

R.-R. Riedel / M.L. Hansis / A. Schlesinger (Hrsg.)

Wirtschaftlich erfolgreich in der ambulanten Versorgung

Grundlagen der Betriebswirtschaft für
Arztpraxen, Kooperationen und MVZ



WIRTSCHAFTEN



Deutscher
Ärzte-Verlag

Deutsches
Ärzteblatt

R.-R. Riedel / M.L. Hansis / A. Schlesinger (Hrsg.)
Wirtschaftlich erfolgreich in der ambulanten Versorgung

R.-R. Riedel / M.L. Hansis / A. Schlesinger (Hrsg.)

Wirtschaftlich erfolgreich in der ambulanten Versorgung

**Grundlagen der Betriebswirtschaft für
Arztpraxen, Kooperationen und MVZ**

3. überarbeitete und erweiterte Auflage

Mit Beiträgen von J. Axer, B. Berner, K. Berresheim,
A. Bredenbach, R. Bistrup, M. Brüne, C.F. Büll, F.S. Diehl,
B. Glazinski, J. Güsgen, P. Klein, D. Knickenberg, B. Koecke,
D. Mehnert, V. Mucha, S. Müller, F. Nedden, R.-R. Riedel,
U. Schmitz, S. Strick, M. Wallhäuser

Mit 26 Abbildungen und 27 Tabellen

Deutscher Ärzte-Verlag Köln

1. Auflage 2005
2. Auflage 2009

ISBN (E-BOOK):
978-3-7691-3596-1
aerzteverlag.de

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.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- oder Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Wichtiger Hinweis:

Die Medizin und das Gesundheitswesen unterliegen einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung entsprechen können. Die angegebenen Empfehlungen wurden von Verfassern und Verlag mit größtmöglicher Sorgfalt erarbeitet und geprüft. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ausgeschlossen werden.

Der Benutzer ist aufgefordert, zur Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren.

Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

Verfasser und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung für Schäden, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entstehen.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf deshalb der vorherigen schriftlichen Genehmigung des Verlages.

Copyright © 2013 by
Deutscher Ärzte-Verlag GmbH
Dieselstraße 2, 50859 Köln

Umschlagkonzeption der Reihe Wegweiser:
Deutscher Ärzte-Verlag GmbH
Produktmanagement: Dr. Ulrike Schaeßen
Content Management: Alessandra Provenzano
Manuskriptbearbeitung: Traudel Lampel
Satz: Plaumann, 47807 Krefeld
Druck/Bindung: Warlich-Druck, 53340 Meckenheim

Herausgeber- und Autorenverzeichnis

Herausgeber

Prof. Dr. med. Dipl.-Kfm. (FH)
Rolf-Rainer Riedel
Rheinische Fachhochschule Köln
Schaevenstraße 1a/b
50674 Köln

Prof. Dr. med. Martin L. Hansis
Städt. Klinikum Karlsruhe
Moltkestraße 90
76133 Karlsruhe

Prof. Dr. rer. pol. Almut Schlesinger
Rheinische Fachhochschule Köln
Schaevenstraße 1a/b
50674 Köln

Autoren

Prof. Dr. jur. Jochen Axer
axis Steuerberatungsgesellschaft mbH
Dürener Straße 295
50935 Köln

Barbara Berner
Rechtsanwältin
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Rechtsabteilung
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin

Klaus Berresheim
Pestalozzistraße 24
50374 Erftstadt

Dipl.-oec. Achim Bredenbach
medoec
Beratung im Gesundheitswesen
In der Dalster 1–2
42103 Wuppertal

Rosemarie Bistrup
Dezernat 3 der Bundesärztekammer
Bereich Fachberufe im Gesundheitswesen
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin

Michael Brüne
Kleiststraße 23–26 (am Wittenbergplatz)
10787 Berlin

Dr. Christopher F. Büll
Rechtsanwalt
Dr. Schmitz & Partner
Fachanwälte für Medizinrecht
Josef-Lammerting-Allee 25
50933 Köln

Frank S. Diehl
Rechtsanwalt
axis Steuerberatungsgesellschaft mbH
Dürener Straße 295
50935 Köln

Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Bernd Glazinski
MSA Management System Anwendung AG
Beethoventraße 24
50858 Köln

Prof. Dr. Johannes Gügen
Geschäftsführung
Maria Hilf NRW gGmbH
c/o Dreifaltigkeits-Krankenhaus
Bonner Straße 84
50389 Wesseling

Dr. med. Patricia Klein, MBA
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Dezernat 3 – Vergütung, Gebührenordnung
und Morbiditätsorientierung
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin

Prof. Dr. jur. Daniel Knickenberg
Anwaltssozietät Leinen & Derichs
Clever Straße 16
50668 Köln

Dipl.-Ök. Bastian Koecke
Wirtschaftsprüfer, Steuerberater
Lehrbeauftragter der Bergischen Universität
Wuppertal
Treumerkur KG Steuerberatungsgesellschaft
Hofaue 37
42103 Wuppertal

Dipl.-Ing. Med.-Ök. Dorothy Mehnert
Referat „Krankenhaus“
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Derzernat 4 – Versorgungsstruktur und
veranlasste Leistungen
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin

Dipl.-oec. Volker Mucha
medoec
Beratung im Gesundheitswesen
In der Dalster 1
42117 Wuppertal

Stephan Müller
F4, 12
68159 Mannheim

Florian Nedden
MMP-Medical Management Partner
GmbH & Co. KG
Uerdinger Straße 202
47799 Krefeld

Prof. Dr. med. Dipl.-Kfm. (FH)
Rolf-Rainer Riedel
Rheinische Fachhochschule Köln
Schaevenstraße 1a/b
50674 Köln

Prof. Dr. Udo Schmitz, MBL
Dr. Schmitz & Partner
Fachanwälte für Medizinrecht
Josef-Lammerting-Allee 25
50933 Köln

Susanne Strick
Anwaltssozietät Leinen & Derichs
Clever Straße 16
50668 Köln

Matthias Wallhäuser
Anwaltssozietät Meyer-Köring
Oxfordstraße 21
53111 Bonn

Abkürzungsverzeichnis

AEVO	Ausbildereignungsverordnung
AfA	Absetzung für Abnutzung
AG	Aktiengesellschaft
AGG	Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz
AK	Anschaffungskosten
AO	Abgabenordnung
ArbZG	Arbeitszeitgesetz
ArztR	Arztrecht
Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
AZ	Aktenzeichen
BAG	Berufsausübungsgemeinschaft
BAO	Bundesverband für Ambulantes Operieren
BbiG	Berufsbildungsgesetz
BdF	Bundesminister für Finanzen
BDSG	Bundesdatensicherungsgesetz
BerzGG	Bundeserziehungsgeldgesetz
BetrVG	Betriebsverfassungsgesetz
BFH	Bundesfinanzhof
BGB-Gesellschaft	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
BGH	Bundesgerichtshof
BMF	Bundesministerium der Finanzen
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag – Ärzte
BND	betriebsgewöhnliche Nutzungsdauer
BRAGO	Bundesgebührenordnung für Rechtsanwälte
BSNR	Betriebsstättennummer
BStBl	Bundessteuerblatt
BurlG	Bundesurlaubsgesetz
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
CMI	Case Mix Index
COC	Center of Competence
DALE-UV	Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Unfallversicherungsträgern
DGN	Deutsches Gesundheitsnetz
DMP	Disease-Management-Programm
DRG	Diagnosis Related Groups
DRG-Katalog	Abrechnungskatalog auf Grundlage von Fallpauschalen
EAÜR	Einnahmen-Ausgaben-Überschuss-Rechnung
EbM	Evidenzbasierte Medizin

EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EFQM	European Foundation for Quality Management
EK-Konto	Eigenkapital-Konto
EntgeltfortzahlungsgG	Entgeltfortzahlungsgesetz
EPA	Europäisches Praxisassessment
EstG	Einkommensteuergesetz
EstR	Einkommensteuer-Richtlinien
EuGH	Europäischer Gerichtshof
EÜR	Einnahmen-Überschuss-Rechnung
FiWA	Finanzwirtschaftliche Auswertung
FPG	Fallpauschalengesetz
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GMG	Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
GWG	Geringwertige Wirtschaftsgüter
HGB	Handelsgesetzbuch
HVM	Honorarverteilungsmaßstab
HVV	Honorarverteilungsvertrag
HWG	Heilmittelwerbe-gesetz
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
IGV	Integrierte Versorgung
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KF	Kommanditgesellschaft
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHK	Koronare Herzkrankheit
KSchG	Kündigungsschutzgesetz
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KVK	Krankenversicherungskarte
LANR	Lebenslange Arztnummer
MBO	Musterberufsordnung
MBO-Ä	Musterberufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte
MCD	Major Diagnostic Category
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MedR	Medizinrecht
MFA	Medizinische/r Fachangestellte/r
MuSchG	Mutterschutzgesetz
MVZ	Medizinische Versorgungszentren

