chef im eigenen Haus“ zu bleiben und die Gewinne des MVZ zu entnehmen.

Gründer und Betreiber eines solchen MVZ kann jeder Vertragsarzt sein. Auch der, der auf seine Zulassung verzichtet hat, um in seinem eigenen MVZ selbst als Angestellter weiter vertragsärztlich tätig zu sein. Solange die vertragsärztliche Tätigkeit fortgeführt wird, bleibt ein Arzt also zulässiger MVZ-Inhaber. Er kann Mitgesellschafter oder Alleingesellschafter der MVZ-Gesellschaft sein, in der er gleichzeitig Angestellter ist. Das liest sich wie ein schwieriger Spagat, ist aber rechtlich gut umsetzbar.

Inhalt

98. Deutscher Röntgenkongress in Leipzig

Guerbet lädt ein: Standbesuch und Lunchsymposium!

- Details siehe Kasten auf Seite 2
- Anzeige auf Seite 9

Mietrecht

Das bedeutet ein Vorkaufsrecht in einem Arztpraxis-Mietvertrag 3

– mit Download „Muster-Mietvertrag über eine Arztpraxis“ unter www.rwf-online.de

Kassenabrechnung

- KV-Honorar 2015: die Eckdaten für Radiologen 5
- Neuer Termin für die EBM-Reform ist erst der 01.01.2019 6

Klinikmanagement

Aktuelle DKG-Bestandsaufnahme für die Krankenhausplanung 6

Integrierte Versorgung

Darum scheitern Radiologie-Kooperationen und darum sind andere erfolgreich 6

Festhalten an eigener Zulassung ist für Ruhestand nicht geeignet

Ein Vertragsarzt muss mindestens einen hälftigen Versorgungsauftrag ausfüllen und damit mehr als zehn Stunden in der Woche für die Patientenversorgung zur Verfügung stehen. Die KVen überprüfen das anhand der über die lebenslange Arztnummer abgerechneten Leistungen. Zehn Stunden sind recht viel, wenn man eigentlich im Ruhestand sein möchte. Dazu kommt, dass ein halbes Budget (RLV o. Ä.) in Anspruch genommen wird, auf dem auch zumindest doppelt so viel gearbeitet werden könnte. Deshalb erscheint ein Festhalten an der eigenen Zulassung nicht als geeignete Lösung.

Viertelung des Versorgungsauftrags für Angestellte ist möglich

Im Gegensatz dazu kann ein Versorgungsauftrag für Angestellte geviertelt werden. So reicht auch eine Tätigkeit von deutlich unter zehn Wochenstunden für den Inhaber bzw. Gesellschafter eines MVZ aus. Drei Stunden pro Woche arbeiten ist für viele Ärzte evtl. schon eher denkbar. Dazu besteht die Möglichkeit, sich bei Urlaub und Krankheit vertreten zu lassen, sodass auf dem Sitz weiter gearbeitet wird.

Jobsharing ermöglicht höchste Flexibilität

Vertragsarztrechtlich darstellbar ist auch, ein sogenanntes Jobsharing in das MVZ zu transferieren bzw. als Angestellter im eigenen MVZ zu beginnen. Ein solches bewirkt, dass sich der MVZ-Inhaber und ein jüngerer Arzt selbst den geviertelten Versorgungsauftrag noch teilen – und zwar nicht hälftig, sondern flexibel. Genehmigt der Zulassungs-

Guerbet lädt ein

98. Deutscher Röntgenkongress 2017 in Leipzig

Wir laden Sie herzlich ein am:

Mittwoch, 24. Mai 2017	13:00 – 18:00 Uhr
Donnerstag, 25. Mai 2017	09:00 – 17:30 Uhr
Freitag, 26. Mai 2017	09:00 – 17:30 Uhr

zu einem Besuch **auf unseren Ausstellungsstand** (Congress Center Leipzig/Messe Leipzig, Halle 2, Stand C 10). Es erwarten Sie:

