

Reinhold Preißler

Verzahnung, Vernetzung und andere neue ärztliche Kooperationsformen

Eine kritische Auseinandersetzung

1. Gesetz und Markt als Rahmenbedingungen ärztlicher Kooperation

Nachdem sich die Zusammenarbeit bei der Berufsausübung unter Ärzten jahrzehntelang nahezu ausschließlich in den bekanntesten und bewährtesten Formen der Gemeinschaftspraxis und der Praxisgemeinschaft bewegt hat, ist seit einiger Zeit wieder Bewegung in dieses Thema gekommen. Vor allem das Gesundheitsreformgesetz vom 20. 12. 1988 hat mit den Regelungen der §§ 115 ff. SGB V zur sogenannten „Verzahnung“ die Diskussion über neue Formen der Kooperation eröffnet. Der Gesetzgeber selbst hatte allerdings darauf verzichtet, damit präzise Rahmenbedingungen für neue ärztliche Kooperationsformen zu beschreiben. Mit Ausnahme des gemeinsamen Betriebs technischer Einrichtungen, wie z. B. medizinisch-technischer Großgeräte, Operationseinrichtungen und dergleichen ist deshalb der mit der Einführung von Verzahnungsregelungen mancherorts erwartete Boom neuer Kooperationen unter Ärzten ausgeblieben.

Auch die seit 1995 bestehenden Möglichkeiten, nach Maßgabe des Partnerschaftsgesellschaftsgesetzes neue Gesellschaftsformen „auszuprobieren“, wurden von der Ärzteschaft weitgehend nicht wahrgenommen¹.

Im Rahmen des 2. GKV-NOG wurde dann ein neuer Anlauf von Seiten des Gesetzgebers unternommen, den Ärzten erweiterte Kooperationsmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen.

Der Gesetzgeber hat es allerdings erneut bei Andeutungen belassen, als er den Begriff der „vernetzten Praxen“ als eines „Verbundes“ von Arztpraxen in § 73a Abs. 1 SGB V aufgenommen hat.

Die Untersuchung ärztlicher Kooperationsformen kann aber nicht bei der Erörterung gesetzlicher Rahmenbedingungen stehen bleiben, sondern sie muß der Tatsache Rechnung tragen, daß es unabhängig von der Diskussion in Ständevertretungen und den Vorstellungen des Gesetzgebers wesentlich mächtigere Einflußfaktoren auf Kooperationsentscheidungen von Ärzten gibt. Neben den rechtlichen Rahmenbedingungen entscheiden nämlich wesentlich die ökonomischen Gegebenheiten und auch organisatorische und medizinische Entwicklungen, wie sie Ärzte auf dem medizinischen Dienstleistungsmarkt vorfinden, über die Frage mit, ob der Arzt besser allein oder gemeinsam mit anderen Ärzten handelt. Dabei sind die Verhältnisse auf der Seite der Leistungserbringer ebenso relevant wie die Faktoren der mehr oder weniger zahlungskräftigen Nachfrage auf der anderen Seite.

Insofern trifft die Diskussion über neue Kooperationsformen heute auf faktische Entwicklungen des ärztlichen Marktes, die – häufig wesentlich schneller als neue Gesetze – die ärztliche Diskussion und Entscheidung beeinflussen. Die Leistungs- und Kostenstrukturen, die medizintechnische Entwicklung, die Bedarfsplanung und andere Faktoren spielen hierbei eine entscheidendere Rolle als der Umstand, daß der Gesetzgeber auf Anregung der ärztlichen Standes-

organisationen den Begriff der Vernetzung in das Gesetz aufnimmt.

Ausgangspunkt der ärztlichen Suche nach alternativen Formen der Berufsausübung ist mit Sicherheit die Tatsache, daß die Konkurrenz innerhalb des ärztlichen Berufsstandes in den letzten Jahren trotz oder vielleicht auch wegen der Einführung der Bedarfsplanung zugenommen hat. Die negativen Auswirkungen dieses Wettbewerbs zeigen sich unter anderem auch in einem zunehmenden Honorarverfall bei niedergelassenen Ärzten. Zugleich wird jedoch keine Alternative zum System der Konkurrenz freier Ärzte gesehen. Das heißt, das System des Wettbewerbs wird von den Ärzten nicht in Frage gestellt. Forderungen z. B. nach einer Verstaatlichung des Gesundheitswesens mit sicherer Festanstellung der ärztlichen Leistungserbringer werden nicht erhoben.

