

Praxisentwicklung

Drei gute Gründe für die Gründung eines MVZ im Jahr 2016

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

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) zum 23. Juli 2015 hat der Gesetzgeber die Stellung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) durch neue Anreize nochmals gestärkt. Für Rheumatologen ist vor allem die Zukunftsfähigkeit wichtig: Ein MVZ mit Anstellungsgenehmigungen bietet immer eine größere Sicherheit für die Bindung der dort involvierten Arztsitze – und damit auch für die Rentabilität hoher Investitionen – als eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) von Vertragsärzten. Der Beitrag stellt die wichtigsten juristischen Aspekte im Überblick vor.

Erster Grund: Fachgleiches MVZ ist jetzt zulässig

Die am weitesten reichende Änderung ist die Streichung des Wortes „fachübergreifende“ in der gesetzlichen Definition des MVZ. Dies bedeutet:

- Bisher mussten stets Ärzte zweier Fachgruppen oder internistischer Schwerpunkte im MVZ vertreten sein. Die (typische) fachgleiche BAG musste also immer einen Arzt einer anderen Fachgruppe einbinden, was häufig medizinisch, organisatorisch und honorarbezogen nur bedingt sinnvoll war.
- Jetzt können auch fachgleiche Ärzte diese Struktur wählen. Dies bietet Chancen gerade auch für größere fachärztliche Einrichtungen wie Rheumatologen-MVZ.

Beachten Sie: Der Umwandlung von klassischen Gemeinschaftspraxen steht damit grundsätzlich nichts mehr entgegen. Dabei müssen je nach Praxiskonstellation und Handhabung des regionalen Zulassungsausschusses unterschiedliche Wege gegangen werden.

Zweiter Grund: Nachbesetzungsverfahren „umgehen“

Mit dem GKV-VSG wurden die Regelungen in § 103 Sozialgesetzbuch (SGB) V für die Ausschreibung von Vertragsarztsitzen verschärft. Danach soll der Zulassungsausschuss die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens ablehnen, wenn der Versorgungsgrad für die Fachgruppe im Planungsbereich bei 140 Prozent oder höher liegt. Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) zahlt dann eine Entschädigung in der Höhe des Verkehrswerts der Praxis oder des Praxisanteils, die Zulassung entfällt.

Eine Ausnahme kommt in Betracht, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen erforderlich ist. Die Zulassungsausschüsse sind an dieser Stelle oft nicht großzügig. Dieser realen Gefahr des „Praxisaufkaufs“ kann nur begegnet werden, wenn der Nachfolger naher Angehöriger, Mitgesellschafter oder Angestellter ist. Zwar kann sich ein Nachfolger auch verpflichten, die Praxis innerhalb des Planungsbereichs

dorthin zu verlegen, wo die KV einen Versorgungsbedarf sieht. Diese Variante schließt aber eine Praxisfortführung an demselben Ort aus.

Weil MVZ über verschiedene Anstellungsverarianten die Versorgung am Ort sicherstellen können, bieten sie sich gerade auch in stark überversorgten, urbanen Gebieten an. Das Gesetz stellt nun klar, dass Vertragsärzte auch dann taugliche Betreiber und Gesellschafter der Trägergesellschaft eines MVZ bleiben, wenn sie auf ihre Zulassung verzichten, um sich selbst im MVZ anstellen zu lassen.

Beachten Sie: Die optimale Lösung ist selbstverständlich eine Frage des Einzelfalls. Hierbei sind stets auch steuerliche Aspekte zu berücksichtigen.

Dritter Grund: Hohe Flexibilität mit angestellten Ärzten

Nicht nur eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts mit mindestens zwei Gesellschaftern kann Träger eines MVZ sein, sondern z. B. auch eine Ein-Personen-GmbH. Deshalb können **Einzelpraxisinhaber**, die mehr als die meist genehmigten drei Vollzeitangestellten beschäftigen möchten, **MVZ-Gründer** werden.

Ein MVZ bietet sich auch an, wenn ein **weiterer Standort** betrieben werden soll, die Gründung einer Zweigpraxis jedoch schwierig erscheint. Einzelpersonen können so mehrere regionale oder überregionale Standorte und damit ein größeres Unternehmen aufbauen. Soweit gewünscht können BAG-Partner im MVZ Vertragsärzte bleiben, aber gemeinsame Angestellte an die MVZ-Zulassung „hängen“, was Streit-

potenzial reduziert und ein stabileres Konstrukt fördert.

Im **Nachbesetzungsverfahren** können sich MVZ mit einem Versorgungskonzept anstelle eines konkreten Angestellten bewerben.

Wird ein angestellter Arzt freigestellt oder das Anstellungsverhältnis durch Tod, Kündigung oder andere Gründe beendet, ist die sechsmonatige **Beschäftigung eines Vertreters** für den Angestellten zulässig.

Auch ein **Ruhen genehmigter Anstellungen** wird ermöglicht, damit diese bei Besetzungsschwierigkeiten nicht nach Ablauf von sechs Monaten entfallen.

