

HEFT VII

MIT GEMEINSAMEN PROJEKTEN ZUM ERFOLGREICHEN NETZWERK

PraxisWissen Schriftenreihe zur Theorie und Praxis in neuen Versorgungsformen



SUSANNE EBLE, BERLIN-CHEMIE AG
PROF. DR. THOMAS SCHLEGEL, KANZLEI FÜR MEDIZINRECHT
DR. JENS-PETER DAMAS, ETL ADVISION
DIPLOM-BETRIEBSWIRT ANDREAS WILLMANN, DOX KASSEL
DIPLOM-HDL. LARS BONGARTZ, GFG MBH, WETZLAR

gesundheits
management 
Ihre Zukunft gemeinsam gestalten
BERLIN-CHEMIE



Dr. Rainer Kern
Mitglied des Vorstands der
BERLIN-CHEMIE AG

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

Arztnetze sind eine so erfolgreiche Entwicklung der letzten 20 Jahre, dass sie inzwischen auch im Gesetz definiert sind. Seit dem Versorgungsstrukturgesetz 2012 gibt es Arztnetze zur Förderung der regionalen Zusammenarbeit auch ganz offiziell. Nicht dass die Netze das gebraucht hätten, aber die Anerkennung ist eine gute Sache. Zumal sie mit der Möglichkeit verknüpft ist, dass die Netze für die besondere Leistung, die sie in der Versorgung erbringen, auch eine Vergütung erhalten.

Mit der offiziellen Anerkennung ist auch eine Definition verbunden. Rahmenvorgaben regeln die Anforderungen an ein Arztnetz – jedenfalls an eines, das grundsätzlich von den Vergütungsmöglichkeiten profitieren will. Das wird Auswirkungen haben, denn auch Krankenkassen, die mit Netzen zusammenarbeiten wollen, werden sich an diesen Vorgaben orientieren.

Doch auch weiterhin werden sich Arztnetze einfach nur deswegen gründen, weil die Beteiligten für sich einen Vorteil im Austausch mit den Kollegen und in der Zusammenarbeit sehen. Diesen Netzen ist dieses Heft gewidmet. Denn bessere Zusammenarbeit, gemeinsame Präventionsinitiativen oder Angebote im Betrieblichen Gesundheitsmanagement brauchen weder eine Zertifizierung nach den Rahmenvorgaben noch einen Selektivvertrag.

Diese Beschränkung ist verknüpft mit einer Ankündigung: Im nächsten Heft wird es um Vertragsgestaltung gehen. Was ist beim Abschluss von Selektivverträgen zu beachten. Beide Hefte folgen der bewährten Struktur – der Darstellung des Rahmens folgen die rechtlichen, steuerlichen, betriebswirtschaftlichen und kommunikativen Ausführungen bewährter und bekannter Autoren.

Somit bieten wir auch mit diesem Heft Anregungen für die Zusammenarbeit von Ärzten, die Versorgung gestalten möchten. Wir unterstützen solche innovativen Ansätze und hoffen Ihnen mit diesem Heft einen wertvollen Beitrag für neue Ideen und deren Umsetzung zu geben.

Dr. Rainer Kern
Mitglied des Vorstands der
BERLIN-CHEMIE AG

Inhalt

1

4 **EINLEITUNG**

Susanne Eble: Im Arztnetz mehr bewegen – Zusammenarbeit jenseits von Selektivverträgen

- 5 Mögliche Projekte im Netz
- 9 Zentrale Erfolgsfaktoren für die Zusammenarbeit im Arztnetz

2

12 **RECHTLICHE GRUNDLAGEN**

Prof. Dr. Thomas Schlegel: Was ist bei wirtschaftlichen Unternehmungen des Netzes zu beachten?

