

S. Eble | C. Kurscheid (Hrsg.)

Gesundheits- netzwerke

Strategie, Konzeption, Steuerung



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

S. Eble | C. Kurscheid (Hrsg.)

Gesundheitsnetzwerke



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

S. Eble | C. Kurscheid (Hrsg.)

Gesundheitsnetzwerke

Strategie, Konzeption, Steuerung

mit Beiträgen von

H.-J. Beckmann | C. Bischoff-Everding | C. Burchartz | C. de Buhr | H. Dold | S. Eble
J. Flohr | C. Flügel-Bleienheuft | J. Gabriel | H. Giesen | O. Gröne | B. Halbe
R. Hammerschmidt | A. Herder | H. Hildebrandt | T. Hilse | S. Hoch | C. Jäger
J.R. Karsten | S. Kemerle | K.-H. Klein | S. Klein | M. Klemm | M. Knöfler | C. Kurscheid
S. Laag | I. Meyer | C. Möllmann | T. Müller | J. Nink | J. Oldenburg | A. Römpf
C. Rybak | T. Schang | T. Schlegel | C. Schmidt | G. Schmitt | C. Schrewe
T. Schubert | H. Steinbach-Thormählen | C. Stoffers | B.H. Stunder | D. Tillack
V. Wambach | A. Weber | U. Werner | M. Wetzel | P. Zimmer



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Die Herausgeberinnen

Susanne Eble, M.A.
BERLIN-CHEMIE AG
Gesundheitsmanagement
Glienicke Weg 125
12489 Berlin

Prof. Dr. Clarissa Kurscheid
praxisHochschule
Ein Unternehmen der Klett Gruppe
Neusser Str. 99
50670 Köln

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Zimmerstr. 11
10969 Berlin
www.mwv-berlin.de

ISBN 978-3-95466-263-0 (eBook: PDF)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Informationen sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2016

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

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- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter gleichermaßen, sofern nicht anders angegeben.

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwandt, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Daher kann der Verlag für Angaben zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen (zum Beispiel Dosierungsanweisungen oder Applikationsformen) keine Gewähr übernehmen. Derartige Angaben müssen vom Leser im Einzelfall anhand der Produktinformation der jeweiligen Hersteller und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eventuelle Errata zum Download finden Sie jederzeit aktuell auf der Verlags-Website.

Produkt-/Projektmanagement: Susann Weber, Berlin
Lektorat: Monika Laut-Zimmermann, Berlin
Layout & Satz: eScriptum GmbH & Co KG – Digital Solutions, Berlin

Zuschriften und Kritik an:

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Zimmerstr. 11, 10969 Berlin, lektorat@mwv-berlin.de

Vorwort

Das Thema vernetzte Versorgung ist aktueller denn je: Vor allem komplexe chronische Leiden erfordern eine professionen-, fächer- und sektorenübergreifende Behandlung der Patienten. Nur die enge Abstimmung zwischen allen Beteiligten kann eine leitliniengerechte Versorgung, ein sicheres Arzneimittelmanagement und eine ganzheitliche Betrachtung der individuellen Situation des Patienten gewährleisten.

Auch der Gesetzgeber hat in seinen letzten Reformen verdeutlicht, dass ein hohes Maß an Kooperation und Kommunikation im Gesundheitswesen zukünftig Standard sein wird. Diese Intention spiegelt sich u. a. in der Kooperationsverpflichtung der Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, in der Vereinfachung der Rahmenbedingungen für die Integrierte Versorgung und in der Ausrichtung des Innovationsfonds wider.

Ärztetze gehören zu den Pionieren dieser Entwicklung. Sie haben frühzeitig erkannt, dass der Patient in einer vernetzten Versorgung auf allen Ebenen profitiert: Durch bessere Steuerung, weniger Reibungsverluste an den Schnittstellen und das gebündelte Wissen der Beteiligten können bessere Behandlungserfolge erzielt werden. Dass Ärzetze auf diese Weise zur Qualitätssteigerung in der ambulanten Versorgung beigetragen haben, wurde nicht zuletzt durch die Verankerung der Förderung nach § 87b SGB V bestätigt.

Doch nicht nur Patienten profitieren von vernetzter Versorgung – auch für Arztpraxen ist die Zusammenarbeit in einem Netz mit verschiedenen Vorteilen verbunden. So lassen sich gemeinsam Effizienzreserven heben, Synergieeffekte erzielen und Prozesse standardisieren. Zudem eröffnet sich für die angegliederten Praxen die Chance auf außerbudgetäre Einnahmen – sei es z. B. durch Selektivverträge oder die Beteiligung an einem Antrag für den Innovationsfonds.

Die Herausgeberinnen haben aus profunden Kennern des Gesundheitswesens und Praktikern von Kooperationen ein Autorenteam zusammengestellt, welches sein Know-how und seine Erfahrungen teilen möchte, um Akteuren von kooperativen Versorgungsformen – aber auch Studierenden und Lehrenden in diesem Bereich – Wissenswertes und vor allem praktische Einsichten zur Verfügung zu stellen.

Das vorliegende Buch erörtert Aspekte der Strategie, der Konzeption und der Umsetzung von Gesundheitsnetzwerken. Es gibt einen Überblick über rechtliche, steuerrechtliche und betriebswirtschaftliche Grundlagen rund um die Gründung und Führung von Kooperationen im Gesundheitswesen und ist nach der Systematik eines Businessplans aufgebaut.

Berlin und Köln, im April 2016

Susanne Eble
Clarissa Kurscheid

Die Autoren

Dr. med. Hans-Jürgen Beckmann
MuM – Medizin und Mehr eG
Viktoriastr. 19
32257 Bünde

Dr. med. Christoph Bischoff-Everding
HGC GesundheitsConsult GmbH
Mörsenbroicher Weg 200
40470 Düsseldorf

Carsten Burchartz, Dipl.-Kfm.
Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
Richard-Oskar-Mattern-Str. 6
40547 Düsseldorf

Christian de Buhr, Dipl.-Betriebsw.
Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
Richard-Oskar-Mattern-Str. 6
40547 Düsseldorf

Heidy Dold
Gesundes Kinzigtal GmbH
Case Management
Eisenbahnstraße 17
77756 Hausach

Susanne Eble, M.A.
BERLIN-CHEMIE AG
Gesundheitsmanagement
Glienicke Weg 125
12489 Berlin

Dr. med. Jürgen Flohr
Leipziger Gesundheitsnetz e.V.
Prager Str. 191
04299 Leipzig

Dr. med. Christian Flügel-Bleienheuft
Maternusplatz 10
50996 Köln

Jens Gabriel, MBA
MuM – Medizin und Mehr eG
Viktoriastr. 19
32257 Bünde

Dr. med. Dr. sportwiss. Heinz Giesen
Medcoo GmbH
Zuhornstr. 26
48147 Münster

Oliver Gröne, PhD, M.Sc., Dipl.-Soz.
OptiMedis AG
Borsteler Chaussee 53
22453 Hamburg

Prof. Dr. jur. Bernd Halbe
Rechtsanwälte
Im Mediapark 6A
50670 Köln

Reinhard Hammerschmidt, Dipl.-Geograf
empirica Gesellschaft für Kommunikations- und
Technologieforschung mbH
Oxfordstr. 2
53111 Bonn

Anja Herder
Gesundheitsregion Siegerland GbR (GRS)
Marburger Tor 4
57072 Siegen

Dr. h.c. Helmut Hildebrandt
Gesundes Kinzigtal GmbH
Strickerweg 3d
77716 Haslach
und
OptiMedis AG
Borsteler Chaussee 53
22453 Hamburg

Dr. rer. pol. Thomas Hilse
HILSE:KONZEPT Management- und
Kommunikationsberatung
Kaiserstr. 18
42781 Haan

Stefan Hoch, Dipl.-Kfm.
Frielingsdorf Consult GmbH
Hohenstauferweg 48–54
50674 Köln

Dr. rer. pol. Carsten Jäger, Dipl.-Kfm.
Wilhelm-Busch-Str. 53
14558 Nuthetal

Dr. rer. pol. Jürgen R. Karsten
ETL ADVISION
ETL Systeme AG
Steuerberatungsgesellschaft
Mauerstr. 86-88
10117 Berlin

Sandra Kemerle, M.A., Dipl.-Psych.
Leipziger Gesundheitsnetz e.V.
Prager Str. 191
04299 Leipzig

Dr. med. Karl-Hermann Klein
Praxisklinik am Flüsschen
Am Flüsschen 12
57299 Burbach

Sebastian Klein, M.Sc. Medieninformatik
Leipziger Gesundheitsnetz e.V.
Prager Str. 191
04299 Leipzig

Dr. rer. nat. Manfred Klemm
Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG
Ambulantes Palliativzentrum Leverkusen
Bruchhauser Str. 30
51381 Leverkusen

Markus Knöfler, Dipl.-Betriebswirt (FH)
Praxisnetz Herzogtum Lauenburg e.V.
Wasserkrüger Weg 7
23879 Mölln

Prof. Dr. Clarissa Kurscheid
praxisHochschule
Ein Unternehmen der Klett Gruppe
Neusser Str. 99
50670 Köln

Sonja Laag, Dipl.-Gesundheitswirtin
BARMER GEK
Lichtscheider Str. 89
42285 Wuppertal

Ingo Meyer, Soziologe, M.A.
empirica Gesellschaft für Kommunikations- und
Technologieforschung mbH
Oxfordstr. 2
53111 Bonn

Christina Möllmann, B.A. Betriebswirtschaft (FH)
Praxisnetz Herzogtum Lauenburg e.V.
Wasserkrüger Weg 7
23879 Mölln

Thomas Müller, Dipl.-Betriebswirt
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
Zentralstab Unternehmensentwicklung und
-steuerung
Robert-Schimrigk-Str. 4-6
44141 Dortmund

Dr. jur. Judith Nink
Namibiastr. 25
50733 Köln

Dr. med. Jürgen Oldenburg
DeltaMed Nord GmbH & Co. KG
Otto-Hahn-Str. 9a
25337 Elmshorn

Albrecht Römpp, M.A.
DeltaMed Nord GmbH & Co. KG
Otto-Hahn-Str. 9a
25337 Elmshorn

Dr. iur. Christian Rybak
Ehlers, Ehlers & Partner
Rechtsanwaltssozietät
Widenmayerstr. 29
80538 München