NachwG	Nachweisgesetz
OFD	Oberfinanzdirektion
OHG	Offene Handelsgesellschaft
OLG	Oberlandesgericht
OVG	Oberverwaltungsgericht
PartGG	Gesetz über Partnerschaftsgesellschaften
PDCA	Plan-Do-Check-Act
PKV	Private Krankenversicherung
QEP	Qualität und Entwicklung in Praxen
QM	Qualitätsmanagement
QZ	Qualitätszirkel
RADAR	Result Approach, Deployment, Assessment, Review
RKI	Robert Koch-Institut
RSA	Risikostrukturausgleich
SBK	Schlussbilanzkonto
SGE	Strategische Geschäftseinheiten
SGB	Sozialgesetzbuch
SGE	Strategische Geschäftseinheiten
SOP	Standard Operating Procedures
TDG	Teledienstgesetz
TMG	Telemediengesetz
TzBfG	Teilzeit- und Befristungsgesetz
USP	Unique Selling Proposition
UstDV	Umsatzsteuerdurchführungsverordnung
UstG	Umsatzsteuergesetz
USV	Unterbrechungsfreie Stromversorgung
UV-GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte im Bereich Unfallversicherung
UWG	Gesetz gegen den Unlauteren Wettbewerb
VAAO	Velener Arbeitskreis Ambulantes Operieren
VändG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
VersR	Versicherungsrecht
ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
ZPO	Zivilprozessordnung
ZIPP	Praxis-Panel des Forschungsinstituts für die kassenärztliche Versorgung

Vorwort

Durch den Strukturwandel im Gesundheitswesen ändern sich auch die Rahmenbedingungen Ihrer Praxisführung: Medizinisches Fachwissen alleine reicht in Zeiten knapper Budgets nicht mehr aus. Betriebswirtschaftliches Know-how ist notwendig, um den wirtschaftlichen Erfolg Ihrer Praxis zu sichern.

Ärzte zählen alle zu den Großverdienern, so die verbreitete Denkweise der Allgemeinheit. Die Realität zeigt aber, dass bei jedem zweiten Arzt das Einkommen aus den GKV-Einnahmen seit 1993 um bis zu 50 Prozent gesunken ist. Gerade den Einzelpraxen droht aufgrund der hohen Betriebskosten, in wachsendem Umfang, rote Zahlen zu schreiben. Wenn in der Praxis die Kosten regelmäßig höher ausfallen als die Einnahmen, ohne dass der Praxisinhaber Gegenmaßnahmen ergreift, findet zwangsläufig eine Verdrängung im Wettbewerb statt und Ihr erarbeitetes Lebenswerk ist einfach nichts mehr wert. Gegen diese Entwicklung müssen Sie als Arzt aktiv gegensteuern. Nehmen Sie doch einfach folgenden Test vor, der ein heute marktübliches Oberarztgehalt in Höhe von rd. 130 000 € zum Vergleich gegenüberstellt: Praxisertrag vor Steuern minus dem fiktiven Oberarztgehalt – welchen Betrag ermitteln Sie dann?

Die ärztlichen Leistungserbringer als direkt Betroffene dieser Entwicklung stellen zu Recht kritische Fragen: Wo bleibt die ärztliche Ethik, wenn Marktmechanismen und ökonomische Zwänge mehr und mehr ärztliches Handeln bestimmen und die Praxis als Wirtschaftsunternehmen funktionieren muss? Kann ich als niedergelassener Arzt mit dem medizinischen und technischen Fort-

schritt aus Kostengesichtspunkten noch Schritt halten, ohne mich zu ruinieren? Jedoch ist der niedergelassene Arzt heute im Zugzwang, die ökonomischen Prozesse in seiner Praxis so zu gestalten, dass medizinische Versorgung zu möglichst hoher Qualität durchführbar ist. Gemäß den Beschlüssen des Ärztetages 2004 und der seitdem in Kraft getretenen Gesetze – zuletzt das Versorgungsstrukturgesetz 2012 – werden Arztpraxen als Gesundheitsunternehmen betrachtet, die sich die medizinische Versorgung von Patienten zur Aufgabe gemacht haben und dabei verstärkt auf Kooperation und sektorenübergreifende Versorgung setzen. Die praktischen Auswirkungen sind bereits sichtbar: Praxisverbünde und Ärzte im Angestelltenverhältnis in KV-Arztpraxen nehmen „täglich“ zu. Der ambulante Markt für niedergelassene Ärzte wird sich in den kommenden Jahren weiter wandeln und in Ballungsgebieten werden Großpraxen und „Arztpraxis-Ketten“ in einen verstärkten Wettbewerb zu den traditionellen Einzelpraxen treten.

Vor dem Hintergrund der sich wandelnden Marktverhältnisse in der ambulanten Patientenversorgung sind sie gehalten, Ihre Arztpraxis auf diese Erfordernisse auszurichten sowie kaufmännisch-ärztliche Prozesse in Ihrer Praxis entsprechend zu entwickeln und zu „leben“: Gleichbleibende Qualität, mehr Kosteneffizienz sind die Faktoren Ihrer Lösungsformel.

Die Industrie und der Fachhandel mit ihrem vorhandenen Potenzial sind ebenfalls aufgerufen, dieses Engagement der Ärzte durch finanzierbare Innovationen und vor

allem durch partnerschaftlich ausgerichtetes Handeln zu unterstützen. Nur dergestalt lassen sich Ethik und Geld im Gesundheitswesen auf einen Nenner bringen. Die Optimierung der medizinischen Leistungen muss das Ziel sein, und das Bemühen um Verbesserung von Kostenstrukturen darf nicht zu einer einseitigen Kommerzialisierung des Gesundheitswesens und der Merkantilisierung des Arztberufes führen, bei dessen Ausübung dann nicht mehr der Patient, sondern der Profit im Vordergrund stünde. Gleichzeitig muss sich die Ärzteschaft allerdings den Herausforderungen der deutschen Gesundheitspolitik stellen und hierauf unter Wahrung ihrer berufspolitischen Leitlinien reagieren.

Darüber hinaus wird das Patientenrechte-Gesetz unsere Tätigkeit in der ärztlichen Praxis wesentlich beeinflussen. Aufgrund dieser gesetzlichen Regelung sollten Sie Ihre Praxisabläufe mit einem individuel-

len verbindlichen Prozessmanagement steuern. Die Begründung liegt in den gesetzlichen Vorgaben der Patienteninformation sowie der Patientenaufklärung, den Dokumentationsvorgaben sowie den Rechten des Patienten hinsichtlich der Einsicht in seine „Patientenakte“ sowie das zusätzliche Kopierrecht seiner Akte.

Blicken wir in die kommenden Jahrzehnte, dann können wir als Ärzte davon ausgehen, dass zukünftig aufgrund der demographischen Entwicklung (Überalterung der ärztlich tätigen Kolleginnen & Kollegen sowie die erhöhte Nachfrage nach medizinischen Leistungen aufgrund der demographischen Shifts in der Bevölkerung) die Attraktivität der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit in der Niederlassung wieder zunehmen wird.

Köln und Karlsruhe, im März 2013

Die Herausgeber

Inhaltsverzeichnis

1	Wirtschaftliche Praxisführung: Grundlagen und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen	1
	<i>Rolf-Rainer Riedel, Matthias Wallhäuser</i>	
1.1	Arztpraxis und Ökonomie: Mehr als ein Zweckbündnis – 1	
1.2	Marktbedingungen im Gesundheitswesen – 1	
1.2.1	Auswirkungen der Gesundheitsgesetzgebung auf den ambulanten Bereich – 3	
1.2.2	Erster und Zweiter Gesundheitsmarkt – 14	
1.2.3	Marktteilnehmer: Wer spielt mit im Gesundheitswesen? – 15	
1.3	Moderne Versorgungsformen – Was erwartet Sie in Zukunft? – 18	
1.3.1	Integrierte Versorgung – Fluch oder Segen für den Vertragsarzt? – 19	
1.3.2	Disease-Management-Programme: Der Grundgedanke – 24	
1.3.3	Hausarztzentrierte Versorgung – 25	
1.3.4	Arztnetze – 26	
1.3.5	Medizinische Versorgungszentren (MVZ) – 27	
	Literatur – 28	
2	Erfolgreiche Medizin in der Praxis – Schritt für Schritt mit der richtigen Praxisorganisation	29
	<i>Florian Nedden</i>	
2.1	Warum wird die Praxisorganisation immer wichtiger? – 29	
2.1.1	Welche Organisation passt zu meiner Praxis? – 29	
2.1.2	Arzt als Weichensteller – 30	
2.1.3	Analyse ungenutzter Praxisressourcen – 32	
2.1.4	Mein Praxiskonzept – Zielsetzungen für die Organisation – 33	
2.1.5	Effekte für die Praxis aus der Praxis – 34	
2.2	Organisatorische Erfolgsfaktoren – 34	
2.2.1	Teamorganisation – 34	
2.2.2	Medizinische Ressourcen planen – 35	
2.2.3	Organisation von Patientengruppen – 36	
2.2.4	Termin- und Sprechstundenorganisation – 38	
2.2.5	Erfolgsmessung für den Praxisinhaber und das Team – 39	
2.2.6	Fazit – 42	
	Literatur – 42	
3	Qualitätsmanagement in der Arztpraxis	43
	<i>Patricia Klein</i>	
3.1	Qualitätsmanagement – ein Erfolgsfaktor? – 43	
3.2	Ihr Weg zu einem praxisinternen Qualitätsmanagement – 45	