- Aktuelle wissenschaftliche Informationen zu unseren Produkten
- Vorführung unserer innovativen Injektions-Systeme
- Demonstration unseres neuen Angebots **DoseCare®** zum Strahlendosis-Management
- Lunchsymposium „MRT-Update 2017“ ([siehe Anzeige auf der letzten Seite](#))
- Kompetente Beratung und kollegialer Austausch in angenehmer Atmosphäre inklusive kleiner Erfrischungen
- Laden Sie neue Energie! Entspannen Sie in unserer kleinen Lounge und nutzen Sie nebenbei unsere Ladestation für Mobilgeräte!
- Online-Registrierung zum Abonnement des „RWF Radiologen WirtschaftsForum“ (www.rwf-online.de)
- **Feiern Sie mit uns „90 Jahre Guerbet“** mit einem Glas Champagner und kleinen Köstlichkeiten (im Rahmen des Kennenlern-Empfangs am Mittwoch, 24. Mai 2017, ab 17:30 Uhr)
- Beenden Sie den zweiten Kongresstag mit einem Come-Together zu unserer „Contrast Hour“ (Donnerstag, 25. Mai 2017, ab 16:30 Uhr)

Wir freuen uns auf Ihr Kommen!

Ihre Guerbet GmbH

ausschuss das Jobsharing, reicht daher minimales persönliches Engagement in der Patientenbetreuung: nach liberaler Auffassung bereits ein einziger Behandlungsfall im Quartal.

MVZ-Inhaber kann sich weiter einbringen

Ob sich der MVZ-Inhaber darüber hinaus einbringen möchte, bleibt ihm

überlassen. Gestaltungsspielraum bieten insbesondere die Geschäftsführung der MVZ-Gesellschaft und die Ärztliche Leitung des MVZ:

- **Der Geschäftsführer** handelt zivilrechtlich für die Gesellschaft, d. h.: Er vertritt sie bei Vertragsabschlüssen, Kündigungen etc.
- **Der ärztliche Leiter** hat die vertragsarztrechtliche Verantwor-

tung für die ärztliche Steuerung der Betriebsabläufe und eine Gesamtverantwortung gegenüber der KV. Dies betrifft insbesondere die Einholung von Genehmigungen, das Anzeigen von Vertretungen und die Unterzeichnung der Abrechnung. Um ärztlicher Leiter zu sein, dürfte es nach der jüngsten Gesetzesänderung ausreichen, zehn Stunden pro Woche im MVZ (0,25 Versorgungsauftrag) angestellt zu sein.

HINWEIS | Der „Teilzeit-Ruhestandler“ muss weder die Geschäftsführung noch die ärztliche Leitung übernehmen. Beide Positionen können genauso gut Angestellte oder Mitgesellschafter ausfüllen.

Der eigene „Fünf-Jahres-Plan“

Es ist – wie gezeigt – einiges möglich, wenn man bereit ist, statt in den Ruhestand zu gehen, Unternehmer zu werden. Elementar ist eine frühzeitige Planung der einzelnen Schritte. Vor allem die Umwandlung einer Praxis in ein MVZ und die eigene Arbeitszeitreduzierung bis nahe Null sind rechtzeitig vorzubereiten. Unter Berücksichtigung der aktuellen Vorgaben des Bundessozialgerichts ist ein Planungshorizont von fünf Jahren optimal.

Praxishinweis

Weil das Projekt langfristig sinnvoll aufgestellt sein muss, ist „Maßarbeit“ gefragt, Blaupausen verbieten sich. Das Standardkonzept einiger Berater trägt nicht jede Konstellation. Zu guter Letzt sollte von Anfang an ein MVZ-erfahrener Steuerberater mit in die Überlegungen einbezogen sein.

Mietrecht

Das bedeutet ein Vorkaufsrecht in einem Arztpraxis-Mietvertrag

In einigen Mietverträgen über Arztpraxen finden sich Erwerbsrechte wie Vorkaufsrecht, Option oder Ankaufsrecht. Doch was bedeuten diese für den Arzt als Mieter? Der folgende Beitrag gibt einen Überblick über das Vorkaufsrecht in einem Geschäftsraummietvertrag, wozu auch der Mietvertrag über eine Arztpraxis zählt.

Das vertragliche Vorkaufsrecht

Wird ein Vorkaufsrecht nach § 463 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in einem Mietvertrag vereinbart, heißt es häufig:

Beispiel

Für die Dauer des Mietverhältnisses gewährt der Vermieter dem Mieter ein Vorkaufsrecht. Das Vorkaufsrecht soll im Grundbuch eingetragen werden.