Insofern richtet sich das Augenmerk der Marktteilnehmer auf die Frage, wie man im ärztlichen Wettbewerb mit anderen Leistungsanbietern (Ärzten, Krankenhäusern und auch Nichtärzten) besser bestehen kann.

Nachfolgend können deshalb nicht nur die im Gesetz erwähnten neuen Kooperationsformen behandelt werden. Es gilt vielmehr, auch die anderen in der Berufsausübung von Ärzten aufzufindenden zulässigen oder zum Teil auch unzulässigen Kooperationsformen zu beschreiben.

2. Das Praxisnetz

§ 73a Abs. 1 SGB V beschreibt vernetzte Praxen als einen „Verbund“ von Vertragsärzten, der sich durch die gemeinsame Übernahme definierter Verantwortlichkeiten durch die teilnehmenden Ärzte charakterisiert. Für die Leistungen dieses Verbundes kann ein Budget vereinbart werden. Für die Vergütung der ärztlichen Leistungen können vom EBM abweichende Leistungsbewertungen getroffen werden. Die Teilnahme ist freiwillig.

Diese Beschreibung des Systems vernetzter Praxen schafft zunächst wenig Klarheit. Die dahinterstehenden Vorstellungen sind zwar vage, werden jedoch von vielen Ärzten als positiv empfunden. Der beschriebene Kooperationsgedanke ist noch sehr abstrakt und erlaubt den am Netz Beteiligten, das Netz als Realisierung unterschiedlichster als positiv empfundener Zielsetzungen zu verstehen. Die Interessen der am Aufbau eines Praxisnetzes Beteiligten sind häufig ähnlich vage wie die Vorgaben selbst.

Zum Teil werden von den beteiligten Ärzten Vorstellungen mit dem Praxisnetz verbunden, die z. B. lauten: Das Praxisnetz ist der Weg aus der KV, das Praxisnetz ist die Lösung der Vergütungsprobleme, das Praxisnetz ermöglicht

Rechtsanwalt Reinhold Preißler, Alexanderstraße 26, 90762 Fürth

1) Vgl. Krieger, MedR 1995, 95.

rationelle Praxisstrukturen, das Praxisnetz ermöglicht die Mutation des Kassenpatienten zum Privatpatienten, etc.

Demgegenüber verbinden am Praxisnetz beteiligte Krankenkassen mit diesem Begriff in erster Linie Hoffnung auf Senkung von Krankenhauseinweisungen sowie Verordnungs-kosten. Mitunter wird auch die Vorstellung geäußert, das Praxisnetz sei der Einstieg in Strukturverträge oder sogenannte Einkaufsmodelle.

Soweit Kassenärztliche Vereinigungen an Praxisnetzen beteiligt sind, sehen sie ihre Rolle häufig als die des Netzmanagers. Die Kassenärztliche Vereinigung sucht eine neue Rollenbestimmung im Interesse ihrer Selbsterhaltung mit dem Ziel, die Kontrolle über diese neuen Aktivitäten der Ärzteschaft nicht zu verlieren. In welchem Umfang den Kassenärztlichen Vereinigungen der Spagat zwischen der überwachenden Behörde und der Servicegesellschaft für Ärzte gelingen wird, ist allerdings fraglich.

Angesichts der unklaren Vorstellungen und Vorgaben besteht insgesamt die Gefahr, daß der Begriff „Praxisnetz“ zum inhaltslosen Etikett einer Vielzahl unterschiedlicher und zum Teil divergierender Kooperationsideale verwässert wird.

Wie vor jeder Kooperationsentscheidung muß der an der Teilnahme am Praxisnetz interessierte Arzt sich deshalb Klarheit über seine Interessenlage im Verhältnis zu den Zielen des Praxisnetzes verschaffen. Er wird sich deshalb sehr genau fragen, worin für seine Praxis der Vorteil einer Teilnahme am Praxisnetz besteht, damit diese nicht zum Selbstzweck gerät.