3.2.1	Was bedeutet Qualität in der ärztlichen Versorgung? – 45	
3.2.2	Welche gesetzlichen Grundlagen von QM sind wichtig? – 46	
3.2.3	QM als wichtiger Grundbaustein Ihrer Praxisstrategie – 46	
3.2.4	Wie Sie ein QM-System in der Arztpraxis umsetzen – 48	
3.3	Qualitätsmanagementsysteme für die Arztpraxis im Überblick – 49	
3.4	Werkzeuge des Qualitätsmanagements für die Arztpraxis – 53	
3.4.1	Beschreibung von Abläufen – 53	
3.4.2	Messung von Ergebnissen – 53	
3.4.3	Qualitätszirkel – 54	
3.5	Zertifizierungen/Auditierung – 54	
	Literatur – 55	
4	Patientenbehandlung in der zukunftsorientierten Praxis	57
	<i>Rolf-Rainer Riedel</i>	
4.1	Patientenbehandlung optimal steuern – 57	
4.1.1	Planung des Behandlungsverlaufs – 57	
4.1.2	Einsatz von Materialien und Geräten – 59	
4.1.3	Patientenverweildauer – 61	
4.1.4	Behandlungskosten – 61	
4.1.5	Geräteauslastung – 62	
4.1.6	Materialbedarf bei der Patientenbehandlung – 63	
4.2	Zukunftsorientierte Patientenversorgung am Beispiel von Behandlungspfaden in der Arztpraxis – 63	
4.2.1	Aufgaben und Vorteile von Praxis-Behandlungspfaden – 64	
4.2.2	Kostenplanung im medizinischen Behandlungspfad: Wie Sie Kostentreiber entlarven – 65	
4.3	Materialwirtschaft: Wieso ein Thema in der Arztpraxis? – 66	
4.3.1	Aufgaben und Ziele der Materialwirtschaft – 66	
4.3.2	Kosteneinsparung durch effektive Materialwirtschaft – 67	
4.3.3	Einkauf in der Arztpraxis – 68	
4.3.4	Outsourcing von materialwirtschaftlichen Dienstleistungen – 72	
	Literatur – 73	
5	Personalauswahl und Führung in der Arztpraxis	75
5.1	Einleitung – 75	
	<i>Bernd Glazinski</i>	
5.2	Personalbeschaffung – 76	
	<i>Bernd Glazinski</i>	
5.2.1	Grundlagen des Personalmarketings – 76	
5.2.2	Stellenbeschreibungen – 77	
5.2.3	Anforderungsprofile – 77	
5.2.4	Das Bewerberauswahlverfahren im Überblick – 78	
5.2.5	Bewerberansprache – 78	
5.2.6	Bewerberselektion – 80	
5.2.7	Einstellungsgespräch – 80	
5.2.8	Bewerberauswahl: Wer ist für die Funktion geeignet? – 83	
5.2.9	Vertragsgestaltung – 84	

5.2.10	Auswahlentscheidung – 85	
5.3	Personaleinsatz – 86	
	<i>Bernd Glazinski</i>	
5.3.1	Einarbeitung – 86	
5.3.2	Personaleinsatzplanung – 87	
5.3.3	Arbeitszeitgestaltung – 88	
5.4	Personalführung – 89	
	<i>Bernd Glazinski</i>	
5.4.1	Der Führungskreislauf: Zielvereinbarung, Delegation, Kontrolle – 90	
5.4.2	Führungsstile – 91	
5.4.3	Führungsgespräche – 92	
5.4.4	Motivation – 97	
5.4.5	Personalbindung – 98	
5.4.6	Teamarbeit in der Arztpraxis – 98	
5.5	Personalentwicklung – 100	
	<i>Bernd Glazinski</i>	
5.5.1	Möglichkeiten der Personalentwicklung in der Arztpraxis – 100	
5.5.2	Karriereplanung für Praxispersonal – 101	
5.5.3	Qualifikation und Fortbildung – 101	
5.5.4	Erweiterung von Verantwortung und Kompetenzen – 102	
5.6	Prozessorientierte Führungsarbeit – 103	
	<i>Bernd Glazinski</i>	
5.6.1	Definition von Schnittstellen – 103	
5.6.2	Prozessgestaltung in der Führung am Beispiel der Patientenorientierung – 103	
5.7	Beendigung von Arbeitsverhältnissen – 105	
	<i>Bernd Glazinski</i>	
5.8	Medizinische Fachangestellte: Potenziale nutzen – 105	
	<i>Klaus Berresheim, Rosemarie Bistrup</i>	
5.8.1	Auszubildende: Ihre Mitarbeiterinnen von morgen – 105	
5.8.2	Die Ausbildung der Medizinischen Fachangestellten – 107	
5.8.3	Ihre Pflichten als ausbildender Arzt – 110	
5.8.4	Qualität zählt sich aus – auch in der Ausbildung – 111	
5.8.5	Fortbildung – 112	
	Literatur – 113	
6	Marketing in der Arztpraxis	115
6.1	Was ist Praxismarketing? – Definitionen – 115	
	<i>Udo Schmitz, Rolf-Rainer Riedel</i>	
6.2	Warum Praxismarketing? – Ziele – 116	
	<i>Udo Schmitz, Rolf-Rainer Riedel</i>	
6.3	Das ärztliche Behandlungsangebot – Produktpolitik – 118	
	<i>Udo Schmitz, Rolf-Rainer Riedel</i>	
6.4	Möglichkeiten der Preisgestaltung – Preispolitik – 119	
	<i>Udo Schmitz, Rolf-Rainer Riedel</i>	

6.5	Wie erreiche ich Patienten mit meinem Leistungsspektrum? – Distributionspolitik – 120 <i>Udo Schmitz, Rolf-Rainer Riedel</i>	
6.5.1	Marktdifferenzierung: Konkurrenz belebt das Geschäft – 121	
6.5.2	Marktsegmentierung: Durchleuchten Sie Ihre Patientenlientell! – 122	
6.6	Wie stelle ich mein Leistungsspektrum dem Patienten dar? – 122 <i>Udo Schmitz, Rolf-Rainer Riedel</i>	
6.6.1	Werbung als Teil der Kommunikationspolitik – 123 <i>Udo Schmitz, Rolf-Rainer Riedel</i>	
6.6.2	Corporate Identity: Definieren Sie Ihr Praxisleitbild! – 123 <i>Udo Schmitz, Rolf-Rainer Riedel</i>	
6.6.3	Internetmarketing – 124 <i>Stephan Müller</i>	
6.7	Wie spreche ich meine Patienten an? – 129 <i>Bernd Glazinski</i>	
6.7.1	Das Arzt-Patienten-Gespräch – 129	
6.7.2	Erfolgsfaktoren im Arzt-Patienten-Gespräch – 129	
6.8	Wie erstelle ich ein praxisindividuelles Marketing-Konzept? – Schritt für Schritt zum Erfolg – 131 <i>Rolf-Rainer Riedel</i>	
6.8.1	Marketing-Zielstufen für die Arztpraxis – 132	
6.8.2	Die fünf Schritte des Praxismarketings – 132	
6.9	Wie setze ich das Marketing-Konzept rechtssicher in die Praxis um? – Möglichkeiten und Grenzen – 135 <i>Christopher F. Büll, Udo Schmitz</i>	
6.9.1	Regelungen des ärztlichen Berufsrechts zur Zulässigkeit von Werbemaßnahmen – 136	
6.9.2	Berufswidrige Werbung gemäß MBO – 138	
6.9.3	Erlaubte Bezeichnungen und Hinweise gemäß MBO – 140	
6.9.4	Werbeverbote in anderen Gesetzen – 142	
6.9.5	Zulässigkeit einzelner Werbemedien – 146	
6.10	Alphabetischer Beispielkatalog ausgesuchter Marketing- und Werbemaßnahmen – 152 <i>Christopher F. Büll, Udo Schmitz</i> Literatur – 160	
7	Investitionen und Finanzierung	163
	<i>Michael Brüne, Rolf-Rainer Riedel</i>	
7.1	Investitionsplanung in der ärztlichen Praxis – 163	
7.1.1	Investitionsentscheidung – Welche Schritte sind notwendig? – 163	
7.1.2	Wirtschaftlichkeit einer Investition – 163	
7.1.3	Abschreibung auf Ihre Investitionen – 165	
7.1.4	Businessplan – 166	
7.1.5	Sicherstellung der Zahlungsfähigkeit – 166	
7.2	Welche Finanzierungsform ist passend? – 167	
7.2.1	Finanzierungsformen – 167	
7.2.2	Rating für Ärzte – 169	