Dr. med. habil. Thomas Schang
Gesundheitsnetz Östliches Holstein
Management GmbH
Hospitalstr. 22
23701 Eutin

Prof. Dr. jur. Thomas Schlegel
Prof. Schlegel Hohmann Mangold & Partner
Kanzlei für Medizinrecht
Hanauer Landstr. 328-330
60314 Frankfurt

Christopher Schmidt, Dipl.-Gesundheitsökonom
René-Magritte-Promenade 7
50858 Köln

**Gwendolyn Schmitt, Gesundheitsmanagement M.A.,
M.Sc.**
Gesundes Kinzigtal GmbH
Abteilungsleitung Gesundheitsmanagement
Eisenbahnstr. 17
77756 Hausach

Claudia Schrewe, Dipl.-Kffr. (FH)
NETZARBEIT
Dammweg 36
32361 Preußisch Oldendorf

Tino Schubert, Dipl.-Gesundheitsökonom
HGC GesundheitsConsult GmbH
Mörsenbroicher Weg 200
40470 Düsseldorf

Heike Steinbach-Thormählen
Gesundheitsnetz Östliches Holstein
Management GmbH
Hospitalstr. 22
23701 Eutin

Dr. rer. pol. Christian Stoffers
St. Marien-Krankenhaus Siegen gem. GmbH
Kampenstr. 51
57072 Siegen

Dr. med. Brigitte H. Stunder
Gesundes Kinzigtal GmbH
Eisenbahnstr. 17
77756 Hausach
und
Praxis für Allgemeinmedizin
Hauptstr. 28
77736 Zell am Harmersbach

Dr. med. Dörte Tillack
Gesundes Kinzigtal GmbH
Ärztlicher Beirat
Eisenbahnstr. 17
77756 Hausach

Dr. med. Veit Wambach
Agentur deutscher Arztnetze
c/o NAV-Virchow-Bund
Verband der niedergelassenen Ärzte
Deutschlands e. V.
Chausseestr. 119b
10115 Berlin

Dr. med. Alwin Weber
Frankfurter Str. 37
64720 Michelstadt

Ulf Werner, Dipl.-Soz.wiss.
OptiMedis AG
Borsteler Chaussee 53
22453 Hamburg

Dr. med. Martin Wetzel
MQNK – Medizinisches Qualitätsnetz
Ärzteinitiative Kinzigtal e.V.
und
Praxis für Allgemeinmedizin
Hauptstr. 85
78132 Hornberg

Petra Zimmer
Gesundes Kinzigtal GmbH
Abteilung Versorgung, Vernetzung & Forschung
Eisenbahnstr. 17
77756 Hausach

Inhalt

I	Gesundheitspolitische und rechtliche Rahmenbedingungen und Grundlagen	1
1	Das Gesundheitssystem in Deutschland – Rahmenbedingungen _____ Clarissa Kurscheid und Susanne Eble	3
2	Kooperative Versorgungsformen und Netzwerke – rechtliche Rahmenbedingungen im Überblick _____ Christian Rybak	13
3	Selektivverträge – Inhalte und Umsetzung _____ Thomas Schlegel	30
4	Praxisnetze gemäß § 87b Abs. 4 SGB V _____ Bernd Halbe	40
5	Exkurs: Perspektive aus Sicht der Agentur deutscher Ärztenetze _____ Veit Wambach	50
6	Exkurs: Umsetzung § 87b SGB V am Beispiel der KVWL _____ Thomas Müller	55
7	Erfolgsfaktoren für Netze und regionale Gesundheitsorganisationen: Organisationsformen, Führung, Patientenorientierung _____ Helmut Hildebrandt, Brigitte H. Stunder, Martin Wetzel und Oliver Gröne	60
II	Strategische Steuerung von Netzwerken _____	75
1	Was ist Netzmedizin? _____ Sonja Laag	77
2	Steuerungsmöglichkeiten chronischer Krankheiten in Netzwerken – die „Kunst des Möglichen“ und die „Kunst des Machbaren“ _____ Heinz Giesen	88
3	Kennzahlen und Daten für die Versorgungssteuerung in Netzwerken _____ Tino Schubert und Christoph Bischoff-Everding	100
4	Finanzierung von Netzwerkstrukturen und kooperativen Versorgungsformen _____ Carsten Burchartz und Christian de Buhr	109
III	Operative Steuerung in Netzwerkstrukturen _____	123
1	Selektivverträge in Ärztenetzen – Erfolgsfaktoren _____ Carsten Jäger	125
2	Businessplanung von Gesundheitsnetzwerken in der Praxis. Ein fiktives Beispiel einer regionalen Koordinationsstelle für Palliative Care _____ Christopher Schmidt	135

3	Controlling in kleinen und großen Netzwerken _____	155
	Stefan Hoch	
4	Exkurs: Behandlungspfade in Netzwerken _____	170
	Claudia Schrewe, Anja Herder und Karl-Hermann Klein	
5	Bericht aus der Praxis: Notwendigkeit von IT-Lösungen in Arzt-Netzwerken _____	176
	Manfred Klemm	
6	Exkurs: Rationale für ein tief integriertes Informationsmanagement in der vernetzten regionalen Gesundheitsversorgung am Beispiel der UNO – Urologische Netzwerk Organisation® GbR _____	184
	Alwin Weber	
7	Exkurs: Datenschutz in Gesundheitsnetzwerken _____	195
	Judith Nink	
8	Rationale Pharmakotherapie im Netz _____	205
	Markus Knöfler und Christina Möllmann	
IV Finanzmanagement von Netzwerken im Gesundheitswesen _____		217
1	Erlösarten und Erlösquellen für Gesundheitsnetzwerke – Erfassung und Management _____	219
	Jürgen R. Karsten	
2	Finanzierungsmöglichkeiten von (Ärzte-)Netzwerken _____	231
	Jens Gabriel und Hans-Jürgen Beckmann	
3	Ertragskraft durch Größe – Skaleneffekte in Netzwerken _____	242
	Jürgen Oldenburg und Albrecht Römpf	
4	Innovative Versorgungsprojekte mit Fördermitteln realisieren _____	256
	Ulf Werner, Reinhard Hammerschmidt und Ingo Meyer	
V Qualitätsmanagement und Risikomanagement _____		267
1	QM für die Netzarbeit – Struktur und Implementierung eines Netz-Qualitätsmanagementsystems _____	269
	Jürgen Flohr, Sebastian Klein und Sandra Kemerle	
2	Braucht es Arztnetze für die Qualität in der Versorgung? _____	282
	Christian Flügel-Bleienheuft	
VI Personalmanagement _____		295
1	Delegieren, Substituieren und neue Aufgabendefinitionen als Chance in Netzen und regionalen Gesundheitsorganisationen _____	297
	Helmut Hildebrandt, Heidy Dold, Gwendolyn Schmitt, Dörte Tillack und Petra Zimmer	
2	Personalstruktur in Netzwerken _____	310
	Carsten Jäger	

VII Marketing und Kommunikation in Netzwerken	321
1 Corporate Identity und Markenbildung	323
Thomas Hilse	
2 Marketing in Netzwerken	331
Christian Stoffers	
3 Betriebliche Gesundheitstage – eine Dienstleistung für regionale Ärztenetze	343
Thomas Schang und Heike Steinbach-Thormählen	



Gesundheitspolitische und rechtliche Rahmenbedingungen und Grundlagen

1	Das Gesundheitssystem in Deutschland – Rahmenbedingungen _____	3
	Clarissa Kurscheid und Susanne Eble	
2	Kooperative Versorgungsformen und Netzwerke – rechtliche Rahmenbedingungen im Überblick _____	13
	Christian Rybak	
3	Selektivverträge – Inhalte und Umsetzung _____	30
	Thomas Schlegel	
4	Praxisnetze gemäß § 87b Abs. 4 SGB V _____	40
	Bernd Halbe	
5	Exkurs: Perspektive aus Sicht der Agentur deutscher Ärztenetze _____	50
	Veit Wambach	
6	Exkurs: Umsetzung § 87b SGB V am Beispiel der KVWL _____	55
	Thomas Müller	
7	Erfolgsfaktoren für Netze und regionale Gesundheitsorganisationen: Organisationsformen, Führung, Patientenorientierung _____	60
	Helmut Hildebrandt, Brigitte H. Stunder, Martin Wetzel und Oliver Gröne	

1 Das Gesundheitssystem in Deutschland – Rahmenbedingungen

Clarissa Kurscheid und Susanne Eble

Das Gesundheitswesen in Deutschland beruht auf historisch gewachsenen Strukturen, die den Anforderungen der heutigen Zeit nicht mehr gerecht werden. Da findet sich beispielsweise das 1955 eingeführte „Gesetz über das Kassenarztrecht“, mit dem die Strukturen der Selbstverwaltung wiederhergestellt wurden und bis heute Bestand haben (Kurscheid u. Beivers 2014, 22). Gleichzeitig unterliegt die Bevölkerung einem gesellschaftlichen Wandel, der sich sowohl in Demografie wie auch auf das sich wandelnde Krankheitspanorama auswirkt. Nachfolgend wird genau dieser Zusammenhang thematisiert, da die gesellschaftliche Herausforderung wie sie sich in der doppelten Alterung darstellt oder aber auch in sich verändernden Sozialmilieus mit einhergehender Migrationsthematik sich in einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen niederschlägt. Die vorgehaltenen Strukturen in der kollektivvertraglichen Versorgung können sowohl unter ökonomischen als auch organisatorischen Aspekten dieser steigenden Nachfrage bald nicht mehr in ausreichendem Maße nachkommen. Der Gesetzgeber ist seit vielen Jahren bestrebt, Anreize für Kooperationsformen im SGB V zu verankern. Eine der möglichen Kooperationsformen – die Arztnetze – haben sich im Laufe der letzten Jahre zunehmend professionalisiert und sind vielerorts schon in der Lage, Lösungen für existierende und bevorstehenden Herausforderungen in der alltäglichen Versorgung der Bevölkerung anzubieten.