Die rechtliche Organisation eines Praxisnetzes muß sich mit den bereits in den anderen Vorträgen des Forums detailliert erörterten Fragen und Problemen auseinandersetzen, die an dieser Stelle deshalb nicht vertieft werden sollen. Deshalb sei lediglich darauf hingewiesen, daß es sich bei dem im Gesetzestext genannten „Verbund“ nicht um eine neue eigenständige Rechtsform handelt². Welche Rechtsformen für den Verbund in Frage kommen, beurteilt sich nach den allgemeinen Regeln für die Kooperation unter freiberuflich tätigen Ärzten. Für die Entscheidungsfindung sollten zunächst die Leistungen definiert werden, die der Verbund im Verhältnis zu seinen Mitgliedern erbringen soll. Größtenteils würde es sich hierbei um Hilfsleistungen für die ärztliche Praxis handeln. Unter Umständen kommen sogar ärztliche Leistungen als Leistungen des Verbunds in Frage. Nachdem die Übernahme einer Kostenverantwortung für ärztliche Verordnungen Wesensmerkmal des Verbunds vernetzter Praxen ist, gewinnen die Haftungsregelungen für die einzelnen Mitglieder besondere Bedeutung.

3. Weitere Kooperationsformen

Im Hinblick auf die Eingangsbemerkungen ist eine allgemeine Tendenz zu Zusammenschlüssen auf verschiedenen Ebenen erkennbar. Hierbei geht es neben der Schaffung größerer Einheiten von Dienstleistern im niedergelassenen Bereich vor allem darum, sich mit einem erweiterten Leistungsangebot auf dem Markt besser durchsetzen und gegebenenfalls neue Einnahmequellen erschließen zu können.

Anzutreffen sind ebenso Gelegenheitszusammenschlüsse von Ärzten zur Erreichung eines definierten Einzelziels wie auch dauerhafte Strukturen.

3.1. Als klassischer Gelegenheitszusammenschluß kann die Verbindung zu einer einmaligen Einkaufskooperation bei der Anschaffung teurerer medizinischer Geräte angesehen werden; oder auch der Zusammenschluß der Ärzte einer Fachgruppe in einer Planungsregion mit dem Ziel, bei der Berufsaufgabe eines Kollegen dessen Vertragsarztsitz „stillzulegen“³.

3.2. Bei der Betrachtung auf Dauer angelegter Kooperationen scheiden zunächst einige Verbindungen als unzulässig aus:

Zu warnen ist vor der Teilnahme an Zirkeln, denen es um die unzulässige direkte Partizipation an den Ergebnissen der Arbeit anderer Ärzte geht. Genannt werden müssen hier vor allem die Überweisungszirkel im Bereich des Labors sowie der Radiologie und Orthopädie. In solchen unzulässigen Überweisungszirkeln geht es regelmäßig darum, Leistungen, die aus den verschiedensten Gründen vom einzelnen Arzt nicht erbracht werden können oder dürfen, formell an andere Ärzte zu überweisen, um dann über irgendwelche gesellschaftsrechtlichen Konstruktionen am durch die Überweisung geschaffenen Profit beteiligt zu sein. Wie schon *Ratzel* schreibt, sind die Erscheinungsformen und Gestaltungen vielfältig. „Der Einfallreichtum der Beteiligten ist nahezu unbegrenzt“⁴. Die Frage, wo die Grenze der zulässigen Kooperation verläuft und bei welcher Gestaltung es sich um einen Verstoß gegen § 31 der neuen Musterberufsordnung handelt, ist für die Beteiligten bei genügender Anstrengung ihres Gewissens immer sehr leicht zu beantworten. Sie müssen sich nur fragen, warum sie eine bestimmte Form der Zusammenarbeit als vorteilhafter als andere ansehen.

3.3. Eine Vielzahl der zulässigen Zusammenschlüsse von Ärzten dient dem Ziel, die Praxis wirtschaftlicher führen zu können und dem niedergelassenen Arzt neue Geschäftsfelder zu erschließen.

Hier ist an erster Stelle zu nennen die Errichtung von Betriebsgesellschaften mit dem Ziel der Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen. Je nach ärztlichem Fachgebiet kommen die Verzahnungsvorstellungen des Gesetzgebers langsam in Bewegung mit der Folge, daß Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte ihre Zusammenarbeit institutionalisieren. Häufig bringt in solchen Konstellationen die niedergelassene Seite privates Kapital zur Finanzierung bestimmter Vorhaben in die Kooperation mit ein. Gedacht werden kann hier z. B. trotz der Abschaffung der Großgerätebedarfsplanung an die Kooperation bei medizinischen Großgeräten wie auch an den gemeinsamen Betrieb ambulanter Operationseinrichtungen oder sonstiger Einrichtungen, in denen eine organisatorische und wirtschaftliche Einheit der Behandlung stationärer und ambulanter Patienten sinnvoll sein kann.