Weiterbildungsassistenten können jetzt im Zeitraum zwischen Abschluss der

Weiterbildung und Zulassung oder genehmigter Anstellung in der Praxis weiterbeschäftigt werden, wenn ein Antrag auf Teilnahme zur vertragsärztlichen Versorgung gestellt wurde.

Die **Zeitprofile angestellter Ärzte** werden zukünftig in der Plausibilitätsprüfung bei identischem Versorgungsauftrag nicht eher auffällig als die von Vertragsärzten. Dadurch wird ausgeschlossen, dass angestellte Ärzte insbesondere in MVZ bei den Plausibilitätsprüfungen pauschal benachteiligt werden.

Betreibt eine Gesellschaft mehrere MVZ in demselben Planungsbereich, können **Anstellungsgenehmigungen** von einem MVZ in ein anderes MVZ **verlegt** werden, sofern keine Gründe der vertragsärztlichen Versorgung entgegenstehen.

Außergewöhnliche Belastung

Umbau einer Dusche wegen Behinderung: Alle Kosten abziehbar

Das Finanzamt darf nicht hergehen und beim behindertengerechten Umbau einer Dusche nur die Kosten als außergewöhnliche Belastung anerkennen, die mit der Behinderung zusammenhängen. Es sind auch die Aufwendungen absetzbar, die ohne Behinderung angefallen wären (FG Baden-Württemberg, Urteil vom 19.3.2014, Az. 1 K 3301/12).

Im konkreten Fall musste ein Steuerzahler wegen einer Behinderung seine Dusche umbauen. Das Finanzamt erkannte nur die Kosten für die neue Dusche als außergewöhnliche Belastung an. Die Kosten für eine neue Tür, die wegen des Ausmaßes der neuen Dusche notwendig war sowie für neue Fliesen und Armaturen stuften die Beamten als rein privat veranlasst ein. Argument der Behörde: Diese Renovierungskosten wären schließlich auch angefallen, wenn keine Behinderung vorgelegen hätte. Das FG hält diese Aufteilung für zu kleinlich und in der Praxis nicht praktikabel. Es hat alle Kosten für die behindertengerechte Dusche als außergewöhnliche Belastung anerkannt. Unerheblich ist nach Ansicht des Gerichts auch, ob die der Krankheit oder Behinderung geschuldeten Mehrkosten im Rahmen eines Neubaus, der Modernisierung eines Altbaus oder des Umbaus eines bereits selbstgenutzten Eigenheims oder einer Mietwohnung entstehen.

Praxishinweis: Werden die Aufwendungen als außergewöhnliche Belastung anerkannt, entfällt damit die ansonsten grundsätzlich mögliche Steuerermäßigung nach § 35a EStG für die mit dem Umbau der Dusche zusammenhängenden Handwerkerleistungen eines bereits selbstgenutzten Eigenheims oder einer Mietwohnung entstehen.

Ärztliche Werbung

„Zentrum“ erfordert mindestens zwei Ärzte und gemeinsame Räume

von RA Tim Hesse, Dortmund,
www.kanzlei-am-aerztehaus.de

Ein Arzt, der für seine Praxis den Begriff „Zentrum“ verwendet und konsultierte Kollegen als „Kooperationspartner“ bezeichnet, muss mindestens mit einem weiteren Arzt in gemeinsamen Räumlichkeiten zusammenarbeiten. Das hat das Ärztliche Berufsgericht Niedersachsen entschieden (Urteil vom 22.4.2015, Az. BG 9/14).

Ein Arzt hatte mit dem Zusatz „Zentrum für...“ für seine Einzelpraxis geworben, obwohl er nur gelegentlich konsiliarisch mit weiteren externen Ärzten zusammenarbeitete. Dass diese nicht in der Praxis zur Verfügung standen, wurde in der Werbung verschwiegen. Die Ärztekammer leitete ein berufsgerichtliches Verfahren gegen den Arzt ein. Das Gericht bezeichnet die beanstandete Werbung in seinem Urteil als irreführend und damit berufswidrig. Es verweist auf einen Beschluss des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) zur Legaldefinition des Medizinischen Versorgungszentrums in § 95 Abs. 1 S. 2 SGB V. Dem Berufsgericht zufolge ist hieraus zu schließen, dass auch außerhalb des Anwendungsbereichs der Vorschrift ein „Zentrum“ den Zusammenschluss mindestens zweier Ärzte erfordert.

Eine Erhebung dazu, wie der Zentrumsbegriff in der Ärzteschaft verwendet und verstanden wird, hielt das Gericht nicht für erforderlich. Der Ausdruck verweise jedenfalls auf Größe, Bedeutung und Kompetenz. Auch die Bezeichnung eines oder mehrerer Kollegen als „Kooperationspartner“ sei irreführend, da die Patienten dabei davon ausgingen, dass diese Ärzte vor Ort in der Praxis zur Verfügung stehen.