Ärzte, die sich ambulant niederlassen, sind selbstständige Unternehmer, einst verhandelten sie die Preise mit den Patienten selbst, gaben sich dann eine Gebührenordnung, wie Behandlungen zu bezahlen sind. Mit den Krankenkassen und den KVen entstand eine daran angelehnte aber wesentlich restriktivere Regelung, die wir heute als Einheitlicher Bewertungsmaßstab kennen. Dennoch ist der Beruf des Mediziners immer noch ein freier Beruf, jedoch unterliegt er bestimmten Kriterien, wenn er sich an der Versorgung der gesetzlich krankenversicherten Personen beteiligt. Folglich befinden sich Ärzte in einem Dilemma, welches sich einerseits in verwal-

tungs- und restriktionsintensiven Ausprägungen ausdrückt und andererseits in dem Grundgedanken des freien Berufes im Sinne eines selbstständigen Unternehmers. Obwohl sich einzelne Ärzte passioniert für ihre Patienten einsetzen, wird die heutige Struktur und Organisation im Gesundheitswesen nach wie vor von Partikularinteressen bestimmt. Zudem sehen sich viele niedergelassene Ärzte nach wie vor als unabhängige Solisten, obwohl viele der derzeit auftretenden Krankheitsbilder eine Integration der Therapie quer über Fachdisziplinen, Berufsgruppen und Sektoren hinweg erfordert. Gleichzeitig entwickeln sich Krankenhäuser, anlehnend an dem medizinischen Fortschritt als staatliche Einrichtungen, die dem Schutz der Allgemeinheit vor Krankheit und Ansteckung dienen. Ausreichend stationäre Betten vorzuhalten, ist eine staatliche Aufgabe, die sich in Investitionen in die Infrastruktur der Krankenhäuser und Landeskrankenhausplänen ausdrückt.

So unterschiedlich die Entstehung und die Fortentwicklung der beiden Sektoren sind, so verschieden sind bis heute die Finanzierung und damit auch die Anreize, die damit gesetzt werden. Pauschalen fassen ambulante ärztliche Leistungen zusammen, Budgets begrenzen die Leistungsmenge, jenseits der Mindestanforderung entscheidet im Wesentlichen der Arzt über die Zeit, die er für gesetzlich Versicherte zur Verfügung stellt. Den stationären Sektor bestimmen dagegen DRGs und Investitionsentscheidungen der Länder, die für die Finanzierung der Bausubstanz und von Großgeräten zuständig sind. In Abhängigkeit dessen bedarf es innerhalb beider Sektoren unternehmerischer Entscheidungen in den Krankenhäusern wie auch in den meist Inhaber geführten Arztpraxen. Hierbei gilt es, staatliche Restriktionen zu beachten, aber ein Unternehmen auch finanziell ausgewogen zu leiten.

Auch die Verfügbarkeit von Versorgung ist von diesen historischen Entwicklungen bestimmt und präsentiert sich einerseits durch zunehmende Engpässe in der medizinischen Versorgung, vor allem in ländlichen Regionen, und andererseits durch ambulante und stationäre Hoch- und Überversorgung in Ballungszentren. Darüber hinaus sieht sich angesichts des demografischen Wandels die Sicherstellung der Versorgung zunehmend mit veränderten Anforderungen konfrontiert. So gibt es immer mehr ältere Menschen, die gleich mehrere chronische Erkrankungen aufweisen und in hohem Maße auf eine kontinuierliche und abgestimmte Versorgung angewiesen sind. Insbesondere in ländlichen Gebieten, in denen viele ältere und immobile Menschen leben, wird die Versorgung schwieriger. Unter Beachtung der genannten Problemlagen steht die Organisation der Gesundheitsversorgung in Deutschland vor großen Herausforderungen, denen das bestehende Regelwerk mit zentraler Bedarfsplanung und kollektiver Sicherstellung erkennbar nicht gewachsen ist.

Vor dem Hintergrund bestehender Regularien, die in aller Regel strikt sektoral ausgerichtet sind, wird die im Hinblick auf mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit für notwendig gehaltene sektorenübergreifende Versorgungsperspektive nicht gefördert, vielfach wird sie geradezu verbaut.

Die Gesundheitspolitik versucht seit vielen Jahren, Wettbewerb und Qualität in das Gesundheitswesen zu bringen, indem zum Beispiel Leistungserbringer an Verträgen teilnehmen und sich in ihrem Angebot unterscheiden sollen. Gleichzeitig hält der Gesetzgeber aber immer wieder am starren zentralen Planungskonzept fest, welches nicht geeignet ist, um gleichzeitig verschiedenen Aufgaben gerecht zu werden, die aus der immer größeren Heterogenität von Versorgungsregionen resultieren. Diese kommen im direkten Nebeneinander von ländlichen Versorgungsengpässen und

städtischer Überversorgung zum Ausdruck. Schließlich hat das bestehende System mit zentraler Bedarfsplanung die bereits herrschenden oder zumindest drohenden Versorgungsengpässe im ländlichen Raum offensichtlich nicht verhindern können. Seine Grundlagen gehen auf das Gesundheitsreformgesetz (GRG) 1989 zurück. Bis heute wird als ‚bedarfsgerecht‘ das Verhältnis von Einwohnern und Ärzten zum 31.12.1990 zugrunde gelegt und schreibt damit Fehlversorgungen bis heute fort. Regionen, die 1990 unterversorgt waren, sind es bis heute und der Anreiz, sich in schon gut versorgten Regionen niederzulassen, ist nach wie vor groß. So wächst die Zahl der Ärzte in gut bis überversorgten Regionen eher weiter, während sie in strukturschwachen Regionen von einem ohnehin geringen Niveau aus sinkt.

1.1 Demografische Entwicklung und veränderter Versorgungsbedarf

Die ungleichen Versorgungsniveaus treffen zudem auf ein Land, in dem die Auswirkungen des demografischen Wandels schon deutlich werden.

Wenn über den demografischen Wandel gesprochen wird, müssen zwei wesentliche Entwicklungen betrachtet werden: Unter dem Begriff demografischer Wandel wurde in Deutschland in den letzten Jahren vor allem die natürliche Bevölkerungsentwicklung (Geburten- versus Sterberaten) (Statistisches Bundesamt 2016) betrachtet. Die immer älter werdende Gesellschaft erfordert sowohl in Bezug auf ihre Mobilität eine andere Versorgungsstruktur als auch in Bezug auf ihre Morbidität (chronische Erkrankungen) darüber hinaus auch einen anderen Versorgungsbedarf. Hinzu kommt, dass Dank der medizinisch-technologischen Entwicklung (chronische) Erkrankungen früher diagnostiziert und gleichzeitig erfolgreicher (und somit länger) therapiert werden.

Der demografische Wandel betrifft aber auch das Verhältnis von Erwerbstätigen und Ruheständlern – weniger Ärzte, weniger Pflegende, insgesamt weniger Menschen im erwerbsfähigen Alter werden einen höheren Anteil an älteren Menschen zu versorgen haben.

Zusammen mit dem sich ändernden Versorgungsbedarf erfordert das ein Umdenken in Sachen Delegation und Substitution, vor allem von medizinisch-pflegerischen Leistungen. Während in Deutschland sehr stark an der Kompetenz und Verantwortlichkeit des Arztes festgehalten wird, zeigen internationale Vergleiche, dass die Möglichkeiten, andere Fachberufe einzubeziehen, in Deutschland nicht annähernd ausgeschöpft werden (Kurscheid u. Beivers 2012). An diesen lässt sich zudem ablesen, dass die Delegation ärztlicher Tätigkeiten und die Zusammenarbeit von ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen die zukünftigen Versorgungsprobleme nicht ausreichend lösen können. Zusätzlich bedarf es der modernen telemedizinischen Möglichkeiten, die eine vernetzte Versorgung bahnen und transsektorale Kooperationen ermöglichen, um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu schaffen.

1.2 Finanzielle Entwicklung

Die Beitragsfinanzierung der Gesundheitsausgaben stößt angesichts des demografischen Wandels an Systemgrenzen: Vor dem Hintergrund der begrenzten finanziellen

Ressourcen erscheint es unverantwortlich, auf Honorarforderungen der Anbieterseite mit einer Beitragserhöhung zu reagieren – egal ob durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer gemeinsam oder nur durch die Arbeitnehmer finanziert. Eine alternative Finanzierungsmöglichkeit über steuerfinanzierte Ergänzungen ist ebenfalls kritisch zu bewerten. Zum einen unterliegt die Steuerfinanzierung tendenziell konjunkturellen Einflüssen, zum anderen ist sie aufgrund ihrer Abhängigkeit von politischen Entscheidungen zudem sehr strategiefällig, zumal die Rationalität solcher politischen Entscheidungen dabei weit außerhalb des Gesundheitswesens liegen kann (Holzinger u. Augurzky 2015).

In den 2000er-Jahren waren die Gesetzesinitiativen der Gesundheitsminister, auch wenn sie den Wettbewerb zwischen den Akteuren verbessern wollten, auch als Gesetze zur Kosteneinsparung ausgestaltet, weil es aufgrund konjunktureller Abhängigkeiten der Sozialversicherung darum ging, finanzielle Defizite auszugleichen. Meist blickte man missgünstig auf die Finanzpolster der Privaten Krankenversicherung. Diese Spargesetze, zusammen mit der Neugestaltung der Beitragssätze, den Gesundheitsfonds und den Morbi-RSA, wirkten. Zusammen mit dem wirtschaftlichen Aufschwung seit 2010 wurden Gelder in den Gesundheitsfonds und die gesetzlichen Krankenkassen gespült, die sich Ende 2013 zu einem stattlichen Polster von über 30 Mrd. Euro (Statista 2016) anhäuferten. Der Gesundheitsminister der großen Koalition, Hermann Gröhe, konnte quasi aus dem Vollen schöpfen und hat in einer bemerkenswerten Geschwindigkeit den Koalitionsvertrag in Form von Gesetzesinitiativen abgearbeitet. Heraus kamen bis Ende 2015 sieben große Reformwerke¹, bei denen kein einziges dieser Gesetze Einsparpotenziale aufwies. Im Gegenteil: Die Gesetze sahen direkte Ausgaben vor (Innovationsfonds: 1,2 Mrd. in vier Jahren für innovative Versorgungsprojekte und Versorgungsforschung, Strukturfonds: 500 Mrd. Euro zum Umbau unwirtschaftlicher Krankenhäuser). Aber auch Beschlüsse, deren Ausgaben Jahre später zum Tragen kommen, wie die Veränderung der Definition der Pflegebedürftigkeit. Das sind teilweise notwendige Regelungen, vor allem, um mit Blick auf die demografische sowie die medizin-technologische Entwicklung die zukünftigen Herausforderungen zu bewältigen. Daneben darf jedoch nicht vergessen werden, dass auch die Finanzierung des Gesundheitssystems über Jahre hinaus gedacht werden muss.