Zur sogenannten Privatisierung von Krankenhausabteilungen hat das Bundessozialgericht in seiner Entscheidung vom 20. 3. 1995⁵ die Rahmenbedingungen aufgezeigt. Schließen sich Ärzte mit Krankenhäusern zu derartigen Kooperationen zusammen, macht es häufig auch Sinn, die Rechtsform einer Kapitalgesellschaft zu wählen. Als Dienstleister kann die Kapitalgesellschaft selbst allerdings nur stationäre Krankenhauspatienten der allgemeinen Pflegeklasse behandeln. Für ambulante Patienten und stationäre Privatpatienten müssen niedergelassene Ärzte Leistungen erbringen⁶.

Ein weiteres Geschäftsfeld, auf dem zunehmend Zusammenschlüsse von niedergelassenen Ärzten zu verzeichnen sind, ist die gemeinsame Einkaufs- und Betriebsgesellschaft für eine Vielzahl von Arztpraxen. Ziel dieser Kooperation ist die Reduzierung der Praxiskosten, so daß regelmäßig

2) Vgl. auch II. Nr. 11 der (neuen) Musterberufsordnung, DÄBl. 1997, A-2363.

3) Vgl. *Hesral*, in: *Ehlers* (Hrsg.), *Praxis der Fortführung von Arztpraxen*, 1998, Kapitel 3, Rdnr. 43.

4) *Ratzel*, in: *Ratzel/Lippert*, *Kommentar zur Musterberufsordnung der Deutschen Ärzte*, 1995, § 22, Rdnr. 4.

5) BSG, MedR 1996, 86 ff.

6) Vgl. *Preißler*, MedR 1994, 20 ff.

darauf geachtet werden muß, daß die Organisation des Zusammenschlusses möglichst einfach und rationell ausgestaltet wird, da andernfalls die Gefahr besteht, daß die Kosten der Kooperation die erreichten Einsparungseffekte übersteigen.

Mit dem gemeinsamen Einkauf eng zusammen hängt der gemeinsame Betrieb von Geräten. Rechtlich handelt es sich hierbei um keine neue Kooperationsform. Es liegt vielmehr eine Apparategemeinschaft vor, bei der der Ertrag des teilnehmenden Arztes in der Reduzierung des wirtschaftlichen und personellen Aufwands für seine Leistungen liegt. Auf die Konstruktion der Leistungserbringungsgemeinschaft nach § 15 Abs. 3 BMV-Ä hat Herr Kollege Dr. Möller in seinem Referat bereits ausführlich hingewiesen.

Neu ist bei solchen Apparategemeinschaften lediglich die zunehmend zu beobachtende Betriebsaufspaltung in eine Kapitalgesellschaft, die die Geräteinvestition übernimmt, und eine Apparategemeinschaft, die die Dienstleistung erbringt.

Diese Idee des Gerätezentrums kann weiter ausgebaut werden zu einem echten Dienstleistungszentrum, in dem ärztliche Leistungen ausgelagert aus den teilnehmenden Praxen zentral erbracht werden. Diese Einrichtungen kommen derzeit im wesentlichen für Leistungen in Frage, die der Arzt als Randleistungen seiner Tätigkeit empfindet. Als Beispiel seien Akupunkturzentren genannt, die von der ärztlichen Genossenschaft GenoGyn in Baden-Württemberg betrieben werden. Das Bedürfnis nach solchen Dienstleistungszentren steigt insbesondere unter dem Blickwinkel der weiteren Ausgliederung von ärztlichen Leistungen aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung (individuelle Gesundheitsleistungen – IGL-Liste der KBV)⁷. Im wesentlichen richten sich solche Dienstleistungszentren also an selbstzahlende Patienten.

3.4. Eine relativ neue Erscheinung sind ärztliche Filialbetriebe. Die neue Musterberufsordnung⁸ erlaubt für Ärzte, die nicht unmittelbar am Patienten tätig sind, den Zusammenschluß zu einer überörtlichen Berufsausübungsgesellschaft vergleichbar einer überregionalen Anwaltssozietät. Daß es für solche überörtlichen Arztpraxen zulassungsrechtlich bei der Zulassung der teilnehmenden lokalen Praxis am jeweiligen Praxissitz verbleiben muß und auch alle sonstigen in der Ärzte-ZV normierten Pflichten Geltung behalten, steht der Zulässigkeit einer solchen Verbindung nicht im Wege.