Allgemeines zum Vorkaufsrecht

Das vertragliche (schuldrechtliche) Vorkaufsrecht verschafft dem zum Verkauf berechtigten Mieter das Recht, einen Gegenstand zu kaufen, sobald der Verkäufer mit einem Dritten einen Kaufvertrag über den Gegenstand abgeschlossen hat. Der Mieter kann dann statt des Dritten in diesen Kaufvertrag eintreten. Er muss den Vertragsinhalt übernehmen.

Wichtige Voraussetzung für die Entstehung des Vorkaufsrechtes ist der Abschluss eines wirksamen Kaufvertrags mit einem Dritten. Tritt nach Abschluss dieses Vertrags eine Vertragspartei (Verkäufer/Vermieter oder Dritter) vom Kaufvertrag zurück, bleibt das Vorkaufsrecht gleichwohl für den Mieter bestehen.

von RAin Kornelia Reinke,
Bonn

MERKE | Häufig wird irrtümlich angenommen, dass das Vorkaufsrecht den Vermieter gegenüber dem Mieter verpflichtet, den Kaufgegenstand zunächst dem Mieter vor anderen Kaufinteressenten anzubieten.

Das Vorkaufsrecht für die Arztpraxis

Für den Arzt als Mieter bedeutet das Vorkaufsrecht Folgendes: Der Vermieter und Grundstückseigentümer verkauft das Grundstück, in dem sich die angemieteten Praxisräume befinden, an einen Dritten. Darüber werden ein notarieller Kaufvertrag geschlossen und alle erforderlichen Genehmigungen vorgelegt. War im Mietvertrag ein Vorkaufsrecht für den Mieter wirksam vereinbart, tritt nun der Vorkauf ein, d. h.:

- Der Arzt kann sein Vorkaufsrecht geltend machen und in den Kaufvertrag eintreten.
- Er muss aber den Vertragsinhalt – insbesondere den vereinbarten Kaufpreis – übernehmen. Er hat keinen Anspruch auf Änderungen.
- Will er den Vertragsinhalt nicht, muss er auf sein Vorkaufsrecht verzichten und der Vertrag wird mit dem Dritten wirksam.

Das dingliche Vorkaufsrecht

Neben diesem schuldrechtlichen Vorkaufsrecht gibt es das sogenannte dingliche Vorkaufsrecht nach §§ 1094 ff. BGB. Dieses ist grundsätzlich nur an Grundstücken zulässig und muss deshalb im Grundbuch eingetragen werden. Es dient dazu, ein schuldrechtliches Vorkaufsrecht abzusichern.

Öffentlich-rechtliches Vorkaufsrecht

Der Vollständigkeit halber ist noch das öffentlich-rechtliche Vorkaufsrecht zu erwähnen. Danach haben Kommunen unter bestimmten Bedingungen ein Vorkaufsrecht beim Verkauf von Grundstücken.

Notarielle Beurkundung des schuldrechtlichen Vorkaufsrechts

Die Vereinbarung des schuldrechtlichen Vorkaufsrechts über ein Grundstück bedarf der notariellen Beurkundung nach § 311b BGB. Das bedeutet, dass der gesamte Mietvertrag notariell beurkundet werden muss. Fehlt es daran, ist der Mietvertrag nichtig (Bundesgerichtshof [BGH], Beschluss vom 04.05.1994, Az. XII ZR 12/93). Dies ist häufig weder dem Vermieter noch dem Mieter bekannt.

Beispiel

Auch ein jahrelang vollzogener Mietvertrag ist nichtig, wenn er eine beurkundungsbedürftige Abrede über ein Vorkaufsrecht beinhaltet, mit dieser eine rechtliche Einheit bildet, aber nicht beurkundet wurde und das Vorkaufsrecht nicht im Grundbuch eingetragen worden ist (Oberlandesgericht [OLG] Hamm, Urteil vom 27.01.2011, Az. I-18 U 145/09).

Salvatorische Klausel hilft nicht

In diesem Fall hilft auch die „salvatorische Klausel“ nicht weiter, die sich in fast jedem Vertrag findet. Danach soll die Unwirksamkeit einer vertraglichen Regelung nicht zur Unwirksamkeit des gesamten Vertrags führen. Diese Klausel hilft bei der Nichtigkeit des gesamten Mietvertrags nicht weiter.