Dabei führt schon allein die Steigerung der Anzahl an Vertragsärzten und Ärzten mit zunehmender Spezialisierung der medizinischen Fachdisziplinen dazu, dass die Bereitstellung eines immer größeren Finanzvolumens zur Vergütung der Ärzte seitens der Leistungserbringer gefordert wird. Das Beitragsaufkommen allein kann mit den zukünftigen Ausgaben vermutlich nicht Schritt halten. Ein Ende dieser Entwicklung ist nicht abzusehen, da die vor allem in dieser Legislaturperiode beschlossenen Gesetze in den kommenden Jahren einen Katalysatoreffekt auf die Gesundheitsausgaben haben werden. Eine nachhaltige Finanzierung wird auch in Zukunft eine der Herausforderungen sein, um unser Gesundheitssystem als das zu erhalten, was es heute ist: Ein solidarisches Gesundheitssystem mit wohnortnaher Versorgung und einem schnellen Zugang zur Innovation.

1 Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-FQWG (2014), Präventionsgesetz (2015), Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG (2015), Krankenhausstrukturgesetz – KHSG (2015), Hospiz- und Palliativ-Gesetz (HPG, 2015) Zweites Pflegestärkungsgesetz PSG-II (2015), E-Health-Gesetz (2015)

1.3 Technische Entwicklung

Zunehmend kann eine verstärkte Nutzung neuer Technologien dazu führen, dass sich die medizinische Versorgung im ambulanten Bereich verändert. Der Gesetzgeber hat in 2015 ein E-Health-Gesetz auf den Weg gebracht, das die schon längst geplante technologische Infrastruktur schnell umsetzen und den Weg für die Anpassung an künftige technologische Entwicklung bereiten soll. Im Zuge dieses Gesetzes wurde unter anderem die konkrete Einführung der elektronischen Gesundheitskarte mit Terminbindung und Strafzahlungen bei Verzögerung festgelegt, da sie zuvor über fast ein Jahrzehnt boykottiert wurde und dabei ca. 1,2 Mrd. Euro (Stand: 30.06.2015) verschlungen hat (Deutsche Apothekerzeitung 2015). Die eGK ist jedoch mittlerweile technologisch überholt, denn inzwischen haben Begriffe wie E-Health, Internetmedizin, Gesundheits-Apps, Wearables den Gesundheitsmarkt und das Gesundheitswesen erobert und werden ihn nachhaltig verändern (Zukunftsinstitut GmbH 2015). Neue Technologien wie Smartphones und Tablets können einfacher bedient werden, womit zunehmend auch ältere Patienten erreicht werden können. Der interessierte Patient findet inzwischen eine Fülle von Informationen zu seiner Erkrankung im Netz. Im Gegenzug wird der Arzt immer häufiger mit Patienten konfrontiert, die sich vor der Konsultation umfangreich im Internet informiert haben, teilweise aus nicht gesicherten Quellen, die darüber hinaus für den Patienten oftmals nicht mehr nachzuvollziehen sind (RSD GmbH 2015). Dies kann für das Arztgespräch zusätzliche Zeit erfordern – die der Arzt aufgrund der beschriebenen Entwicklung immer weniger zur Verfügung hat. Hier kann ein neuer Markt entstehen, der den Arzt in seiner Arzt-Patienten-Kommunikation und Aufklärung mit gesicherten Informationen unterstützt (Schäfer et al. 2015).

Die geforderten intelligenten technologischen Lösungen können, gekoppelt mit neuen Versorgungskonzepten, künftig dazu beitragen, Versorgungsengpässe sowie Unterversorgung zu kompensieren und die knapper werdende Ressource Arzt sinnvoll zu unterstützen. Im Hinblick auf die Zuwanderung anderer Kulturen können technologische Lösungen helfen, z.B. kulturelle oder sprachliche Hürden in der Versorgung zu überwinden.

1.4 Organisation der Versorgung

Die zunehmende Anzahl von Berufsausübungsgemeinschaften, die Implementierung und Verbreitung von Medizinischen Versorgungszentren mit angestellten Ärzten sowie die Einrichtung von Zweigpraxen sind Beispiele veränderter Organisationsformen in der vertragsärztlichen Versorgung. Der Gesetzgeber hat vor allem mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (GKV-VÄndG) 2007 und weiteren Gesetzesinitiativen viele Regelungen getroffen, um die Möglichkeiten der ärztlichen Berufsausübung zu flexibilisieren. Sowohl die Feminisierung des ärztlichen Berufsstandes, die sogenannte ‚Generation Y‘ und die sich verändernden privaten Lebensentwürfe machen eine flexiblere Gestaltung der ärztlichen Tätigkeit dringend erforderlich.

Neben den vielfältigen Möglichkeiten anstelle des Modells Einzelpraxis fördert der Gesetzgeber auch schon seit vielen Jahren die Vernetzung im ambulanten Bereich. Die damit verbundenen Anforderungen haben ihren Teil dazu beigetragen, dass sich die Arztnetze in der Vergangenheit zunehmend professionalisiert haben. Die Zahl

der losen (und häufig unverbindlichen) Netzverbände geht zurück, die schlagkräftigen und wirtschaftlich tragfähigen Netzwerkstrukturen nehmen zu. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) in 2012 wurden Netze erstmals ins SGB V aufgenommen, seither gibt es Richtlinien, nach denen die KVen Praxisnetze anerkennen. Später wurde mit dem Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) in 2015 die mögliche Finanzierung für Netze aus dem allgemeinen Honorar durch die KVen gestärkt. Diese Regelung wurde im GKV-VSG von einer ‚Kann-Regelung‘ in eine ‚Muss-Regelung‘ verstetigt.

Ein weiteres Feld zur Verbesserung der Versorgung in der Fläche ist die Stärkung nichtärztlicher Leistungserbringer. Verschiedene Modellprojekte wie Schwester AGNES, VERAH und MoNi brachten seit 2004 die notwendigen Nachweise für Wirtschaftlichkeit und Verbesserung der Versorgung. Der ausdrückliche Wunsch des Gesetzgebers, nach Ausweitung der Abrechnungsmöglichkeiten wurde immer zögerlich umgesetzt. Seit 2013 ist nun die Abrechnung von nichtärztlichen Leistungen – erbracht durch eine nichtärztliche Praxisassistentin (NäPa) – möglich².

Das Verfahren wurde in einer Delegations-Vereinbarung geregelt und EBM-Ziffern zur Abrechnung eingeführt.

1.5 Sektorenübergreifende Versorgung

Die sektorale Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung in Deutschland und die daraus resultierenden Probleme von Informations- und Kommunikationsbrüchen sind lange als nicht unerheblicher Kostenfaktor bekannt, der mit teilweise erheblichen Qualitätsverlusten einhergeht. Seit dem Sachverständigenratsgutachten, das 2001 die Begriffe Über-, Unter- und Fehlversorgung prägte, gibt es kein Gutachten, das nicht explizit auf die Missstände der sektoralen Versorgung mit all seinen Konsequenzen hinweist (Sachverständigenrat 2001). Die Bemühungen des Gesetzgebers, die sektorenübergreifende Versorgung mit unterschiedlichsten Anreizen zu versehen, hat bis dato keinen nachhaltigen Erfolg gezeigt. Eine Erklärung hierfür ist, dass den Akteuren weder genügend Zeit dafür gegeben, noch notwendige finanzielle Mittel ausreichend zur Verfügung gestellt wurden, um passende Infrastrukturen aufzubauen. Unterschiedlichste Instrumente wie die Öffnung der Krankenhäuser über das ambulante Operieren (§ 115 SGB V), der spezialfachärztlichen Versorgung § 116 SGB V o.ä., aber auch beispielsweise die Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung haben noch nicht den Nachweis einer effizienten Versorgung erbracht. Dies wird wahrscheinlich auch nur schwer möglich sein und so lange keinen Erfolg bringen, solange keine integrierte Bedarfsplanung außerhalb der tradierten Trennung in ambulante und stationäre Versorgung auf den Weg gebracht ist. Weder die Bedarfsplanungsrichtlinie, noch das aktuelle Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) hat diese längst überfällige Fehlkonstruktion versucht zu reformieren. Die Enquete-Kommission zur Strukturreform der GKV hat diese Forderung bereits Ende der 1980er-Jahre ebenso erhoben wie der Gesundheits-Sachverständigenrat in diversen Gutach-

2 Anlage 24 des Bundesmantelvertrages: Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V vom 30.08.2013, in Kraft getreten am 01.01.2015. Bei der Abrechnung ist zu beachten, dass die Ausbildung der NäPa den Anforderungen genügen muss, sowie ggf. Abrechnungsausschlüsse, z.B. nicht parallel zu Hausarztverträgen nach § 73b SGB V

ten der 1990er- und 2000er-Jahre. Die Umsetzung dieses Postulats ist jedoch angesichts der bestehenden Trennung von Landesplanung in der stationären und der Zuständigkeit der gemeinsamen Selbstverwaltung des GKV-Systems für die ambulante ärztliche Versorgung schon deshalb schwierig, da es sowohl unterschiedliche Entscheidungs- und Steuerungskompetenzen gibt, als auch voneinander abweichende Planungsgrundlagen und Instrumentarien zur Messung des Versorgungsbedarfs. Eine im Detail wie auch immer gestaltete integrierte Bedarfsplanung bedarf einer einheitlichen Datengrundlage, die es erst noch zu schaffen gilt. Zudem bedarf sie regionaler Versorgungsverantwortung.

Neben der Bedarfsplanung stehen einer sektorenübergreifenden Versorgung die unterschiedlichen Honorierungssystematiken im ambulanten und stationären System entgegen. Trotzdem hat der Gesetzgeber seit dem GKV-GMG in 2004 keine Gesetzesinitiative ausgelassen, um die sektorenübergreifende Versorgung voranzubringen: bislang in Form von Vertragsoptionen (§ 140a SGB V) oder in der Öffnung von Krankenhäusern (§§ 115a, b, 116a, SGB V) sowie der Schaffung eines 3. Sektors – der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV, § 116b SGB V).