Dennoch stößt man immer wieder bei Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern auf Widerstand gegen solche Zusammenschlüsse. Im Vordergrund stehen hierbei häufig irrationale Ängste vor übergroßen mit Marktmacht ausgestatteten Praxen oder Praxiszusammenschlüssen.

Die wirtschaftliche Beteiligung eines Arztes an anderen Praxen findet sich jedoch nicht nur in jenen Fachgebieten, die nicht unmittelbar am Patienten tätig sind. Auch in anderen Fachgebieten kommt es vor, daß ein oder mehrere Ärzte an mehreren Arztpraxen vermögensmäßig beteiligt sind.

Anders als das Apothekenrecht (vgl. § 8 ApoG) kennt das ärztliche Berufsrecht kein gesetzliches Verbot der Betei-

ligung eines Arztes an einer anderen Arztpraxis mit der Folge, daß grundsätzlich keine Bedenken hiergegen bestehen. Schließlich kann es keinen Unterschied machen, ob am Vermögen der Arztpraxis eine Bank, ein Leasingunternehmen, Ehegatten oder andere Ärzte beteiligt sind. Die Grenze des Zulässigen ist erst überschritten, wenn der am Vermögen der Arztpraxis Beteiligte Einfluß auf die Berufsausübung des praktizierenden Arztes nimmt oder es sich bei diesem Verhältnis um ein verdecktes Anstellungsverhältnis handelt.

Ihren ökonomischen Grund haben solche Beteiligungen häufig darin, daß Berufsanfänger bei sinkenden Arzthonoraren die Risiken hoher Investitionen scheuen und ihren Beruf lieber ohne den notwendigen Einkauf in große Vermögenswerte ausüben wollen.

4. Ausblick

Gemeinsam ist vielen dieser neuen Kooperationsformen, angefangen vom sogenannten „Verbund“ bis hin zu „Filialgesellschaften“, der Übergang von der freien Einzelunternehmerpersönlichkeit zu kapitalistischen Gesellschaftsstrukturen wie GmbH, KG oder sogar Aktiengesellschaft. Diese Verselbständigung der Rechtsform ärztlicher Unternehmen begrenzt zwar die Haftung der Ärzte in schwierigen wirtschaftlichen Zeiten, begrenzt aber zugleich den Einfluß und die Eigentumsanteile der einzelnen Ärzte. Die Folge ist eine tendenzielle Trennung des Vermögens und der Ertragskraft der Praxis vom einzelnen Arzt (Gesellschafter). Ärztlicher Unternehmer ist nicht mehr der einzelne Arzt, der seinen Beruf ausübt. Ärztlicher Unternehmer ist vielmehr der mehr oder weniger anonyme verselbständigte Ärzteverbund, geführt von professionellen Managern, die die ärztlichen Dienstleistungen organisieren und vermarkten. Der früher freiberuflich tätige Arztunternehmer gerät in die Gefahr, über kurz oder lang zum freien Mitarbeiter oder sogar Angestellten des übergeordneten Verbundes zu mutieren. Hierzu paßt es, daß sich zunehmend institutionelle Kapitalanleger wie Versicherungen, Beteiligungsgesellschaften etc. für den Gesundheitsmarkt als Dienstleistungsmarkt des nächsten Jahrzehnts interessieren.

So sehr also die Kooperationen unter Ärzten in vielfältigen Formen deren Wettbewerbsfähigkeit stärken und grundsätzlich zu begrüßen sind, so sehr ist darauf zu achten, daß die Vorteile dieser Konzentrationsbewegung dem ärztlichen Berufsstand erhalten bleiben. Den Standesorganisationen ist deshalb anzuraten, Zusammenschlüsse immer dann zu unterstützen, wenn ärztliche Unternehmer am Werk sind. Die Behinderung ärztlicher Zusammenschlüsse aus Angst vor der Schaffung großer Praxen oder Praxiszusammenschlüsse wird diese Entwicklung nicht verhindern. Sie führt nur dazu, daß solche Zusammenschlüsse durch Marktteilnehmer organisiert werden, die als Nichtärzte durch standesrechtliche Vorschriften nicht behindert sind.

7) DÄBl. 1997, A-2959.

8) Abschnitt D II. Nr. 8 (2) MBO.