Auslegung nach § 139 BGB

Nach § 139 BGB (Teilnichtigkeit) ist das ganze Rechtsgeschäft nichtig, wenn nicht anzunehmen ist, dass es auch ohne den nichtigen Teil vorgenommen worden wäre. Insofern ist also maßgeblich darauf abzustellen, welche Bedeutung die nichtige Vorkaufsabrede für den Mietvertrag haben sollte: Hätten die Parteien den Mietvertrag nach ihrem hypothetischen Willen zurzeit des Vertragsschlusses auch ohne die Vorkaufsklausel geschlossen?

Beispiel

Das Vorkaufsrecht soll die Investitionen des Arztes als Mieter absichern. Es ist somit ein wesentliches Kriterium des Arztes für den Abschluss des Mietvertrags. Fehlt nun die notarielle Beurkundung, ist der gesamte Mietvertrag nichtig (OLG Düsseldorf, Urteil vom 25.03.2003, Az. I-24 U 100/01).

Fehlende Beurkundung kann geheilt werden

Ein ursprünglich vorliegender Verstoß gegen die notarielle Form kann aber gemäß § 311b Abs. 1 S. 2 BGB geheilt werden. Dies ist der Fall, wenn das im Mietvertrag vereinbarte Vorkaufsrecht im Grundbuch eingetragen wird. Die

Heilungswirkung erstreckt sich dann auf den gesamten Mietvertrag.

Keine notarielle Beurkundung des dinglichen Vorkaufsrechts

Nach neuerer BGH-Rechtsprechung muss die zur Bestellung eines dinglichen Vorkaufsrechts erforderliche Einigung – anders als das Verpflichtungsgeschäft wie der Mietvertrag – nicht notariell beurkundet werden (Urteil vom 08.04.2016, Az. V ZR 73/15).

MERKE | Die neue BGH-Rechtsprechung zum dinglichen Vorkaufsrecht hat keine Auswirkung auf das schuldrechtliche Vorkaufsrecht in Mietverträgen. Hier bleibt es bei dem grundsätzlichen Erfordernis der notariellen Beurkundung.

Fazit

Geschäftsraummietverträge wie der Praxismietvertrag bedürfen der notariellen Beurkundung, wenn – z. B. wegen großer Investitionen des Mieters in die Räume – ein Vorkaufsrecht vereinbart werden soll.

Unterbleibt die notarielle Beurkundung, ist in der Regel der gesamte Mietvertrag unwirksam. Ausnahmen bestehen insoweit, als sich im Wege der Auslegung nach § 139 BGB ergibt, dass der Mietvertrag auch ohne das nichtige Vorkaufsrecht abgeschlossen worden wäre. Dabei gibt es jedoch keine bestimmte Vermutung dahingehend, dass die Vereinbarung eines Vorkaufsrechts für die Parteien immer wesentlich war bzw. ist. In diesem Zusammenhang führt eine salvatorische Klausel in Zweifelsfällen nur zu einer Umkehr der Beweislast und derjenige, der sich auf die Unwirksamkeit des gesamten Vertrags beruft, muss die Wesentlichkeit beweisen.

Vergütung

KV-Honorar 2015: die Eckdaten für Radiologen

Seit 2012 muss die KBV für jedes Quartal, für jede Fachgruppe und für jede KV einen Bericht unter anderem über die Ergebnisse der Honorarverteilung, Fallzahlen und das Honorar je Arzt erstellen. Aktuell hat die KBV den Honorarbericht für das Quartal 1/2015 sowie die Kennzahlen aller Abrechnungsgruppen für das gesamte Jahr 2015 veröffentlicht. In der folgenden Tabelle finden Sie die Durchschnittsumsätze, Fallzahlen und Fallwerte 2015 für Radiologen aus allen 16 KVen (nur für das Saarland werden in dem Bericht keine Daten ausgewiesen).

Bemessungsgrundlage

Die vorstehenden Daten basieren auf den Abrechnungsergebnissen von ca. 1.300 Radiologen. Dabei zeigen sich unverändert deutliche Unterschiede zwischen den alten und in den neuen Bundesländern.

Durchschnittshonorar und Fallwert

Das Durchschnittshonorar eines Radiologen in den neuen Bundesländern ist zwar um ca. 7 Prozent höher als das Durchschnittshonorar eines Radiologen in den alten Bundesländern, allerdings bei einer

um ca. 33 Prozent höheren Fallzahl. Der radiologische Fallwert liegt daher in den neuen Bundesländern mit 63,45 Euro um ca. 19 Prozent unter dem Fallwert in den alten Bundesländern mit 78,68 Euro.