Solange die Trennung der Sektoren in ihren Strukturen so bleibt und nur durch Eigeninitiative der Leistungserbringer überwunden werden kann, können Ärztenetze und Kooperationen diese Verbindung schaffen. So werden in regionalen Kooperationen intersektorale Behandlungspfade entwickelt, Überleitungsbogen benutzt, Inhalte von Entlassbriefen umgestaltet, wenn die Akteure der Sektoren miteinander in Kommunikation treten und arbeiten.

1.6 Allokation

Die Ungleichverteilung der vertragsärztlichen Ressourcen zwischen städtischen und ländlichen Regionen konnte das System der Bedarfsplanung nicht verhindern. Die bereits beschriebene Fehlallokation von ärztlichen Ressourcen spitzt sich insbesondere in den strukturschwachen Regionen zu, in denen nicht nur vermehrt ältere und chronisch erkrankte Menschen leben, sondern zunehmend Ärzte aus Altersgründen in den Ruhestand gehen. Das Durchschnittsalter der Ärzte steigt kontinuierlich, insbesondere bei den Hausärzten ist der Anteil der über 60-Jährigen mit 32% besonders hoch (KBV 2014). Die Nachbesetzung dieser Praxen gestaltet sich seit vielen Jahren schwierig. Finanzielle Anreize von z.B. KVen führten nur vereinzelt zum Erfolg. Die beruflichen und ökonomischen Gründe, die gegen eine Niederlassung in strukturell benachteiligten Gebieten sprechen, sind längst bekannt: Der Privatpatientenanteil ist meist niedrig und der Anteil älterer, multimorbider Patienten mit hohem Behandlungsaufwand ist hingegen hoch. Häufig sind Notdienste und ggf. Hausbesuche zu leisten. Je nach Region sind die Wege zu den Patienten sehr zeitaufwendig. Darüber hinaus sind die Aussichten für einen späteren Praxisverkauf deutlich schlechter als in attraktiven Städten. Entscheidender für viele Ärzte und deren Familien ist jedoch die oftmals wenig attraktive soziale und kulturelle Infrastruktur der ländlichen Regionen: Es sind die häufig fehlenden Angebote an Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen, geringe berufliche Entwicklungsmöglichkeiten für den Partner, die schlechten Verkehrsanbindungen, fehlende Einkaufs- und Freizeitmöglichkeiten sowie ein mangelndes kulturelles Angebot.

Während in strukturschwachen Regionen ein politischer Handlungsdruck hinsichtlich der Sicherstellung einer nachhaltigen Versorgung im Vordergrund steht, zieht die Überversorgung andere unerwünschte Versorgungswirkungen nach sich. Der Konkurrenzdruck innerhalb der Ärzteschaft birgt die Gefahr, Anreize zur Fehlversorgung und zu einer medizinisch nicht induzierten Ausweitung der Leistungsmenge zu setzen. Die Überversorgung ist im Ergebnis aber nicht oder nur wenig versorgungsgerecht, unwirtschaftlich und teuer, sie bindet auch personelle und finanzielle Mittel in ohnehin attraktiven Regionen. Diese Mittel würden in weniger gut oder sogar unterversorgten Regionen dringend benötigt werden, um den Versicherten ein notwendiges Versorgungsangebot wohnortnah zur Verfügung stellen zu können.

1.7 Regionale statt großer Lösungen

Es überrascht nicht, dass gerade in unterversorgten Regionen viele Arztnetze entstanden sind. Die politische Steuerung vermag es bislang ebenso wenig wie die ärztliche Selbstverwaltung, Versorgungsprobleme kurzfristig zu lösen. Kein Zuschlag für Ärzte in strukturschwachen Regionen, keine Förderung von Medizinstudenten schafft unmittelbar Facharzttermine, die für die Mitbehandlung von komplexen chronischen Erkrankungen dringend erforderlich sind. Selektivverträge bieten flexiblere Antworten, um Unterversorgung bedarfsgerecht zu erhalten und zu finanzieren. Der Bedarf an zum Beispiel augenärztlichen Untersuchungen reicht ja vielleicht auch gar nicht für eine Niederlassung, muss aber dennoch einigermaßen wohnortnah gedeckt werden. Vertragskonstrukte, die Ärzten bedarfsgerechte Einsätze angemessen finanzieren, sind eine gute Antwort auf Versorgungsprobleme. Für die Organisation solcher regionalen Versorgungskonzepte braucht es Zusammenschlüsse von Ärzten, die als Verhandlungspartner zur Verfügung stehen.

Arztnetze können Partner in Verträgen sein, vom gemeinsamen Netzmanagement profitieren, Case Management etablieren oder Betriebe bei der betrieblichen Gesundheitsförderung unterstützen – die Einzelpraxis allein könnte solche Projekte nicht stemmen. Für die dringend notwendige Vernetzung im Gesundheitswesen ist die Vernetzung der ambulanten Akteure ein wichtiger erster Schritt. Ein zweiter wäre dann die konsequente regional organisierte Versorgung. Dabei ist es durchaus denkbar, dass eine Kerngruppe von lokalen Versorgungspartnern die Versorgungsverantwortung übernimmt und mit einem professionellen Management gemeinsam gestaltet, letztgenanntes ist zwar noch reines Wunschenken, jedoch hat der Gesetzgeber mit der Anerkennung und Förderung von Praxisnetzen durch die KVen ein klares Zeichen für Vernetzung gesetzt. Anfang 2016 waren laut KBV 32 Netze bundesweit nach § 87b SGB V als Praxisnetz anerkannt (KBV 2016).

Literatur

Deutsche Apothekerzeitung (2015) Millionen-Kosten: eGK muss ausgetauscht werden. URL: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2015/06/30/Millionen-Kosten-eGK-muss-ausgetauscht-werden> (abgerufen am 10.03.2016)

Holzinger S, Augurzky B (2015). Netzwerkmedizin – Fakten. Diskurs. Perspektiven für die praktische Umsetzung. medhochzwei Verlag Heidelberg

- KBV (2014) Gesundheitsdaten: Niedergelassene Ärzte werden immer älter. URL: <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php> (abgerufen am 10.03.2016)
- KBV (2016) Praxisnetze. URL: <http://www.kbv.de/html/18491.php> (abgerufen am 10.03.2016)
- Kurscheid C, Beivers A (2012) Vernetzte Versorgung – Modell für die Gesundheitsversorgung im demografischen Wandel. In: Hellmann W (Hrsg.) Handbuch Integrierte Versorgung. 38. Aktualisierung. medhochzwei Verlag Heidelberg
- Kurscheid C, Beivers A (Hrsg.) (2014) Gesundheits- und Sozialpolitik. Kohlhammer Stuttgart
- RSD GmbH (2015) 4. Nationaler ePatient Survey 2015. Berlin
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bundestagsdrucksache 14/5660
- Schäfer M, Quiring O, Rossmann C, Hastall MR, Baumann E (2015) Gesundheitskommunikation im Wandel. Nomos Baden-Baden
- Statista (2016) Rücklagen von Krankenkassen (GKV) und Gesundheitsfonds in Deutschland in den Jahren von 2013 bis 2015 (in Milliarden Euro). URL: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/244333/umfrage/finanzierungssaldo-von-krankenkassen-gkv-und-gesundheitsfonds/> (abgerufen am 10.03.2016)
- Statistisches Bundesamt (2016). Bevölkerungsvorausberechnung. URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Bevoelkerungsvorausberechnung.html> (abgerufen am 10.03.2016)
- Zukunftsinstitut GmbH (2015) Die Philips Gesundheitsstudie 2015. Frankfurt am Main



Prof. Dr. Clarissa Kurscheid

Studiengangsleiterin für den Studiengang Management für Gesundheitsnetzwerke an der praxisHochschule Köln. Clarissa Kurscheid ist zudem Leiterin des Instituts für Gesundheits- und Versorgungsforschung igv-Köln.

Nach einer Ausbildung und praktischen Tätigkeit als Physiotherapeutin studierte sie BWL und Gesundheitsökonomie an der Universität Köln, an der sie 2005 auch promovierte. Sie arbeitete bis 2008 am Seminar für Sozialpolitik der Universität Köln und lehrte auch dort sowie an verschiedenen Fachhochschulen, u.a. HTW Saarbrücken und VWA Düsseldorf sowie an der Katholischen Fachhochschule Freiburg.

Ihre Arbeits- und Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich des Gesundheitswesens, der Versorgungsforschung, alternativen Versorgungsformen, Integrationsversorgung, Organisation von Gesundheitsbetrieben sowie Kooperationen und Konflikten in Organisationen.

Neben der Tätigkeit als Studiengangs- und Institutsleiterin ist Clarissa Kurscheid als Beraterin für Projekte mit integrativem Versorgungsansatz aktiv. Hierbei ist sie sowohl wissenschaftlich begleitend tätig als auch im konzeptionellen und operativen Bereich. So begleitet sie u.a. die Stadt Zürich seit 2006 in der Fortentwicklung neuer Versorgungskonzepte.



Susanne Eble, M.A.

Susanne Eble leitet seit 2004 das Gesundheitsmanagement der BERLIN CHEMIE AG. Zu ihren Schwerpunkten zählen im strategischen Bereich die Auswirkungen von Gesetzesvorhaben auf die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und die daraus abgeleitete, notwendige Ausrichtung der Akteure im Gesundheitswesen. Auf der operativen Ebene sind es die Anforderungen an die Bildung von Kooperationen und Netzwerken im Gesundheitswesen und die damit verbundenen neuen Schlüsselqualifikationen, die benötigt werden.

Susanne Eble hat Medizin-Ökonomie (Dipl.-oek./Medizin [FH]) und Healthcare-Management (Master of Arts) studiert.

Unter anderem ist sie als Lehrbeauftragte an unterschiedlichen Studiengängen tätig und Herausgeberin verschiedener Bücher mit dem Schwerpunkt „Kooperationen im Gesundheitswesen“.

Darüber hinaus ist sie stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Bundesverbandes Managed Care e.V. (BMC) in Berlin.