7.2.3	Bewertung von Sicherheiten bei der Kreditvergabe – 171	
7.2.4	Die richtige Bank – 172	
7.2.5	Aufgaben bei der Vorbereitung des Kreditgespräches – 174	
7.2.6	Finanzierung von modernen Kooperationsformen – 175	
7.3	Zusammenfassung – 176	
7.4	Fallbeispiele – 178	
	Fallbeispiel 1: Einzelpraxis Dr. Mustermann – 178	
	Fallbeispiel 2: Schlechtes Rating bei Finanzierungsanfragen – 187	
8	Abrechnung und Kodierung	189
8.1	Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen nach EBM – 189 <i>Dorothy Mehnert, Matthias Wallhäuser</i>	
8.2	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) – 194 <i>Dorothy Mehnert</i>	
8.3	Abrechnung bei Selektivverträgen – 194 <i>Achim Bredenbach, Bastian Koecke, Volker Mucha</i>	
8.4	Abrechnung nach GOÄ bei Privatpatienten und Selbstzahlern (IGeL) – 194 <i>Achim Bredenbach, Bastian Koecke, Volker Mucha</i>	
8.4.1	Privatliquidation: Rechnungsstellung und Forderungseinzug durch eine privatärztliche Verrechnungsstelle – 195	
8.4.2	Exkurs: Inkasso und Factoring – 196	
8.4.3	Rechnungsstellung nach GOÄ – 197	
8.4.4	Selbstzahlerleistungen korrekt abrechnen – 197	
	Literatur – 198	
8.5	Abrechnung nach UV-GOÄ mit den Unfallversicherungsträgern – 198 <i>Barbara Berner</i>	
	Literatur – 200	
8.6	Abrechnung nach DRG und Kodierung nach ICD und OPS in der stationären Patientenversorgung – 200 <i>Johannes Güsgen</i>	
8.6.1	Definition der DRGs in Deutschland – 200	
8.6.2	Das DRG-System im Klinik-Alltag – 201	
8.6.3	Die DRG-Abrechnung beeinflussende Kriterien – 202	
8.6.4	Kodierung nach ICD-10, OPS und Deutschen Kodierrichtlinien – 202	
8.6.5	Praxisbeispiel Verschlüsselung nach ICD-10 und OPS sowie DRG-Ermittlung – 203	
8.6.6	Koderverhalten als Schlüssel für den wirtschaftlichen Erfolg einer Klinik – 205	
8.6.7	Exkurs: DRGs für psychiatrische und psychosomatische Kliniken – 206	
	Literatur – 206	
9	Buchführung und Steuern in der Arztpraxis	209
	<i>Jochen Axer, Frank S. Diehl</i>	
9.1	Grundlagen der Finanzbuchhaltung in der Arztpraxis – 209	
9.1.1	Buchführung bei selbstständigen Ärzten – 209	
9.1.2	Steuerliche Aufzeichnungspflichten – 211	
9.2	Die Einnahmen-Überschuss-Rechnung – 212	

9.2.1	Das Zufluss-Abfluss-Prinzip – 213	
9.2.2	Regelmäßige Einnahmen/Ausgaben um den Jahreswechsel – 219	
9.3	Das Betriebsvermögen des Freiberuflers – 219	
9.3.1	Notwendiges Betriebsvermögen – 220	
9.3.2	Notwendiges Privatvermögen – 221	
9.3.3	Gewillkürtes Betriebsvermögen – 221	
9.4	Betriebsvermögensvergleich und Einnahmen-Überschuss-Rechnung im Vergleich – 221	
9.5	Das leidige Thema Steuern – Worauf Sie in der Praxis achten müssen – 223	
9.5.1	Einkommensteuer – 224	
9.5.2	Wie wird die Einkommensteuer berechnet? – 226	
9.5.3	Steuerliche Besonderheiten in der Arztpraxis – Das müssen Sie beachten – 230	
9.6	Ärzte-GmbH und Körperschaftsteuer – 232	
9.6.1	Unterschiede zur Gemeinschaftspraxis – 232	
9.6.2	Gewinn- und Steuerermittlung – 233	
9.7	Umsatzsteuer – 234	
9.8	Lohnsteuer – 238	
9.8.1	Die Grundsätze – 238	
9.8.2	Geldwerter Vorteil – 239	
9.8.3	Elektronische Lohnsteuerabzugsmerkmale – 241	
9.9	Praxisbeispiel: Steuerliche Fallstricke der Einnahmen-Überschuss-Rechnung vermeiden – 242	
10	Kostenplanung und Erfolgskontrolle in der Arztpraxis	245
	<i>Rolf-Rainer Riedel</i>	
10.1	Arzthonorare und Preisgrenzen im Gesundheitsmarkt – 246	
10.2	Der Arzt in einem sich verschärfenden Wettbewerbsumfeld – 248	
10.3	Wettbewerbszunahme: Wie setze ich Controlling in meiner Arztpraxis um? – 248	
10.4	Praxisplanung: Ein wichtiger Erfolgsfaktor – 249	
10.4.1	Den Wettbewerb beim Planen im Auge behalten! – 250	
10.4.2	Mehr als einmal planen – 251	
10.4.3	Planungsansätze und -zeiträume unterscheiden – 253	
10.5	Praxisziele als Voraussetzung für Controlling – 254	
10.5.1	Strategische Ziele – 254	
10.5.2	Betriebswirtschaftliche Ziele – 254	
10.5.3	Mitarbeiterbezogene Ziele – 255	
10.5.4	Finanzwirtschaftliche Ziele – 255	
10.6	Risikomanagement – 257	
10.7	Wirtschaftlichkeitskontrolle in der Arztpraxis – 258	
10.7.1	Budgetierung – 259	
10.7.2	Sprungfixe Kosten – 260	
10.7.3	Einsatz von Wirtschaftlichkeitskennzahlen zur Erfolgskontrolle – 260	
10.7.4	Wie Sie Leerkosten in Ihrer Praxis vermeiden – 260	
10.8	Beispiel für eine betriebswirtschaftliche Planung – 261	
	Literatur – 265	

11	Arzt und Recht	267
11.1	Berufsrecht – 267 <i>Matthias Wallhäuser</i>	
11.1.1	Die Niederlassung – 267	
11.1.2	Weitere Praxissitze – 268	
11.1.3	Gemeinsame Berufsausübung – 268	
11.1.4	Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung – 268	
11.1.5	Beschäftigung angestellter Ärzte – 269	
11.1.6	Honorarvereinbarungen und Vorschuss – 269	
11.1.7	Werbung – 270	
11.1.8	Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz – 271	
11.1.9	Aufbewahrungsfristen – 272	
11.1.10	Ahndung von Verstößen gegen Berufspflichten – 273	
11.2	Vertragsarztrecht – 273 <i>Matthias Wallhäuser</i>	
11.2.1	Das System der Selbstverwaltung – 273	
11.2.2	Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung – 274	
11.3	Gesellschaftsrecht – Praxisformen und Kooperationsmodelle – 276 <i>Daniel Knickenberg</i>	
11.3.1	Praxisgemeinschaft – 277	
11.3.2	Gemeinschaftspraxis – 277	
11.3.3	Partnerschaftsgesellschaft – 284	
11.4	Arzthaftung – 285 <i>Matthias Wallhäuser</i>	
11.4.1	Haftungsgrundlage: Behandlungsvertrag und Deliktsrecht – 285	
11.4.2	Wann haftet der Arzt gegenüber dem Patienten? – 285	
11.4.3	Beweis und Beweislast – 286	
11.4.4	Unterlassene oder unzureichende Risikoaufklärung – 288	
11.4.5	Haftungsfolgen – 289	
11.4.6	Verfahren nach Behandlungsfehlern – 289	
11.5	Arbeitsrecht – Der Arzt als Arbeitgeber – 290 <i>Daniel Knickenberg</i>	
11.5.1	Der Abschluss von Arbeitsverträgen – 291	
11.5.2	Der Inhalt von Arbeitsverträgen – 291	
11.5.3	Die Beendigung von Arbeitsverträgen – 295	
11.5.4	Befristete Arbeitsverhältnisse – 298	
11.5.5	Teilzeitarbeit – 299	
11.5.6	Berufsausbildungsverträge – 299	
11.5.7	Zeugnis – 300	
11.5.8	Betriebsverfassungsrecht – 300	
11.5.9	Arbeitsgerichtsverfahren – 300	
11.6	Arzt und Familienrecht – 301 <i>Susanne Strick</i> Literatur – 302	