Die Auszahlungsquote

Die Auszahlungsquote der Radiologen (Leistungsanforderungen nach der Euro-Gebührenordnung in Relation zum ausgezahlten Honorar) beträgt im Bundesdurchschnitt nur 79 Prozent. Mit anderen Worten: Radiologen erhalten ca. 21 Prozent ihrer Leistungen nach der Euro-Gebührenordnung nicht vergütet.

Auffällig sind dabei die Unterschiede zwischen den KV-Regionen: Während die Radiologen in Brandenburg und Bremen über 90 Prozent ihrer Leistungen vergütet erhalten, beträgt die Auszahlungsquote in Niedersachsen nur 67,3 Prozent.

Vergleich zum Vorjahr

Im Vergleich zu 2014 ist das KV-Honorar je Radiologe in 2015 bei einer um 3 Prozent niedrigeren Fallzahl um ca. 0,5 Prozent gesunken. Ursächlich hierfür ist ein Rückgang der Fallzahl um ca. 3,1 Prozent. Der radiologische Fallwert ist daher im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegen (ca. 2,7 Prozent). Für das erste Quartal 2015 weist der KBV-Honorarbericht einen Rückgang der Fallzahl um 1,2 Prozent und eine Erhöhung des Fallwertes um 2,1 Prozent aus. Dies entspricht der Entwicklung im fachärztlichen Versorgungsbereich insgesamt.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Den Honorarbericht für das Quartal 1/2015 und die Kennzahlen der Abrechnungsgruppen finden Sie auf der Website der KBV unter www.kbv.de/html/honorarbericht.php.

Umsätze, Fälle und Fallwerte 2015 für Radiologen			
KV	KV-Umsatz 2015 je Arzt und Quartal	Fälle 2015 je Arzt und Quartal	Fallwert
Baden-Württemberg	99.328 Euro	1.127	88,16 Euro
Bayern	92.003 Euro	1.180	77,98 Euro
Berlin	70.965 Euro	972	73,04 Euro
Brandenburg	86.066 Euro	1.332	64,59 Euro
Bremen	83.428 Euro	696	119,94 Euro
Hamburg	97.099 Euro	1.482	65,52 Euro
Hessen	91.111 Euro	1.219	74,73 Euro
Mecklenburg-Vorpommern	106.195 Euro	1.711	62,08 Euro
Niedersachsen	92.573 Euro	1.312	70,58 Euro
Nordrhein	68.365 Euro	941	72,69 Euro
Rheinland-Pfalz	99.006 Euro	1.151	85,99 Euro
Sachsen	98.847 Euro	1.396	70,83 Euro
Sachsen-Anhalt	94.782 Euro	1.856	51,07 Euro
Schleswig-Holstein	100.693 Euro	1.372	73,39 Euro
Thüringen	96.636 Euro	1.484	65,13 Euro
Westfalen-Lippe	106.979 Euro	1.214	88,13 Euro
Durchschnitt alle KVen	91.783 Euro	1.234	74,38 Euro

Quelle: Abrechnungsstatistik der KBV; Praxen mit zugelassenen Ärzten; eigene Berechnungen

Kurz informiert**Neuer Termin für die EBM-Reform ist erst der 01.01.2019**

Die eigentlich zum 01.01.2017 vorgesehene EBM-Reform ist um zwei Jahre verschoben worden.

Der neue Zeitplan

KBV und Krankenkassen haben sich auf eine nochmalige Anpassung des Zeitplanes zur Weiterentwicklung des EBM verständigt. Der neue Zeitplan sieht vor, dass die Beratungen zur Weiterentwicklung des EBM bis 30.09.2018 abgeschlossen werden. Die Änderungen sollen dann zum 01.01.2019 in Kraft treten.

EBM-Reform ist komplexer als ursprünglich gedacht

Als Gründe für die erneute Verschiebung werden die Komplexität der Überprüfung des EBM, die erforderliche Umsetzung gesetzlicher Aufträge und die Einbeziehung der für den Herbst 2017 zu erwartenden neuesten Kostenstrukturerhebungen in Arztpraxen des Statistischen Bundesamtes genannt.