2 Kooperative Versorgungsformen und Netzwerke – rechtliche Rahmenbedingungen im Überblick

Christian Rybak

2.1 Einleitung

Nicht erst seit den jüngsten Reformen steht fest, dass die aktuellen und künftigen Herausforderungen in der Patientenversorgung zweifelsohne nicht mit dem althergebrachten Instrumentarium zu bewältigen sein werden. Treffend formulierte es etwa der 115. Deutsche Ärztetag:

„Es besteht Handlungsbedarf: Nur über kooperative Versorgungsstrukturen lässt sich die Versorgung sicherstellen!“

Demnach solle sich ein Kooperationsbedarf insbesondere aus dem

„wachsenden, zumindest sich verändernden Versorgungsbedarf aufgrund des demografischen Wandels, den veränderten Ansprüchen der Patienten, der Auflösung traditioneller sozialer und familiärer Netze, dem zunehmenden Fachkräftemangel und nicht zuletzt dem zunehmenden Fortschritt mit Spezialisierung der Medizin“

ergeben.

Nicht zuletzt vor dem Hintergrund dieser Aspekte befindet sich das deutsche Gesundheitssystem in einem erheblichen Prozess der Umgestaltung und Weiterentwicklung, der natürlich auch vom Bestreben nach Effizienz und Kostensenkungen geprägt ist. Die zunehmende Verrechtlichung einerseits und der ökonomische Druck auf der anderen Seite haben alle Beteiligten im Gesundheitssystem in verstärktem Maße veranlasst, nach neuen Ansätzen und Wegen zu suchen, um sich fit für die Zukunft zu machen.

Entsprach die Einzelpraxis lange Zeit dem Idealbild der ambulanten ärztlichen Versorgung, so ergab sich zunehmend die Notwendigkeit der Kooperation. Nachdem die

kooperative Leistungserbringung in Form der (zunächst nur fachgebietsgleichen) Gemeinschaftspraxis von der Rechtsprechung als zulässig erachtet wurde, hat sich gerade diese Gestaltungsform zunehmend einer immer größeren Beliebtheit erfreut – mit allen Vor- und Nachteilen.

Das ärztliche Berufsrecht wurde den neuen Entwicklungen anfangs nur zögerlich gerecht und bietet in verschiedener Hinsicht bis heute keinen so flexiblen und effektiven Rechtsrahmen, wie er vor dem Hintergrund der beschriebenen Herausforderungen notwendig wäre. Ein erheblicher Durchbruch gelang im Jahre 2004 mit den Beschlüssen des 107. Deutschen Ärztetages, die weitreichende Erleichterungen im Hinblick auf die Möglichkeiten der Kooperation und der Anstellung von Ärzten brachten.

Parallel zu dieser Entwicklung wurden zudem auch die Rahmenbedingungen für IV-Verträge und sonstige Selektivverträge erheblich erweitert, sodass sich dadurch eine nahezu unüberschaubare Anzahl von Kombinationsmöglichkeiten ergeben hat. Zuletzt wurden die hierbei bestehenden Möglichkeiten durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vergrößert, indem der neue § 140a SGB V (besondere Versorgung) nochmals zur Flexibilisierung derartiger Modelle beigetragen hat.

2.2 Ärztliche Kooperationsformen

Die ärztliche Berufsausübung im ambulanten Bereich war lange Zeit vom Leitbild des Einzelarztes in der Niederlassung geprägt. Dies änderte sich mit dem sogenannten Facharztbeschluss des Bundesverfassungsgerichts im Jahre 1972, wonach die bis dahin geltenden berufs- und vertragsarztrechtlichen Beschränkungen des Organisationsrahmens und der Organisationsformen ärztlicher Kooperationen als Einschränkungen der Berufsausübungsfreiheit des Arztes nach Art. 12 Abs. 1 GG gesehen wurden. Wenn auch zögerlich, so wurden die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Kooperation infolge dieser Rechtsprechung immer mehr gelockert. Kooperation ist dabei umfassend zu verstehen und kann sowohl inter- als auch intrasektoral erfolgen, wobei denkbare Kooperationsansätze in Inhalt, Ausprägung und rechtlicher Gestaltung in vielfältiger Erscheinungsform auftreten. Dabei sollen Kooperationen auf rein vertraglicher Basis (ohne Schaffung von Gemeinschaftsunternehmen oder rechtlich selbstständigen Einheiten) – wie etwa lose Kooperationsverträge, Verträge im Rahmen der integrierten oder besonderen Versorgung oder Rahmenverträge, die Anstellung von Ärzten, das Job Sharing oder die Gründung von Filialen/Zweigstellen – nachfolgend nicht Gegenstand der Betrachtung sein.

Die hier interessierenden Kooperationsformen im engen Sinne, bei denen es sich um rechtlich mehr oder weniger selbstständige Einheiten handelt, sind mittlerweile etabliert und aus dem Versorgungsalltag nicht mehr wegzudenken. Im Wesentlichen handelt es sich hierbei um:

- Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
 - Fachgleich
 - Fachgebietsübergreifend
 - Planungsgebietsübergreifend
 - KV-Bezirksübergreifend
- Teilberufsausübungsgemeinschaft
- Organisationsgemeinschaft/Praxisgemeinschaft

- Kooperationsgemeinschaft
- Praxisverbund/-netz
- Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

2.2.1 Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Im Grunde bezeichnet der Begriff der Berufsausübungsgemeinschaft nichts anderes als die frühere Gemeinschaftspraxis, geht aber teilweise auch darüber hinaus. Bei einer Berufsausübungsgemeinschaft schließen sich zwei oder mehrere Vertragsärzte oder Vertragspsychotherapeuten zu einer Praxis zusammen und bilden eine wirtschaftliche und organisatorische Einheit. Gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung rechnet die BAG wie eine Einzelpraxis ab.

Beteiligte einer Berufsausübungsgemeinschaft können allerdings auch noch weitere Leistungserbringer sein, was sich aber nicht auf die Organisationsform selbst auswirkt. Auf die Einzelheiten wird an späterer Stelle noch zurückzukommen sein (s. Kap. I.2.4).

2.2.2 Organisationsgemeinschaft

Bekanntestes Beispiel ist die Praxisgemeinschaft, die auch in Form einer Apparategemeinschaft möglich ist. Die daran beteiligten Vertragsärzte rechnen weiterhin individuell mit ihrer KV ab, teilen sich aber die Kosten für Personal, Miete usw. Partner einer Praxisgemeinschaft können sich nur unter engen Voraussetzungen (vgl. § 32 Ärzte-ZV) gegenseitig vertreten.

Bei der Praxisgemeinschaft handelt es sich letztendlich um eine bloße Organisationsgemeinschaft, die sowohl örtlich als auch überörtlich agieren kann. Rechtlich gesehen handelt es sich hierbei um eine Gesellschaft, deren Zweck jedoch nicht auf die Erbringung von medizinischen Leistungen gerichtet ist. Anders ausgedrückt: Die an der Organisationsgemeinschaft beteiligten Praxen bewahren weiterhin ihre Selbstständigkeit. Dies manifestiert sich auch datenschutzrechtlich, weshalb darauf geachtet werden muss, dass insbesondere die jeweiligen Patientenkarteien strikt getrennt werden. Der Zusammenschluss zu einer Praxisgemeinschaft ist daher auch der jeweiligen Ärztekammer anzuzeigen (§ 18 Abs. 6 MBO-Ä) und der KV mitzuteilen (§ 33 Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV).

Der Umstand allerdings, dass die einzelnen Praxen jeweils für sich genommen abrechnen, birgt zugleich ein breites Spektrum rechtlicher Probleme. Diese ergeben sich vor allem dann, wenn es sich materiell gar nicht um eine Praxisgemeinschaft, sondern um eine Berufsausübungsgemeinschaft oder auch umgekehrt handelt. Dann nämlich ist von einer sogenannten Scheingesellschaft zu sprechen, die im Einzelfall neben berufsrechtlichen Konsequenzen je nach Gestaltung auch strafrechtliche Sanktionen mit sich bringen kann.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Praxisgemeinschaft gerade bei sehr kleinen Einheiten eine sinnvolle Möglichkeit darstellt, die finanziellen Belastungen auf mehrere Schultern zu verteilen, ohne jedoch zugleich die Eigenständigkeit des eigenen Praxisbetriebs aufzugeben. Eine Haftung für Verbindlichkeiten entsteht hier nur in-

soweit, als Verbindlichkeiten der Praxisgemeinschaft, nicht aber der einzelnen Praxen bestehen. Nur für erstere haftet jeder Gesellschafter entweder mit seiner Einlage (wenn es sich etwa um eine Kapitalgesellschaft in Form einer GmbH handelt) oder im Falle von Personengesellschaften mit deren persönlichem Vermögen. Die vertragliche Gestaltung ist verhältnismäßig einfach zu realisieren, da es sich im Regelfall um eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts handelt, wenngleich der Wahl der konkreten Rechtsform hier keine Grenzen gesetzt sind.

2.2.3 Kooperationsgemeinschaft

Gemäß § 23b MBO-Ä können sich Ärzte auch mit selbstständig tätigen und zur eigenverantwortlichen Berufsausübung befugten Berufsangehörigen anderer akademischer Heilberufe im Gesundheitswesen oder staatlicher Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen sowie anderen Naturwissenschaftlerinnen und Naturwissenschaftlern und Angehörigen sozialpädagogischer Berufe – auch beschränkt auf einzelne Leistungen – zur kooperativen Berufsausübung zusammenschließen (medizinische Kooperationsgemeinschaft). Die Kooperation ist in der Form einer Partnerschaftsgesellschaft nach dem PartGG oder aufgrund eines schriftlichen Vertrages über die Bildung einer Kooperationsgemeinschaft in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder einer juristischen Person des Privatrechts (im Rahmen des § 23a MBO-Ä) gestattet.

In jedem Falle muss im Rahmen der Kooperationsgemeinschaft gewährleistet sein, dass

- die eigenverantwortliche und selbstständige Berufsausübung des Arztes gewahrt ist,
- die Verantwortungsbereiche der Partner gegenüber den Patienten getrennt bleiben,
- medizinische Entscheidungen ausschließlich durch den Arzt getroffen werden, sofern solche Entscheidungen nicht aufgrund des ärztlichen Berufsrechts auch anderen in der Gemeinschaft tätigen Berufsangehörigen eines anderen Fachberufs überlassen werden dürfen,
- der Grundsatz der freien Arztwahl gewahrt bleibt,
- zur Unterstützung der diagnostischen Maßnahmen oder zur Therapie auch andere als in der Gemeinschaft kooperierende Berufsangehörige hinzugezogen werden können,
- insbesondere die sonstigen berufsrechtlichen Bestimmungen (Schweigepflicht, berufswidrige Werbung etc.) eingehalten werden und
- die medizinische Kooperationsgemeinschaft im Rechtsverkehr entsprechend als solche nach außen auftritt und die Berufsbezeichnungen aller in ihr tätigen Partner führt.