1 Wirtschaftliche Praxisführung: Grundlagen und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen

Rolf-Rainer Riedel, Matthias Wallhäuser

1.1 Arztpraxis und Ökonomie: Mehr als ein Zweckbündnis

Aufgrund der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen reicht es heute nicht mehr aus, „nur“ berufener Arzt mit hoher fachlicher Qualifikation zu sein. Ergänzend hierzu müssen Sie die Eigenschaften eines guten Praxismanagers aufweisen, um Ihre Praxis langfristig erfolgreich führen zu können. Auch Sie als Praxisinhaber können die Erfolgsrezepte anderer erfolgreicher Unternehmer nutzen! Allerdings besteht ein kleiner Unterschied zu Unternehmen in der freien Marktwirtschaft: Sie müssen nämlich die Besonderheiten des Gesundheitsmarktes für niedergelassene Ärzte beachten. Eine gute Patientenversorgung ist leider nicht automatisch mit wirtschaftlichem Erfolg gleichzusetzen. Vor diesem Hintergrund sind Sie als ärztlicher Unternehmer gehalten, neben Ihren patientenzentrierten Prinzipien auch kaufmännischen Grundsätzen zu folgen. Vertiefen Sie also Ihr betriebswirtschaftliches Know-how, damit Ihre Praxis von heute auch noch morgen erfolgreich an der Patientenversorgung teilnehmen kann. Zu diesem Zweck haben wir für Sie in diesem Buch alle relevanten Management-Module, die Sie im Alltag für Ihre Arztpraxis benötigen, auf die besondere Situation der Arztpraxis übertragen und praxisnah zusammengefasst.

Als Arzt und Manager sollten Sie sich begleitend zu Ihrer primären medizinischen Tätigkeit vor allem den Themen des Kosten-, Qualitäts- und Prozessmanagements widmen. Prozessmanagement ist nicht mehr nur ein Thema von großen Unternehmen, denn

die optimierten Abläufe in Ihrer Praxis führen zu einem optimierten Ergebnis: gutes Kosten- und Qualitätsmanagement sowie sehr zufriedene Patienten. Die Umsetzung dieser Aufgabenbereiche kommt Ihren Patienten als Kunden zugute.

Ein erfolgreiches Unternehmen, auch eine Arztpraxis, muss ebenfalls nach den Grundlagen des Finanzmanagements gesteuert werden. Diese Grundlagen können Sie genauso wie die Themenkreise Finanzierung und Investitionen sowie Einführung in das Steuerrecht in diesem Wegweiser nachlesen. In Kapitel 6 finden Sie Tipps, wie Sie durch geschicktes Marketing Ihre Patienten verstärkt an sich und Ihre Praxis binden.

1.2 Marktbedingungen im Gesundheitswesen

Jeder Arzt hat aus ökonomischer Sicht das langfristige Ziel, sich seinen Marktanteil im Gesamtmarkt zu sichern. Abbildung 1.1 verdeutlicht das sog. **Marktpotenzial** des niedergelassenen Arztes in Abhängigkeit von seinem Einzugsgebiet an zu versorgenden Patienten. An dieser Stelle muss unter den z.Zt. geltenden Abrechnungsbestimmungen berücksichtigt werden, dass die Honorierung für die Erbringung von Leistungen für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherungen budgetiert und damit gedeckelt ist. Von daher hat die Marktpotenzialbetrachtung auf den ersten Blick nur dann eine Bedeutung, wenn der niedergelassene Arzt sein GKV-Budget nicht ausgeschöpft hat. Darüber hinaus kann jedoch diese Marktpotenzial-

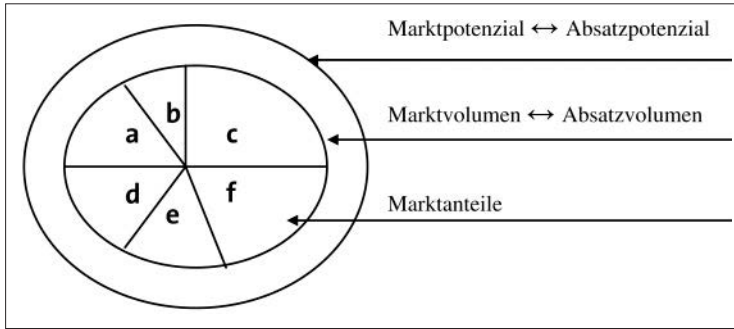


Abb. 1.1: Marktpotenzial

analyse auch dazu genutzt werden, um das zukünftige Wachstumspotenzial an Privatpatienten oder Patienten, die auf eigenen Wunsch kostenpflichtige Selbstzahlerleistungen (Individuelle Gesundheitsleistungen) in Anspruch nehmen werden, abzuschätzen (s.a. Kap. 1.2.2).

Die **Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen** haben sich in den letzten zwei Jahrzehnten stetig verändert. Die Wirkungen der staatlichen Reformbestrebungen, unter anderem umgesetzt im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) 2004, im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) und im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 2007 und zuletzt mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (VStG) 2012, werden auch in Ihrer Vertragsarztpraxis deutlich spürbar:

- ▲ Die Zahl der niedergelassenen Ärzte (Leistungserbringer) hat trotz der sich verknappenden Ressourcen und der Bedarfszulassung in den letzten 20 Jahren zugenommen; hierdurch werden Ärzte in Ihrem Einzugsgebiet zunehmend zu Wettbewerbern.
- ▲ Zusätzlicher Konkurrenzdruck entsteht durch die Öffnung des ambulanten Sektors für die Krankenhäuser im Rahmen der Integrierten Versorgung (IGV), das Ambulante Operieren (AOP).
- ▲ Seit 01.04.2007 können Krankenhäuser zudem ihre Spezialambulanzen gem. § 116b SGB V auf Antrag bei der zuständigen Krankenhausplanungsbehörde des betreffenden Bundeslandes für die Regel-

Versorgung entsprechend dem Versorgungsschwerpunkt zulassen; dieser Bereich ist durch das VStG mit Wirkung zum 01.01.2012 als sog. Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) zu einem originären dritten Behandlungssektor neben der althergebrachten vertragsärztlichen Versorgung und der Krankenhausversorgung etabliert worden. Insbesondere für Vertragsärzte wird der § 116b SGB V n.F. erstmals eine unmittelbare, nicht unerhebliche Rolle spielen, denn ab dem Zeitpunkt, zu dem der GBA seine neuen Richtlinien zu dieser Regelung erlassen hat – dies ist für Q I 2013 vorgesehen – dürfen die in dem Katalog des § 116b SGB V n.F. aufgelisteten Versorgungsbereichen nur noch von denjenigen Leistungserbringern erbracht werden, die die in § 116b SGB V und den Richtlinien des GBA geregelten Voraussetzungen erfüllen.

- ▲ Mehr als 1700 (Medizinische Versorgungszentren) sind mittlerweile zur Versorgung von Patienten aller Krankenversicherungen zugelassen. In diesem Angebotssegment treten Krankenhäuser zunehmend in den direkten Wettbewerb zu den niedergelassenen Ärzten.
- ▲ In Anbetracht der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung stehen seit gut zehn Jahren nur begrenzte finanzielle Ressourcen im Ersten Gesundheitsmarkt der GKV zur Verfügung.
- ▲ Das Patientenrechtegesetz (PRG) ab 2013.

1.2.1 Auswirkungen der Gesundheitsgesetzgebung auf den ambulanten Bereich

Die beiden wichtigsten Gesetze der Gesundheitsreform 2007 (VÄndG und GKV-WSG) haben die Wettbewerbssituation im Gesundheitswesen bereits wesentlich beeinflusst. Die einzelnen Marktteilnehmer (Krankenhäuser, Hausärzte, Fachärzte) bemühen sich seitdem verstärkt um die gleichen Patientengruppen. Diese Tendenz hat durch das VStG zum 01.01.2012 weiteren Schwung erhalten. Gleichzeitig entwickeln die Patienten selbst eine zunehmende Nachfrage an zusätzlichen medizinischen Leistungen. Unter Berücksichtigung dieser beiden Trends lässt sich erkennen, dass sich in dem ambulant medizinischen Versorgungssegment marktähnliche Strukturen und Wettbewerbsrahmenbedingungen entwickeln. Infolgedessen besteht eine wachsende Tendenz, u.a. die Einzelpraxis in (über)örtliche Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) einzubringen. Dabei darf nicht übersehen werden, dass die neuen Regelungen nicht nur bzw. nicht unbedingt den Wettbewerb zwischen niedergelassenem Arzt und Krankenhaus verschärfen, sondern vielfältige Kooperationsmöglichkeiten bieten. So wird erwartet, dass sich – neben dem Belegarztwesen – ein echtes Konsiliararztwesen entwickeln wird. Ein niedergelassener Arzt freiberuflich oder in Teilanstellung beim Krankenhausträger seine Patienten stationär im Krankenhaus weiterversorgt und hierfür vom Krankenhausträger entlohnt wird. Grundsätzlich kann ein niedergelassener Kassenarzt seit dem 01.01.2012 aufgrund der gesetzlichen Änderungen im VStG neben seiner kassenärztlichen Tätigkeit auch noch „zeitlich unbegrenzt“ als Honorararzt in einem Krankenhaus arbeiten. Hier sollte allerdings darauf geachtet werden, dass die geltenden berufs- und arbeitsrechtlichen Vorschriften auch beachtet werden. Somit erhöhen sich die Kooperationsmöglichkei-

ten zwischen Arzt und Krankenhaus bei einer gleichzeitigen grundsätzlichen Wettbewerbssituation zwischen beiden Partnern. Umgekehrt können Krankenhausärzte in der Arztpraxis tätig sein.