Kurz informiert**Aktuelle DKG-Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung**

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Landeskrankenhausgesellschaften haben die Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2017 veröffentlicht.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Die Bestandsaufnahme finden Sie auf der DKG-Website: www.iww.de/s115

Integrierte radiologische Versorgung**Darum scheitern Radiologie-Kooperationen und darum sind andere erfolgreich**

Für die erfolgreiche Zusammenarbeit von Kliniken und radiologischen Praxen sind verschiedene Kriterien wichtig. Schon im Vorfeld sollte man sich über Fragen klar werden wie: Welche Fehler sollen die Partner bei der Entscheidung über das Ob und Warum einer Kooperation vermeiden? Welche Faktoren sind während der Kooperation für einen dauerhaften Erfolg wichtig? Inwiefern kommt es auf Softskills wie „Flexibilität im Denken und Handeln“, Anpassungsfähigkeit an sich ändernde unternehmerische, fachlich-qualitative und politische Rahmenbedingungen an?

Entscheidung aus Klinikperspektive

Aus der Klinikperspektive sind die Hauptentscheidungskriterien für eine Kooperation:

- Versorgungskosten senken
- Servicefunktion verbessern (Zeitspannen zur Untersuchungsanmeldung in der Radiologie, Untersuchungsdurchführung, Befundverfügbarkeit)
- Vertrauen in Versorgungsqualität, Innovationsbereitschaft, betriebswirtschaftliche Steuerung und Controlling sowie Personalmanagement haben

Die Senkung der Versorgungskosten als großer Kostenblock spielt eine entscheidende Rolle. Hier kann von Anfang an eine erhebliche Entlastung schnell und spürbar realisiert werden.

Unter betriebswirtschaftlicher Betrachtung hat dagegen die Versorgungsqualität die größere Bedeutung. Das ist allerdings ein Erfahrungswert, der erst im Laufe einer gelebten Kooperation zuwächst und kritisch überprüft werden kann.

von Geschäftsführer Dr. Bernd May, MBM Medical-Unternehmensberatung GmbH, Mainz

Entscheidung aus Praxisperspektive

Aus Sicht der radiologischen Praxis weichen die Entscheidungskriterien vor Beginn einer Kooperation von denen einer Klinik-Geschäftsführung deutlich ab:

- Zusatzerlöse oberhalb des EBM durch Versorgung von GKV- und vor allem PKV-Patienten erwirtschaften
- Unabhängigkeit maximieren (möglichst keine wirtschaftliche Verflechtung mit der Klinik bzw. dem Träger)
- Apparative und personelle Ausstattung, das Leistungsgeschehen und das betriebswirtschaftliche Management überwachen
- Sämtliche Baumaßnahmen und deren Kosten auf Klinik abwälzen (aber: Mietkosten auf ortsüblichem Niveau)
- Möglichst Beteiligung am Bereitschaftsdienst vermeiden
- Teilnahme an den klinischen Konferenzen gesondert vergüten

Dynamik der Kooperation

Jede Kooperation mit dem Ziel der Integration stationärer und ambulanter Versorgungsstrukturen verläuft dynamisch. Die Entwicklung wird beeinflusst durch:

- Organisatorische Bedingungen
- Anforderungsverhalten der klinischen Abteilungen
- Betriebswirtschaftliche Rahmenbedingungen
- Politische Rahmenbedingungen

Die Voraussetzung für eine erfolgreiche Zusammenarbeit ist dauerhaft nur gegeben, wenn auf beiden Seiten der Wille und die Bereitschaft zur Anpassung vorhanden sind und gelebt werden.

Darum scheitern Kooperationen

Praxis-Klinik-Kooperationen scheitern aus den folgenden Gründen:

- (Sozial-)Kompetenz der Geschäftsführung
- Falsche Selbstwahrnehmung der eigenen Stärken/Schwächen
- Qualitätsmängel (keine Kongruenz zwischen dem klinischen Anforderungsprofil und den fachlichen Schwerpunkten in der Radiologie, apparativ wie personell)
- Mangelnde Service- und Dienstleistungsbereitschaft, fehlende Anpassung des Leistungsportfolios
- Mangelnde Flexibilität bei der Anpassung an geänderte Bedingungen
- Mangelhafte betriebswirtschaftlicher Kenntnisse
- Wechsel im Klinikmanagement (Überprüfung der bisherigen Kooperationsbedingungen, neue Vorstellungen über geänderte Kooperationsbedingungen)