Neue Leitlinie**US-Fachgesellschaft gibt 74 Empfehlungen zum RA-Management**

Das American College of Rheumatology (ACR) hat seine Leitlinie zum Management einer RA überarbeitet. Die 21-seitige Leitlinie enthält insgesamt 74 Empfehlungen, knapp ein Viertel von ihnen mit starkem Empfehlungscharakter. Im Fokus steht die Treat-to-Target-Strategie mit dem Ziel einer Remission oder mindestens einer niedrigen Krankheitsaktivität.

Bei der Mehrheit der Praxisbesuche der Patienten sollte die Krankheitsaktivität mit einem Score (z. B. DAS28, CDAI oder PAS) beurteilt und regelmäßig, mindestens einmal im Jahr, der Funktionsstatus überprüft werden. Bei Patienten mit symptomatischer frühzeitiger RA wird zu Beginn unabhängig von der Krankheitsaktivität eine Monotherapie mit einem DMARD favorisiert. Bleibt die Krankheitsaktivität trotz dieser Behandlung (allein oder in Kombination mit Glukokortikoiden) mittelgradig oder hoch, wird eine DMARD-Kombination oder eine Behandlung mit einem Biologikum empfohlen. Glukokortikoide sollten so kurz und so niedrig dosiert wie möglich zum Einsatz kommen.

Die Therapieempfehlungen bei Patienten mit etablierter RA sind ähnlich, genannt wird hier als weitere Alternative zu DMARD-Kombinationen bzw. zu Biologika der Januskinase-Hemmstoff Tofacitinib. Die Behandlung sollte auch bei niedriger Krankheitsaktivität fortgesetzt werden; bei Patienten in Remission sollten nicht alle Medikamente abgesetzt werden.

QUELLE

- Singh J et al.: 2015 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis & Rheumatology* 2016; 68(1): 1-26

Studie**Sport wirkt entzündungshemmend**

Wissenschaftler der Deutschen Sporthochschule Köln und der Universitätsklinik Köln (Klinik I für Innere Medizin) konnten belegen, dass Sport eine entzündungshemmende Wirkung besitzt. In einer Studie untersuchten die Forscher Blutproben von jungen Elite-Athleten – unter anderem auch der deutschen Hockey-Olympiamannschaft – und verglichen diese mit Proben von jungen und gesunden, aber untrainierten Probanden. Dabei wurde deutlich, dass intensive, regelmäßige sportliche Betätigung zu einem Anstieg von regulatorischen T-Zellen im Blut führt. Diese Zellen sind zentrale antiinflammatorische Regulatoren der Immunantwort.

Die Analyse der Daten ergab, dass die Frequenz der zirkulierenden regulatorischen T-Zellen in Abhängigkeit von der körperlichen Fitness der Probanden zunahm. Diese Ergebnisse legen nach Angaben der Autoren den Schluss nahe, dass körperliche Aktivität durch eine Steigerung regulatorischer T-Zellen entzündungshemmende Effekte erzielt und dadurch ein Teil der positiven gesundheitlichen Effekte zu erklären wären.

QUELLE

- Bloch W et al.: Physical exercise modulates the homeostasis of human regulatory T cells. *J All Clin Immunol* 2016, published online January 7

Studie**Akupunktur lindert Schmerzen bei Fibromyalgie**

Eine Pharmakotherapie hilft Patienten mit Fibromyalgie häufig nur in begrenztem Maße. Die meisten Patienten wenden sich deshalb auch alternativen Heilmethoden wie Akupunktur zu. Akupunktur scheint nach dem Ergebnis einer spanischen randomisierten kon-

trollierten Multicenterstudie die Schmerzen von Fibromyalgie-Patienten tatsächlich lindern zu können.

An der Studie nahmen rund 150 Patienten teil, die zusätzlich zu ihrer bisherigen Therapie über 10 Wochen eine individualisierte Akupunktur oder Scheinakupunktur (jeweils 1 Sitzung wöchentlich á 20 Minuten) erhielten. Bei Studienende hatte sich die Schmerzintensität in der Verumgruppe um 41 %, in der Vergleichsgruppe nur um 27 % verringert, berichten die spanischen Wissenschaftler. Auch langfristig war der Nutzen einer echten Akupunktur nachweisbar. So war nach einem Jahr die Schmerzintensität in der Verumgruppe immer noch um 20 % geringer als bei Studienbeginn; in der Vergleichsgruppe betrug die Schmerzdrektion nur 6 %. Die Autoren empfehlen eine individualisierte Akupunktur bei Patienten mit Fibromyalgie.

QUELLE

- Vas J et al.: Acupuncture for fibromyalgia in primary care: a randomised controlled trial. *Acupunct Med* 2016, published online February 15

Impressum**Herausgeber und Verlag**

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
Telefon: 02596 922-0, Telefax: 02596 922-99
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg
E-Mail: info@rheumaguide.de

Redaktion

RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin),
Dr. Stephan Voß M.A. (Stv. Chefredakteur, verantwortlich)

Lieferung

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der

Hexal AG

Industriestraße 25, 83607 Holzkirchen
Telefon: 08024 908-0, Telefax: 08024 908-1290
E-Mail: service@hexal.com

Hinweis

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugswise 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 Hexal AG wieder.