2.2.4 Praxisverbund/Netz

Die ersten Strukturen, die der Bezeichnung „Vernetzung“ wirklich gerecht werden, sind bereits seit den 90er-Jahren bekannt, wenngleich nicht immer von einem einheitlichen Verständnis ausgegangen wird. So werden noch heute die in unterschied-

lichen Regelungen gebräuchlichen Begriffe „Praxisverbund“ und „Praxisnetz“ häufig für ein und denselben Sachverhalt verwendet, was in der Praxis nicht selten zu erheblicher Verunsicherung führt.

Berufsrechtlich gesehen ist der Praxisverbund gemäß § 23d MBO-Ä eine Kooperation, die auf die Erfüllung eines bestimmten Versorgungsauftrags oder auf eine andere Form der Zusammenarbeit zur Patientenversorgung gerichtet ist, ohne BAG zu sein. Ziele können dabei etwa die Setzung einheitlicher Qualitätsstandards oder auch die Verbesserung der Zusammenarbeit untereinander bilden, wobei sich die denkbaren Anwendungsgebiete als sehr vielfältig erweisen.

Bislang war in sozialrechtlicher Hinsicht nicht zuletzt auch § 73a Abs. 1 SGB V von Interesse, der den Begriff der vernetzten Praxen verwendet hat. Dabei ging die Vorschrift von der Grundüberlegung aus, dass vernetzte Praxen eine Möglichkeit seien, mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Versorgungs- und Vergütungsstrukturen zu vereinbaren, wobei insgesamt eine Übertragung von Verantwortlichkeiten für die Gewährleistung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung auf die vernetzten Praxen beziehungsweise die Praxisnetze vorgesehen war. Nach der Aufhebung des § 73a Abs. 1 SGB V können Krankenkassen Strukturverträge sowie Verträge über eine gesonderte ambulante ärztliche Versorgung (vgl. insoweit der neu gefasste § 140a SGB V) schließen, wobei nach wie vor die Möglichkeit der Entwicklung von Modellvorhaben entsprechend den §§ 63ff. SGB V besteht.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist gemäß § 87b Abs. 4 SGB V verpflichtet, eine Rahmenvorgabe zur Anerkennung von Praxisnetzen zu erstellen, was wiederum Grundlage für die Förderung der Praxisnetze bildet. Auf Basis dieser Rahmenvorgabe haben sodann die Kassenärztlichen Vereinigungen auf regionaler Ebene entsprechende Umsetzungs- bzw. Ausgestaltungsrichtlinien zu erlassen. Die Rahmenvorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist zum 01. Mai 2013 in Kraft getreten.

Vornehmliches Ziel der Richtlinie ist es, die Sicherstellung der ärztlichen Unabhängigkeit in Praxisnetzen zu wahren und im Hinblick auf Strukturvorgaben und Versorgungsziele klare und nachvollziehbare Kriterien zu entwickeln. Wesentliche Versorgungsziele sind dabei die Patientenzentrierung, die kooperative Berufsausübung als solche und nicht zuletzt eine Verbesserung der Effizienz beziehungsweise eine Prozessoptimierung.

2.2.5 MVZ

Medizinische Versorgungszentren sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte als Vertragsärzte oder als Angestellte tätig sind. Ziel der Etablierung von MVZ war insbesondere die Schaffung einer umfassenden und sektorenübergreifenden Versorgung durch eine räumlich enge und fachübergreifende Kooperation. War ursprünglich zwingende Voraussetzung für die Gründung eines MVZ dessen Fachübergreiflichkeit, so wurde dieses Erfordernis infolge des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes im Juli 2015 gestrichen.

Seit der Schaffung der Möglichkeit zur Bildung von MVZ, die anfangs gegenüber fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften deutliche Vorteile aufwiesen, wurden die hierfür maßgeblichen rechtlichen Rahmenbedingungen wiederholt geändert.

Dadurch wurde nicht nur eine Annäherung zwischen beiden Kooperationsformen erreicht, sondern insbesondere die Attraktivität des MVZ vor allem für nicht-ärztliche Gründer deutlich verringert. In Teilbereichen ist das MVZ der BAG sogar unterlegen, namentlich etwa im Bereich der Bedarfsplanung (vgl. § 103 Abs. 4c SGB V).

2.3 Rechtlicher Regelungsrahmen im Allgemeinen

Unabhängig von der konkret gewählten Organisationsform sind in rechtlicher Hinsicht in erster Linie – wenn auch nicht abschließend – folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- berufsrechtliche Regelungen (MBO-Ä)
- sozialrechtlicher Regelungskreis (§ 128 SGB V, § 73 Abs. 7 SGB V, Wirtschaftlichkeitsprinzip etc.)
- sozialrechtlicher Regelungskreis im weiteren Sinne
 - Zulassungsrecht/Ärzte-ZV
 - Bundesmantelverträge
 - §§ 140a ff. SGB V
- gesellschaftsrechtliche und zivilrechtliche Aspekte
- Datenschutzrecht
- Compliance/Antikorruption

Exkurs: Compliance/Antikorruption

Gerade der letztgenannte Aspekt hat bedingt durch die für das Jahr 2016 vorgesehene Einführung des § 299a StGB erhöhte Aktualität erfahren. Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen, dass – wie bisher auch schon – im Rahmen der Kooperation darauf zu achten ist, dass keine unzulässige Zuweisung von Patienten ohne sachlich rechtfertigenden Grund oder gar gegen Entgelt erfolgt. Im Übrigen aber sind Kooperationsmodelle im Grundsatz auch durch die Neuregelung des Gesetzes nicht verboten, da die Kooperation politisch gewünscht ist, wie sich nicht zuletzt aus der entsprechenden Gesetzesbegründung ergibt. Dies gilt erst recht für die im SGB V beziehungsweise im Berufsrecht verankerten Kooperationsmodelle, sodass sich aus § 299a StGB insofern keine Besonderheiten im Vergleich zur bisherigen Rechtslage – mit Ausnahme der daraus resultierenden Rechtsfolgen – ergeben.

Entsprechend der Regelung in § 18 der Musterberufsordnung für Ärzte (MBO-Ä) dürfen diese sich allgemein zu Berufsausübungsgemeinschaften, Organisationsgemeinschaften, Kooperationsgemeinschaften und Praxisverbänden zusammenschließen. Entscheidend ist dabei allerdings, dass diese Zusammenschlüsse nicht zu unerlaubten Zuweisungsmodellen führen und damit einen Verstoß gegen § 31 MBO-Ä darstellen würden. Eine solche Umgehung kann etwa darin liegen, dass der Gewinn innerhalb einer solchen Kooperation ohne Grund in einer Weise verteilt wird, die nicht dem Anteil der persönlich erbrachten Leistung entspricht. Insofern muss in jedem Falle die eigenverantwortliche, medizinisch unabhängige sowie nicht gewerbliche Berufsausübung gewährleistet sein.

Unter Berücksichtigung dieser Voraussetzungen ist ein Zusammenschluss in verschiedenen denkbaren Gesellschaftsformen möglich, sofern diese kein Handelsgewerbe betreiben: Lange Zeit war umstritten, ob Ärzte auch in Form von juristischen

Personen des Privatrechts tätig sein dürfen. Diese Frage ist durch die Aufnahme des § 23a in die MBO-Ä entschieden worden, wonach grundsätzlich (sofern dies in der jeweiligen regionalen Berufsordnung vorgesehen ist) auch juristische Personen des Privatrechts zulässig sind. Allerdings muss gewährleistet sein, dass

- die Gesellschaft verantwortlich von einer Ärztin oder einem Arzt geführt wird,
- die Geschäftsführer mehrheitliche Ärztinnen und Ärzte sind,
- die Mehrheit der Gesellschaftsanteile und das Stimmrecht den Ärztinnen und Ärzten zustehen,
- Dritte nicht am Gewinn der Gesellschaft beteiligt sind und
- eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung für jeden in der Gesellschaft tätigen Arzt besteht.

Sofern allerdings originäre ärztliche Tätigkeit ausgeübt wird, sind Gesellschaftsformen wie etwa die GmbH & Co. KG nicht zulässig, da diese kraft Gesetzes ein Handelsgewerbe darstellen und damit im Widerspruch zur Freiberuflichkeit des ärztlichen Berufes stehen. Dies aber heißt nicht, dass derartige Gesellschaftsformen in anderen Bereichen – wie zum Beispiel im Rahmen von Arztnetzen – verwendet werden, wenn und soweit im Rahmen der jeweiligen Gesellschaft keine originäre ärztliche Tätigkeit ausgeübt wird.

2.4 Die Berufsausübungsgemeinschaft im engeren Sinne

2.4.1 Allgemeines

Berufsausübungsgemeinschaften sind entsprechend der Definition in § 1a Nr. 12 BMV-Ä (Bundesmantelvertrag – Ärzte)

„rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse von Vertragsärzten oder/und Vertragspsychotherapeuten oder Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren oder Medizinischen Versorgungszentren untereinander zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit.“

Letztendlich handelt es sich dabei – auch wenn die Begriffe nicht vollkommen deckungsgleich sind – um die frühere Gemeinschaftspraxis. Damit aber ist die BAG zugleich von den Praxisgemeinschaften, Apparategemeinschaften oder Laborgemeinschaften und anderen Organisationsgemeinschaften klar abzugrenzen.

In berufsrechtlicher Hinsicht ist wesentliche Rechtsgrundlage § 18 (Muster-)Berufsordnung für Ärzte, wobei hier festzuhalten ist, dass die im BMV-Ä beziehungsweise der Zulassungsverordnung für Ärzte verwendete Definition nicht vollkommen deckungsgleich mit jener der Berufsordnung ist. Dies ist auch der Ausgangspunkt für die Frage, ob eine BAG zwischen Privatärzten und Vertragsärzten zulässig ist. Ausgehend vom Vertragsarztrecht wäre dies nicht möglich (so etwa auch das OLG München, Urteil vom 12.09.2005 – 21 U 2982/05), wohl aber in berufsrechtlicher Hinsicht, weshalb über die Zulässigkeit derartiger Konstruktionen noch immer eine sehr kontroverse Diskussion geführt wird. In jedem Falle sollte daher ein enger Austausch mit dem Zulassungsausschuss geführt werden, um sich nicht dem Vorwurf des Abrechnungsbetruges auszusetzen. Auch müsste grundsätzlich sichergestellt sein, dass vertragsärztliche Leistungen auch tatsächlich nur durch Vertragsärzte bzw. bei diesen angestellten Ärzten erbracht werden.