Beispiel Sozialkompetenz

Schwierig entwickeln sich Kooperationen, wenn sowohl Praxis als auch Klinik durch ein „Alpha-Tier“ vertreten werden, berichtet ein erfahrener ärztlicher Geschäftsführer einer Radiologiegruppe mit sechs Klinikkooperationen. Hier sind kluges Analysieren und Verhandeln mit einer Gesamtsicht der Vor- und Nachteile der Kooperation mit entsprechender Gewichtung gefragt. Werden in der Realität die eigenen Stärken jedoch überzogen wahrgenommen, können keine tragfähigen Kompromisse erarbeitet werden und die Kooperationen scheitern.

Beispiel Qualität

Ein großes Problem kann die Versorgungsqualität darstellen, wenn sie vom Praxismanagement nicht an die Versorgungsschwerpunkte der Klinik angepasst wird. Hierzu sind nicht nur apparative Innovationen erforderlich, sondern auch Investitionen in ärztliche Partner mit entsprechendem Spezialwissen. Ohne diese Spezialisierung der Leistungserbringer ist die von den klinischen Partnern geforderte Qualitätsnachfrage nicht zu erfüllen.

Beispiel Service

Aus der Perspektive einer Praxis ist eine Klinik – je nach Größe und Abteilungsstruktur – der größte Leistungsnachfrager mit Erlösanteilen, die weit über die EBM-Anteile hinausgehen können. Die Anpassung an die Serviceerwartung eines solchen Kunden durch die Praxis muss selbstverständlich sein.

Beispiel Bedingungen

Viel Flexibilität erfordert der Umgang mit den Vergütungsstrukturen für die Behandlung von GKV-Patienten einer Klinik versus den Erlösen, die der Praxis aus der Versorgung der stationären Privat-Patienten zufließen. Das Gesamtpaket ist entscheidend, sodass der GOÄ-Steigerungsfaktor 1,0-fach kein starres Kriterium sein muss.

ERFAHRUNGSBERICHT | Aufseiten des ambulanten Partners ist ein differenziertes Verständnis für die Versorgungsbedingungen des klinischen Partners gefragt, berichtet Dr. Johannes Hezel, ärztlicher Leiter eines überregionalen MVZ in Schleswig-Holstein mit mehr als 30 Ärzten und fünf Klinikkooperationen.

Eine zentrale Führungsstruktur ist unerlässlich

Die Rahmenbedingungen für die Leistungsvergütung in der EBM-Welt erzwingen bei den Praxen Konzentrationsprozesse. Im Ergebnis müssten Praxen mit 20 und mehr Radiologen sowie Partnerschaften mit Kliniken entstehen. Derartige Gruppen sind in ihrer Zusammensetzung unter den Gesichtspunkten der Sozialkompetenz, der fachlichen Profilierung, der Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit innerhalb der Gruppe und bei deren langfristiger Weiterentwicklung sehr inhomogen.

Entweder wird die Gruppe von einem mit Managementtalenten ausgestatteten Geschäftsführer in der Weise geführt, dass homogen für die Gruppe wirkende Entscheidungen getroffen werden können. Oder aber die Gruppe ist aus sich heraus konsensfähig (dies hat der Autor in

seiner 30-jährigen Berufspraxis allerdings tatsächlich nur in einem einzigen Fall erlebt). Insofern spielt also eine zentrale Führungsstruktur beim Zustandekommen von Entscheidungen die wesentliche Rolle.

ERFAHRUNGSBERICHT | Im Ergebnis scheitern Kooperationen oft an der Inhomogenität der Interessen und der fehlenden effizienten zentralen Führungsstruktur, wie Dr. Johannes Hezel erklärt.