Die im folgenden Überblick dargestellten Gesetzesänderungen gewähren dem Vertragsarzt neue Möglichkeiten des Leistungsangebots für seine Patienten und damit ein Stück mehr an unternehmerischer Freiheit. Insbesondere in den neuen zulässigen Kooperationen mit anderen Leistungserbringern liegen erhebliche Chancen, an sich neu bildenden Strukturen in der ambulanten Versorgung der gesetzlich versicherten Patienten teilzuhaben.

VÄndG und VStG – Auf zu neuen Ufern

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) hat neue Entwicklungstrends im ambulanten Versorgungsangebot für Patienten gesetzt. Die wichtigsten Schlagworte sind:

- ▲ Teilzulassung
- ▲ Zweigpraxis
- ▲ (Über)örtliche Berufsausübungsgemeinschaft
- ▲ Teilgemeinschaftspraxis
- ▲ Wegfall von Altersgrenzen
- ▲ Anstellung von Ärzten
- ▲ Möglichkeit der Tätigkeit in Praxis und Krankenhaus
- ▲ Medizinische Versorgungszentren

Diese sich aus dem VÄndG ergebenden Optionen erläutern wir im folgenden Überblick.

Teilzulassung. Die Zulassung eines Vertragsarztes kann auf die Hälfte einer hauptberuflichen Tätigkeit beschränkt werden. Dies gilt sowohl für den Arzt, der sich erstmals um eine Zulassung als Vertragsarzt bewirbt, als auch für den bereits zugelassenen Vertragsarzt, der für die Zukunft auf die Hälfte seiner Zulassung verzichten möchte. Hiermit geht – naturgemäß – eine entsprechende Reduzierung des Punktezahlvolumens einher.

Interessant sind die Möglichkeiten der Teilzulassung nicht nur für junge Mütter, an die der Gesetzgeber hierbei in erster Linie gedacht hat, sondern gerade auch im Hinblick auf die nachstehend noch zu erläuternden weiteren Möglichkeiten des voll zugelassenen Vertragsarztes, sich verstärkt als Partner von Kooperationen im niedergelassenen Bereich, aber auch Sektor übergreifend anzubieten: Verhandlungspartner hinsichtlich einer beabsichtigten Kooperation kann für den Krankenhausträger durchaus der Arzt sein, der selbst mit hälftiger Teilzulassung niedergelassen tätig ist, andere Vertragsarztsitze an sich gebunden und diese mit angestellten Ärzten besetzt hat. Es wird deutlich: Die Neuerungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes haben dem Vertragsarzt auch neue Möglichkeiten und Kooperationsformen mit Krankenhäusern verschafft. Dies verschärft den Wettbewerb zwischen den Vertragsärzten um eben solche Kooperationen und damit um den Zugang zu Patienten.

Praxistipp

Die Teilzulassung ist nicht unproblematisch: Zwar kann die Beschränkung auf eine hälftige Zulassung auf Antrag des Arztes auch wieder aufgehoben werden, allerdings muss sich der betreffende Arzt dann dem üblichen Zulassungsverfahren, und zwar unter Berücksichtigung des Bedarfsplanungsrechts, unterziehen. Befindet sich seine Praxis in einem für sein Fachgebiet gesperrten Bezirk, sind seine Aussichten auf Wiedererlangung der vollen Zulassung beschränkt. Streitig ist auch, ob die frei werdende Hälfte der Zulassung des Arztes, der seine Zulassung auf 50% beschränkt, übertragen werden kann; in Betracht kommt hierfür das sog. Nachbesetzungsverfahren des § 103 Abs. 4 SGB V. Derzeit wird von einigen Zulassungsausschüssen die Auffassung vertreten, für die Teilzulassung stehe dieser Weg nicht offen. Sie sollten

den Schritt in die Teilzulassung daher sorgfältig abwägen.

Zweigpraxis. Es ist Ihnen als Vertragsarzt auch erlaubt, an mehreren Orten tätig zu sein. Allerdings setzt das Berufsrecht eine Grenze insoweit, als jedem – also auch dem privatärztlich tätigen – niedergelassenen Arzt lediglich zwei Filialen erlaubt sind.

Kurz zur früheren Rechtslage: Bis zum VÄndG war eine Zweigpraxis nur dann zulässig, wenn diese zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung erforderlich war. Hierüber hatte der Zulassungsausschuss zu befinden und hat dies nur in sehr engen Grenzen und unter Beachtung des Bedarfsplanungsrechts angenommen. Sonst kamen nur ausgelagerte Praxisräume in Betracht; dies waren solche Praxisräume, in denen lediglich spezielle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angeboten wurden, nicht jedoch eine Sprechstunde.

Voraussetzung für eine Filialtätigkeit ist seit dem VÄndG, dass die Versorgung der Versicherten an dem weiteren Ort hierdurch eine Verbesserung erfährt und zugleich die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird. Wann eine Verbesserung bzw. eine Beeinträchtigung vorliegt, hat der Gesetzgeber indes nicht bestimmt. Die Praxis zeigt, dass die Zulassungsausschüsse eher mit größerer Zurückhaltung agieren. Streitig ist schon, ob es hinsichtlich der Frage nach einer Verbesserung darauf ankommt, dass am Ort der Zweigpraxis Zulassungsbeschränkungen bestehen. Von einer Verbesserung der Versorgung der Versicherten wird vernünftigerweise aber auch dann auszugehen sein, wenn am Ort der Zweigpraxis die Wartezeiten für Patienten verkürzt werden, was etwa bei seltenen Leistungen und Erkrankungen schnell erreicht wird. Umgekehrt wird diskutiert, dass eine Beeinträchtigung der ordnungsgemäßen Versorgung am Stammsitz

bereits dann vorliegt, wenn das Engagement in der Zweigpraxis zu längeren Wartezeiten am Stammsitz führt oder gar zu einer Verknappung des Leistungsangebotes. Durch den am 01.07.2007 in Kraft getretenen Bundesmantelvertrag-Ärzte ist nunmehr klargestellt, dass bestimmte Sprechzeiten einzuhalten sind: Der sich aus der Zulassung des Vertragsarztes ergebende Versorgungsauftrag ist dadurch zu erfüllen, dass der Vertragsarzt an seinem Vertragsarztsitz persönlich mindestens 20 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung steht.

Wichtig für Sie als Vertragsarzt ist es zu wissen, dass die Regelungen zur Zweigpraxis auch für Krankenhausträger von Bedeutung sind, weil sie selbstverständlich auch das MVZ betreffen. Auch ein MVZ kann Filialpraxen unterhalten. Nicht selten bestehen Überlegungen auf Seiten von Krankenhausträgern, neben dem in Krankenhaushöhe positionierten Facharzt-MVZ in der weiteren Umgebung hausärztliche Filialpraxen zu betreiben, um so die Versorgungskette zu komplettieren.

Die Zweigpraxis birgt besondere Problemfelder. Durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz ist klargestellt, dass eine Zweigpraxis auch in einem fremden KV-Bezirk betrieben werden darf; dies bedarf der sog. Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss in diesem fremden KV-Bezirk. Der Zulassungsausschuss am Sitz der Stamm-KV wird hinsichtlich der Versorgungsgefährdung am Stammsitz allerdings angehört. Eine Unsicherheit im Rahmen der Planung einer Filialpraxis besteht darin, dass der Zulassungsausschuss durchaus die Möglichkeit hat, die Ermächtigung mit Auflagen zu versehen, etwa in Form einer Mindestpräsenz in der Stammpraxis oder einer Höchstpräsenz in der Filiale.