Im Übrigen aber sind für die Bildung einer BAG (*in ärztlicher Hinsicht*) gründungsbe-
rechtigt:

- Ärzte mit Ärzten
- Ärzte mit anderen Berufsausübungsgemeinschaften
- Ärzte mit MVZ
- die jeweiligen Gruppen untereinander

Ob eine BAG fachgruppengleich oder fachübergreifend geführt wird, ist unerheblich.
In jedem Falle sind aber die freie Arztwahl des Patienten und das berufsrechtliche
Gebot der Einhaltung der Fachgebietsgrenzen zu gewährleisten.

In einer Berufsausübungsgemeinschaft dürfen auch Ärzte angestellt werden, wobei
die frühere Unterscheidung zwischen fachgebietsgleichen und fachfremden Ärzten
aufgegeben worden ist. Die Zugehörigkeit zu mehreren Berufsausübungsgemein-
schaften ist grundsätzlich zulässig. Die BAG erfordert darüber hinaus einen gemein-
samen Praxissitz, wobei auch mehrere Praxissitze zulässig sind, wenn am jeweiligen
Praxissitz mindestens ein Mitglied der BAG eine ausreichende Patientenversorgung
sicherstellt. Nicht möglich dagegen ist die gemeinsame Beschäftigung von Ärzten
und Zahnärzten.

Zu betonen ist allerdings, dass die Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft nicht
der Umgehung des Verbots der Zuweisung von Versicherten gegen Entgelt bezie-
hungsweise des § 73 Abs. 7 SGB V dienen darf. Davon ist ausweislich der Formulierung
in § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV auszugehen, wenn sich der

*„Beitrag des Arztes auf das Erbringen medizinisch-technischer Leistungen auf Veranlassung
der übrigen Mitglieder einer Berufsausübungsgemeinschaft beschränkt oder wenn der Ge-
winn ohne Grund in einer Weise verteilt wird, die nicht dem Anteil der persönlich erbrachten
Leistungen entspricht.“*

Eine gemeinsame Berufsausübung, die überweisungsgebundene medizinisch-tech-
nische Leistungen beinhaltet, ist damit grundsätzlich nicht möglich.

Eine BAG kann sich verschiedener Rechtsformen bedienen, wobei zumeist der Weg
der GbR gewählt wird (s. Kap. 1.2.4.2). Um eine BAG zu gründen, müssen sich die
Gesellschafter in einem **schriftlichen** Gesellschaftsvertrag gegenseitig verpflichten,
die Erreichung **eines gemeinsamen Zweckes** in der durch den Vertrag bestimmten
Weise **zu fördern** und insbesondere die vereinbarten **Beiträge zu leisten**.

Grundlegende Voraussetzung: Gemeinsame Berufsausübung!

So trivial es auch klingen mag: Grundvoraussetzung für die Bildung einer BAG ist
damit die „gemeinsame Berufsausübung“. Was darunter zu verstehen ist, wurde über
lange Zeit kontrovers diskutiert. Nicht erforderlich ist es jedenfalls, dass Ärzte zeit-
lich und räumlich (Letzteres wie etwa regelmäßig beim MVZ) gleichzeitig am Patien-
ten zusammenwirken. Folgende Kriterien müssen aber insbesondere im Hinblick auf
die berufsrechtlichen Regelungen erfüllt sein:

- Wille zur gemeinsamen Berufsausübung
- schriftlicher Gesellschaftsvertrag
- Auftritt der BAG nach außen im Rechtsverkehr
- Behandlungsvertrag wird zwischen dem Patienten und der BAG geschlossen
- gemeinsamer Patientenstamm
- (weitgehende) Gleichstellung der beteiligten Ärzte in Rechten und Pflichten

Wesentliches Merkmal ist hierbei, dass die beteiligten Ärzte über mehr oder weniger gleiche Rechte und Pflichten in der Gesellschaft verfügen. Dies setzt voraus, dass jeder Gesellschafter an unternehmerischen Chancen und Risiken beteiligt sein muss. Nach Auffassung der Bundesärztekammer drückt sich dies nicht zuletzt in einer prozentualen Gewinn- und Verlustbeteiligung, in einer Mitwirkung an Investitions- und Personalentscheidungen sowie in strategischen Unternehmensentscheidungen aus. Insofern kommt es auch nicht darauf an, wie die Gesellschafter ihre eigene Gesellschaft bezeichnen, sondern allein, wie die tatsächlichen Verhältnisse in der Gesellschaft ausgestaltet sind. Bei Missachtung der vorstehenden Voraussetzungen kann insbesondere der Vorwurf einer Scheinpartnerschaft im Raume stehen, die letztendlich zum Vorwurf eines Abrechnungsbetruges führen kann.

! ABER: Bei Aufnahme eines Gesellschafters kann (unter bestimmten Umständen) auch eine sogenannte vermögensrechtliche Nullbeteiligung in Betracht kommen, solange diese nur kurzzeitig und nicht auf Dauer angelegt ist. Hierdurch soll eine sog. „Kennenlernphase“ ermöglicht werden.

2.4.2 Gesellschaftsrechtsrechtliche Aspekte

Für die Gründung einer BAG wird üblicherweise die Rechtsform einer GbR (Gesellschaft bürgerlichen Rechts; kurz: BGB-Gesellschaft) gewählt, da diese – schon aufgrund der fehlenden Notwendigkeit zur notariellen Beurkundung – verhältnismäßig flexibel ist. Möglich wäre aber auch die Gründung einer Partnerschaftsgesellschaft, die in haftungsrechtlicher Hinsicht gegenüber der GbR einige Vorteile aufweist. Zugleich gestattet das Berufsrecht nunmehr grundsätzlich auch Gestaltungen in Form einer juristischen Person des Privatrechts (siehe oben).

Ausgeschlossen sind die handelsrechtlichen Gesellschaftsformen OHG, KG, GmbH & Co KG, da diese kraft Gesetzes ein Handelsgewerbe betreiben, Ärzte aber gerade nicht gewerblich tätig sind.

GmbH und AG sind dagegen grundsätzlich zulässig, sofern dies durch die landesspezifischen Regelungen vorgesehen ist.

Die Gründung einer GbR muss – abweichend von den zivilrechtlichen Regelungen – durch schriftlichen Vertrag erfolgen.

Berufsrechtlich ist allerdings wiederum das Schriftform- und Anzeigepflichten gemäß § 18 MBO-Ä zu berücksichtigen. Die Berufsausübungsgemeinschaft bedarf zudem auch in vertragsarztrechtlicher Hinsicht der vorherigen Genehmigung durch den Zulassungsausschuss (§ 33 Abs. 2 Ärzte-ZV).

Zu den Themen, die bei einer Berufsausübungsgemeinschaft dringend einer vertraglichen Regelung bedürfen, gehören insbesondere:

- Rechtsform
- Beteiligung der Gesellschafter und Stimmrecht
- Einlageverpflichtung
- Personal
- Gewinnbeteiligung
- Geschäftsführung und Vertretung, Vertretungsbefugnisse

- Dauer der Gesellschaft
- Rechte der Gesellschafterversammlung
- Kündigungs- und Trennungsregelungen/Auflösung (einschl. Arztsitze)
- Datenschutz/Patientenkartei
- Aufnahme weiterer Partner
- Haftung

2.4.3 Vertragsrecht und Haftung

Der Behandlungsvertrag mit dem Patienten wird grundsätzlich durch die BAG selbst abgeschlossen, nicht aber mit dem einzelnen Arzt. Dies hat zur Folge, dass die BAG im Außenverhältnis für alle Gesellschafter- bzw. Gesellschaftsverbindlichkeiten haftet, einschließlich Ansprüchen aus Arzthaftung. Im Innenverhältnis kann ein Ausgleichsanspruch der einzelnen Gesellschafter untereinander bestehen, wofür wiederum eine gesellschaftsvertragliche Regelung erforderlich ist.

Wird eine BAG in Form einer GbR betrieben (was in der Praxis auch regelmäßig der Fall ist), so haften die Partner als Gesamtschuldner für rechtsgeschäftliche Verbindlichkeiten der Gesellschaft und für Forderungen aus deliktischer Haftung nicht nur mit dem Gesellschaftsvermögen, sondern auch mit ihrem Privatvermögen. Eine Haftungsbeschränkung wäre nur aufgrund individueller privatrechtlicher Vereinbarung (keine Allgemeinen Geschäftsbedingungen!) mit dem Patienten möglich, wobei hier allerdings wiederum enge Grenzen gesetzt sind.

Haftungsfalle: Eintritt in bestehende GbR!

Tritt ein neuer Gesellschafter in die GbR ein, so haftet er (nach mittlerweile gefestigter Rechtsprechung) nicht nur für neu begründete Verbindlichkeiten, sondern sogar für Altschulden, die vor seinem Eintritt begründet wurden. Ist dies von den Beteiligten nicht gewünscht, so sollten im Innenverhältnis entsprechende abweichende Regelungen getroffen werden.

Die gesamtschuldnerische Haftung greift allerdings nur ein, wenn ein neuer Gesellschafter in eine bestehende GbR aufgenommen wird, nicht aber dann, wenn sich mehrere Vertragsärzte zu einer Berufsausübungsgemeinschaft und damit einer neuen Gesellschaft zusammenschließen.

2.4.4 Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft

Berufsausübungsgemeinschaften können grundsätzlich auch überörtlich (mit mehreren Sitzen) gegründet werden. Der gesetzlichen Definition zufolge handelt es sich bei *einem* gemeinsamen Vertragsarztsitz um eine örtliche Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), bei *unterschiedlichen* Vertragsarztsitzen um eine überörtliche BAG (vgl. § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV). Im Vergleich zur örtlichen BAG sind an die überörtliche BAG zusätzliche Voraussetzungen geknüpft.

2.4.5 Sonderproblem: Teilberufsausübungsgemeinschaft

Häufig ist es von den Beteiligten nicht gewünscht, sich zu einer einzigen Berufsausübungsgemeinschaft zusammenzuschließen. Als interessante Alternative kann sich