Dann sind Kooperationen erfolgreich

Die Erfolgskriterien einer integrierten radiologischen Versorgung lassen sich leicht zusammenfassen:

- Die Entscheidungen werden in der Gruppe in überschaubaren Zeiträumen eindeutig getroffen.
- Aufseiten der Praxis und der Klinik ist ein ausgeprägter Wille zur Anpassung an neue unternehmerische, fachliche, finanzielle und politische Rahmenbedingungen vorhanden.
- Für hohe Qualität orientieren sich die Partner nicht nur an der apparativen Ausstattung, sondern beschäftigen Ärzte mit fachlichen Schwerpunkten, die mit dem klinischen Anforderungsprofil korrespondieren.
- Alle Beteiligten sind zur interdisziplinären und intersektoralen Zusammenarbeit bereit.
- Bei allen Beteiligten besteht eine ausgeprägte Dienstleistungsbereitschaft.
- Kein Partner nutzt die eigenen Stärken bzw. betriebswirtschaftlichen Schwächen des anderen einseitig aus; stattdessen werden ausgewogene wirtschaftliche Vertragsbedingungen entwickelt.

ERFAHRUNGSBERICHT |

Dr. Karlgeorg Krüger aus Essen blickt auf eine 30-jährigen Erfahrung bei der Versorgung der stationären Patienten eines dynamisch sich entwickelnden Klinikumfeldes zurück. Aus seiner Kooperationserfahrung heraus fordert er zusätzlich, dass die gesamte radiologische Versorgung nicht getrennt wird, sondern in der Hand eines Partners zusammengeführt wird.

Er wünscht sich nur eine möglichst geringe wirtschaftliche Verflechtung mit dem Träger, betont die hohe Dienstleistungsbereitschaft über 24 Stunden an sieben Tagen der Woche. Hierbei setzt er auch auf die teleradiologische Versorgungskette mit kompletter Digitalisierung und der Garantie eines Facharztstandards.

Großen Wert legt er auf ein hohes Serviceniveau mit kurzen Wartezeiten für die Patienten und den klinischen Partner bei Untersuchungsanmeldung, Untersuchungsdurchführung und Befundverfügbarkeit. Interdisziplinäres Arbeiten sei wichtig. Für die Kommunikation mit den anfordernden Kliniken müssten die Voraussetzungen für ein leistungsstarkes RIS/PACS geschaffen werden.

Wichtig seien auch regelmäßige Termine mit der Klinik-Geschäftsleitung und der Austausch über die Bedingungen reibungsfreier Versorgungsabläufe.

Die Geschäftsführung einer maximal versorgenden Klinikgruppe mit Beteiligung an einem radiologischen MVZ solle Wert darauf legen, dass der Praxispartner mit Verantwortung für das Prozessmanagement im MVZ

die Versorgungsprozesse der Klinik effizient unterstützt. Über die Vertragsarztsitze im MVZ sollte die ambulant-fachärztliche Versorgung im Umfang der zulässigen Budgets auf das MVZ konzentriert werden. Außerdem dürften die ambulanten Privat-Patienten nicht am MVZ vorbei in die einzelnen Praxisstandorte geleitet werden.

Zu allem gehöre eine entsprechende apparative Ausstattung im MVZ ebenso wie eine mit fachärztlichen Spezialisten. So könnten die diagnostischen und interdisziplinären Versorgungsprozesse innerhalb des MVZ unter einem Klinikdach homogen ablaufen. Sie erfordern nicht etwa das Einschalten externen Know-hows an anderen Standorten.

Impressum



Herausgeber

Guerbet GmbH, Otto-Volger-Straße 11,
65843 Sulzbach/Taunus, Tel. 06196 762-0,
www.guerbet.de, E-Mail info@guerbet.de

Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
Tel. 02596 922-0, Fax 02596 922-80, www.iww.de
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg

Redaktion

RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin)

Lieferung

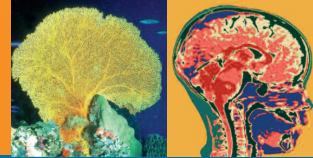
Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der **Guerbet GmbH**.

Hinweis

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Guerbet GmbH wieder.

MRT-Update 2017

Vorsitz:
Prof. Dr. med. Bernd Hamm, Berlin



www.guerbet.de

Einladung ☉ Freitag, 26. Mai 2017
☉ 12:30 – 13:30 Uhr
☉ Congress Center Leipzig
☉ Saal Bucky

☉ **Herz-MRT für die tägliche Praxis**
(Prof. Dr. med. Thorsten Bley, Uniklinikum Würzburg)

☉ **Gadoliniumablagerungen im Gehirn:
Übersicht über die Studienlage**
(PD Dr. med. Ass. jur. Alexander Radbruch,
DKFZ, Heidelberg)

Es werden Getränke und Sandwiches zum Symposium verteilt.