Der Versorgungsauftrag des Vertragsarztes an dem weiteren Ort sowie am Stammsitz kann im Rahmen der Grenzen, die der Grundsatz der persönlichen Leistungserbrin-

gung zieht, auch durch angestellte Ärzte erfüllt werden, und zwar sowohl durch Ärzte, die am Stammsitz angestellt werden, als auch durch solche Ärzte, die speziell für die Tätigkeit am weiteren Ort eingestellt werden. Die Anstellung eines Arztes als solche bedarf stets der Genehmigung. Für seine Filialtätigkeit ist zwar grundsätzlich keine zusätzliche Genehmigung notwendig; dies gilt allerdings nur dann, wenn der angestellte Arzt dort nicht ausschließlich tätig ist. Wird der angestellte Arzt ausdrücklich nur für die Filialpraxis angestellt, bedarf dies der separaten Genehmigung, die nur dann erteilt wird, wenn für die Filialpraxis keine Zulassungsbeschränkungen bestehen oder bestehende Zulassungsbeschränkungen überwunden werden können (Nachbesetzung durch Übernahme eines Vertragsarztsitzes). Zuständig für die Genehmigung ist der Zulassungsausschuss am Ort der Filialpraxis.

Ärztliche Kooperationen. Die Bildung und Ausübung von Berufsausübungsgemeinschaften ist durch das VÄndG vereinfacht worden. Die vertragsarztrechtliche Zulässigkeit von standortübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften war zuvor strittig. Durch eine Änderung des § 33 Ärzte-ZV ist klargestellt worden, dass sowohl örtliche als auch überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften zulässig sind. Klargestellt wurde in dieser Vorschrift ferner, dass Berufsausübungsgemeinschaften unter *allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern mit Ausnahme von zuweisungsabhängigen Facharztgruppen (Labor, Radiologie)* zulässig sind, sodass also nicht nur Berufsausübungsgemeinschaften zwischen Vertragsärzten zulässig sind, sondern auch etwa zwischen Vertragsarzt und Psychotherapeuten sowie zwischen Vertragsarzt und Medizinischem Versorgungszentrum. Hinsichtlich der Medizinischen Versorgungszentren soll dies auch unabhängig davon gelten, ob sie als Kapital- oder als Personengesellschaften organisiert

sind. Für die Mitglieder der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften besteht bezogen auf ihre Tätigkeit für die Berufsausübungsgemeinschaft keine Präsenzpflcht. Auch Berufsausübungsgemeinschaften können Ärzte anstellen sowie an jedem ihrer Vertragsitze entsprechend dem Versorgungsbedarf einsetzen.

Vollständig neu geregelt wurde die Vorschrift in der Ärzte-ZV zur **Berufsausübungsgemeinschaft**. Die Regelungen erlauben und regeln die Anforderungen an die gemeinsame Berufsausübung und zwar für alle zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer, also nicht nur für den Vertragsarzt, sondern insbesondere auch für das MVZ. Dabei sind Berufsausübungsgemeinschaften sowohl mit einem einzigen Vertragsarztsitz (in diesem Sinne also als örtliche Berufsausübungsgemeinschaft) als auch mit mehreren Vertragsarztsitzen (dann als überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft) zulässig. Erforderlich ist die vorherige Genehmigung des Zulassungsausschusses. Es besteht ein Anspruch auf Genehmigung dann, wenn die Erfüllung der Versorgungspflicht am Vertragsarztsitz gewährleistet bleibt und der Vertragsarzt an den anderen Vertragsarztsitzen nur in zeitlich begrenztem Umfang tätig wird. Die Anzahl der Berufsausübungsgemeinschaften, an denen ein Vertragsarzt sich beteiligt, ist gesetzlich nicht beschränkt. Wird eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft über die Grenzen von Zulassungsbezirken hinaus gebildet, muss für mindestens zwei Jahre einer der Sitze bestimmt werden, der sowohl für die Genehmigungsentscheidung als auch für die Abwicklung der Leistungserbringung an allen Vertragsarztsitzen maßgeblich ist.

Praxistipp

Bitte beachten Sie, dass für eine Behandlungstätigkeit in einer Berufsausübungsgemeinschaft eine gemeinsame Behand-

lungsunterlage geschaffen werden muss; die Berufsausübungsgemeinschaft kennt hier nur einen Patientenstamm. Auch stellen sich steuerrechtliche Fragen, erst recht dann, wenn fachgebietsfremde Ärzte sich zu Berufsausübungsgemeinschaften zusammenschließen; es besteht dann das Risiko, dass die Tätigkeit als gewerblich eingestuft wird mit der Folge, dass die gesamten Einnahmen der Berufsausübungsgemeinschaft der Gewerbesteuer unterliegen (s. hierzu a. Kap. 9).

Teilgemeinschaftspraxis. Auch die Bildung von Berufsausübungsgemeinschaften zur Übernahme spezifischer, auf die Erbringung bestimmter Leistungen bezogener Behandlungsaufträge ist erlaubt. Der Gesetzgeber hatte hierzu ein Beispiel vor Augen: Es schließen sich ein Kinderarzt und ein Psychiater zusammen. Beide behalten ihre eigene Praxis, erbringen aber die psychiatrische Behandlung von Kindern im Rahmen einer Teilgemeinschaftspraxis gemeinsam.

Mittlerweile ist durch die Berufsordnungen in den Ländern weitestgehend klargestellt, dass nur die echte Leistungserbringergemeinschaft erlaubt sein soll, nicht aber sog. Kickback-Konstellationen. Bekannt sind die Gestaltungen, in denen ein Laborarzt mehrere Dutzend bis mehrere Hundert über das gesamte Bundesgebiet verteilte niedergelassene Ärzte als Partner einer (sternförmig angelegten) Teilgemeinschaftspraxis aufnimmt. Solche Konstellationen verstoßen gegen das berufsrechtliche Verbot der Zuweisung von Patienten gegen Entgelt.

Teilzeittätigkeit des Vertragsarztes. Dem Vertragsarzt ist in § 19a Ärzte-ZV die Befugnis eingeräumt, den grundsätzlich vollzeitigen Versorgungsauftrag auf die Hälfte zu beschränken. Diese Beschränkung muss gegenüber dem Zulassungsausschuss angezeigt und von diesem im Beschlusswege festge-

stellt werden. Allerdings muss sich der Vertragsarzt darüber bewusst sein, dass der einmal zu 50% abgetretene Kassensitz für ihn unwiederbringlich abgegeben ist, sofern der Kollege (Jobsharer) mit den zweiten 50% dieses Kassensitzes diesen nicht mehr an den ursprünglichen Kassensitzinhaber mit Zustimmung der KV zurücküberträgt. Wird die angesprochene „KV-Sitz-Hälfte“ an die KV zurückgegeben, dann ist dieser Schritt als dauerhaft anzusehen, es sei denn, diese Rückübertragung wird in einem ärztlich un-
tersorgten Gebiet erfolgen.

Nebentätigkeit des Vertragsarztes. Geändert wurde durch das VÄndG ferner die Regelung des § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sind dies auch Nebentätigkeiten als Arzt im Krankenhaus. Entsprechend den Regelungen des VÄndG kann ein Vertragsarzt auch in einem Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V abgeschlossen worden ist, tätig sein und mit einer solchen Einrichtung kooperieren, ohne dass damit seine Eignung als Vertragsarzt infrage gestellt ist. Dies gilt auch für seine Berufsausübung in einem MVZ. Darüber hinaus wurde klargestellt, dass ein Arzt als Angestellter gleichzeitig in einem Krankenhaus und in einem Medizinischen Versorgungszentrum tätig sein darf. In den eben genannten Tätigkeitskonstellationen ist jedoch darauf zu achten, dass eine entsprechende Berufsausübung einen gewissen Umfang nicht überschreiten darf; nach der mit dem VStG eingeführten Reform der maßgeblichen Regelung in § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV gilt, dass der Vertragsarzt durch etwaige andere Tätigkeiten nicht daran gehindert sein darf, zu den für die Erfüllung seiner vertragsärztlichen Versorgungspflichten notwendigen Zeiten zur Verfügung zu stehen; in der Gesetzesbegründung zum VStG wird insoweit auf die üblichen Sprechstundenzeiten abgehoben.

Möglich ist auch eine gleichzeitige Anstellung in einer Vertragsarztpraxis und in einem Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung.

Präsenzpflicht eines Vertragsarztes. Die bisherige zeitliche Begrenzung für eine entsprechende Tätigkeit von 13 Stunden ist durch das Inkrafttreten des VStG zum 01.01.2012 aufgehoben worden. Somit können nun auch angestellte Krankenhausärzte zeitlich unbegrenzt in Medizinischen Versorgungszentren oder Arztpraxen tätig sein.

Das reformierte Berufsrecht erlaubt den Ärzten, über den Praxissitz hinaus an zwei weiteren Orten ärztlich tätig zu sein, sofern sie die Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung ihrer Patienten an jedem Ort ihrer Tätigkeit treffen. Bis zur Reform durch das VÄndG standen dem aber die Regelungen des Vertragsarztrechts entgegen. Zwar hält das Gesetz daran fest, dass die Erteilung einer Zulassung für den Ort der Niederlassung des Arztes (Vertragsarztsitz) erfolgt. Nach den Regelungen des VÄndG können aber weitere vertragsärztliche Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes an weiteren Orten zulässig sein, soweit dies mit der spezifischen Pflicht eines Vertragsarztes, die vertragsärztliche Versorgung an seinem Vertragsarztsitz zu gewährleisten, vereinbar ist und dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert. Die weiteren Arztsitze dürfen auch außerhalb des KV-Bezirks für den Vertragsarztsitz liegen. Auch die Anstellung von Ärzten außerhalb des Sitzes eines Vertragsarztes an weiteren Orten ist unter Berücksichtigung der bestehenden Zulassungsbeschränkungen zulässig. Erwähnenswert ist noch, dass Kassenärzte seit dem 01.01.2012 (VStG) nicht an eine Residenzpflicht hinsichtlich ihres Praxisstandortes mit einer Mindesterreichbarkeit von 30 Minuten gebunden sind.

Altersgrenzen. Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass die im Vertragsarztrecht bis dahin bestehenden Altersgrenzen weggefallen sind. Bis zum 01.01.2007 bestand die sog. Alterszugangsgrenze. Ein Arzt, der das 55. Lebensjahr vollendet hatte, erhielt keine Zulassung mehr. Diese Alterszugangsgrenze ist vollständig aufgehoben worden. Interessant ist dies insbesondere für den über 55-jährigen Chef- oder Oberarzt, der sich auf den ausgeschriebenen Sitz eines Vertragsarztes bewerben möchte, gegebenenfalls in Teilzulassung, um in Zukunft sowohl im Krankenhaus als auch im Vertragsarztbereich – ggf. in (Teil-)Gemeinschaftspraxis mit einem niedergelassenen Kollegen – tätig zu sein.

Daneben bestand und besteht – allerdings in beschränkter Weise – eine sog. Altershöchstgrenze. Bis zum 01.01.2007 war es so, dass ein Vertragsarzt seine Zulassung mit der Vollendung seines 68. Lebensjahres automatisch verlor. Grundsätzlich kann ein Vertragsarzt seine Zulassung mit der Vollendung seines 68. Lebensjahres automatisch weiterführen, was sowohl für unterversorgte wie auch überversorgte Gebiete gilt.

Anstellung von Ärzten. Maßgebliche Änderungen gab es bei den Anstellungsmöglichkeiten von Ärzten. Nach der früheren Rechtslage war es so, dass ein niedergelassener Arzt lediglich eine Vollzeitkraft oder zwei Halbtagskräfte anstellen konnte. Erforderlich war allerdings eine Fachgebietsidentität, Ärzte mit anderen Spezialisierungen konnten nicht angestellt werden.

Durch das VÄndG und die Neuregelungen im Bundesmantelvertrag für Ärzte ist die Rechtslage so, dass der Vertragsarzt drei Vollzeitstellen oder eine entsprechende Anzahl von Teilzeitstellen besetzen kann; bei überwiegend medizinisch-technischen Leistungen sind es sogar vier Vollzeitstellen oder die entsprechende Anzahl von Teilzeitstellen. Während das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz eine solche zahlenmäßige Beschrän-

kung nicht vorgesehen hat, ist sie im Bundesmantelvertrag durch die Selbstverwaltung eingeführt worden. Der Grund hierfür liegt in dem von den Vertragsärzten zu beachtenden Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung, der eben nicht aufgegeben werden sollte. Ausnahmen von dieser zahlenmäßigen Beschränkung sind deshalb nur dann möglich, wenn der Vertragsarzt einen Nachweis über Vorkehrungen zur Gewährleistung seiner persönlichen Leitung erbringt.

Nicht ganz so innovativ sind die Regelungen für gesperrte Planungsbereiche. Dort gelten die alten Regelungen im Grundsatz weiter. Dies bedeutet, dass nur Ärzte mit Fachgebietsidentität angestellt werden können und der Leistungsumfang der Praxis begrenzt bleibt. Zu den bisherigen Abrechnungsvolumen der letzten vier Quartale kommen lediglich 3% des Fachgruppendurchschnitts hinzu. In diesem Fall wird der angestellte Arzt allerdings auch nicht auf die Bedarfsplanung angerechnet. Neu ist lediglich, dass die Arbeitszeit flexibel und die Zahl der Angestellten nicht mehr begrenzt ist. Nur dann, wenn der zuständige Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf feststellt, können Ausnahmen von der Leistungsbegrenzung erfolgen, soweit und solange dies zur Deckung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist.

In diesem Zusammenhang spielt eine besondere Bedeutung, dass der Vertragsarzt – wie zuvor schon das MVZ – Vertragsarztsitze „sammeln“ kann. Durch das VÄndG ist die Möglichkeit geschaffen worden, dass ein zugelassener Vertragsarzt auf seine Zulassung zugunsten eines anderen Vertragsarztes verzichtet, um bei diesem dann als angestellter Arzt tätig zu werden. War zuvor nur die Möglichkeit über entsprechende gesellschaftsrechtliche Regelungen mit einigen rechtlichen Risiken oder aber die Konstruktion über ein MVZ möglich, ist seitdem also eine

weitere Variante eröffnet. Zwar kann die alte Zulassung nach Einbringung in die Praxis nicht mehr fortgeführt werden, allerdings ist es dem die Zulassung insoweit übernehmenden Vertragsarzt möglich, die hierdurch geschaffene neue Arztstelle jederzeit neu zu besetzen und zwar auch dann, wenn Zulassungsbeschränkungen in seinem Bezirk angeordnet sind.

Im Unterschied zur alten Rechtslage ist es seit dem VÄndG auch möglich, fachgebietsfremde Ärzte anzustellen. Nach der Musterberufsordnung für Ärzte kommt allerdings die Anstellung eines fachgebietsfremden Arztes nur dann in Betracht, wenn der Behandlungsauftrag des Patienten regelmäßig nur gemeinschaftlich von Ärzten verschiedener Fachrichtung durchgeführt werden kann. Durch diese berufsrechtliche Beschränkung soll die Umgehung des Verbots des Zuweiserentgelts vermieden werden.

Anstellung von Vertragsärzten im Krankenhaus. Zuvor war es aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur maßgeblichen Regelung in der Zulassungsverordnung für Ärzte nicht zulässig, dass ein Vertragsarzt im Krankenhaus ärztliche Leistungen erbringt oder ein Krankenhausarzt zugleich im MVZ des Krankenhausträgers arbeitet. Das Bundessozialgericht hatte in ständiger Rechtsprechung entschieden, dass die Tätigkeiten als Krankenhausarzt und als Vertragsarzt wesensverschieden sind. Mit dem VÄndG hat der Gesetzgeber in der Ärztezulassungsverordnung klargestellt, dass die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mit der Tätigkeit des Vertragsarztes vereinbar ist.

MVZ. Auch das MVZ hat durch das VÄndG Regelneuerungen erfahren. Der Gesetzgeber hat das Merkmal „fachübergreifend“ konkretisiert. Bekanntlich bestanden nach Einführung des MVZ im Jahre 2004 diesbezüglich je

nach Zulassungsbezirk unterschiedliche Auffassungen der Zulassungsgremien von der Definition dieses Merkmals. Grundsätzlich muss ein MVZ einen ärztlichen Leiter haben, der aber auch vor Ort ärztlich tätig ist. Sinnvolle Kooperationsmöglichkeiten wurden somit abgeschnitten, insbesondere in den fachärztlichen Bereichen, die mit verschiedenen Schwerpunktbezeichnungen kooperativ in einem MVZ zusammenarbeiten wollten. Der Gesetzgeber hat mit dem VÄndG klargestellt, dass ein MVZ auch dann fachübergreifend ist, wenn in ihm Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind.

Auch ist nunmehr eine kooperative Leitung des MVZ möglich. Bislang hieß es lediglich, das MVZ müsse ärztlich geleitet sein. Da nunmehr auch Medizinische Versorgungszentren etwa mit Zahnärzten und Vertragsärzten denkbar sind, kommt auch eine kooperative Leitung durch einen Vertragsarzt und einen Zahnarzt in Betracht.

Für das MVZ in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts (Beispiel: GmbH) müssen die Gesellschafter selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen abgeben. In dieser Hinsicht bestehen derzeit mannigfache Probleme, insbesondere im Umgang mit den Zulassungsausschüssen. In Rede steht regelmäßig die notwendige Höhe der abzugebenden Bürgschaft.

Mehr Wettbewerb in der GKV

Mit den gesetzlichen Neuregelungen seit 2007 setzt der Gesetzgeber neue Rahmenbedingungen in der Patientenversorgung:

- ▲ Versicherungsschutz für alle Einwohner.
- ▲ Sicherung der medizinisch notwendigen Leistungen für alle Bürger.
- ▲ Steigerung der Qualität und der Effizienz.
- ▲ Finanzierung auch durch Steuermittel: Es ist geplant, die Mitversicherung von Kindern über Steuermittel zu sichern.
- ▲ Einführung des Gesundheitsfonds: Aus heutiger Perspektive ist davon auszuge-