- 13 Was darf ein Arztnetz?
- 15 Wirtschaften und Leistungserbringung als Ärztenetz
- 22 Ausblick und Erwartungen an Ärztenetze

3

24 **STEUERLICHE GRUNDLAGEN**

Dr. Jens-Peter Damas, Advision: Ärztenetze als Präventionszentren

- 25 Organisationsgemeinschaft versus Berufsausübungsgemeinschaft
- 26 Ertragsteuerliche Aspekte
- 31 Umsatzsteuerliche Aspekte
- 35 Zusammenfassung

4

36 **BETRIEBSWIRTSCHAFTLICHE GRUNDLAGEN**

Andreas Willmann: Erfolgreiche Unternehmungen in Arztnetzen

- 37 Welche Ansätze funktionieren?
- 38 Welche Angebote kann ein Arztnetz machen?
- 41 Wie kann man den Erfolg solcher Unternehmungen kalkulieren?

5

46 **KOMMUNIKATIVE GRUNDLAGEN**

Lars Bongartz: Motivation für gemeinsame Projekte

- 47 Wie begeistert man Kollegen für Mehrarbeit?
- 50 Sektorenübergreifende Projekte – Chancen und Risiken eines neuen Projektes
- 57 Wie nimmt man die Kollegen mit?

1

KAPITEL

EINLEITUNG



Susanne Eble

Diplom-Ökonomin / Medizin (FH)
Leitung Gesundheitsmanagement BERLIN-CHEMIE AG
Stellvertretende Vorstandsvorsitzende
im Bundesverband Managed Care

Im Arztnetz mehr bewegen – Zusammenarbeit jenseits von Selektivverträgen

Seit Mitte der 1990er Jahre gründen sich Arztnetze. Einige haben sich inzwischen wieder aufgelöst, vor allem diejenigen, denen es nicht gelungen ist, aus einer Idee auch eine nachhaltige Optimierung der Versorgung zu gestalten. Während in den 2000er Jahren die Erwartung der Netze vor allem in Richtung Selektivvertrag ging, ist das Bild seit Ende der Anschubfinanzierung vielfältiger geworden. Netze gründen sich auch mit dem Ziel der Kooperation und bleiben stabil, wenn sie die Versorgung vor Ort spürbar verbessern können.

Mögliche Projekte im Netz

In diesem Beitrag geht es ausdrücklich nicht um Projekte, bei denen die Krankenkassen für eine Anschub- oder Dauerfinanzierung sorgen. Diese Vision konnten bisher nur wenige Arztnetze mit regionalen Ansätzen umsetzen. Auch indikationsspezifische Selektivverträge, die mit manchen Netzen funktionieren, sollen hier nicht Thema sein.

Im Fokus stehen ausschließlich Ansätze, die den miteinander kooperierenden Ärzten Vorteile ohne Unterstützung von außen bieten. Nicht immer steht eine vertragswillige Krankenkasse bereit – das Arztnetz muss also von sich aus, innerhalb der Regelversorgung, ein in sich wirtschaftliches Versorgungsmodell auf den Weg bringen.

BEHANDLUNGSPFADE

Für die Erstellung von Behandlungspfaden gibt es unterschiedliche Anlässe. Häufig sollen vertraglich festgelegte Pfade umgesetzt werden. Manchmal entschließt sich ein Netz Behandlungspfade zu erstellen, um die regionale Versorgung zu optimieren. Das ist besonders deshalb sinnvoll, da bei der Pfaderstellung Versorgungs- und Schnittstellenprobleme besprochen und gemeinsam Lösungen gefunden werden können.

Ein Behandlungspfad beschreibt die Abfolge, die Inhalte und die Verantwortlichkeiten bei der Behandlung einer definierten Gruppe von Patienten, zum Beispiel von Diabetikern ohne Komplikationen. Der Pfad stellt auf einen Blick den Weg des Patienten im zeitlichen Ablauf dar, jeweils in der Versorgungsebene, in der er sich befindet. Hinterlegt sind außerdem weitere Informationen zu den Inhalten und Dokumenten der einzelnen Schritte. Der Pfad spiegelt den Prozess der Behandlung wider – vergleichbar mit einem Geschäftsprozess.

Bei der Darstellung ist wichtig, dass genau festgelegt wird, wer die Verantwortung für bestimmte Schritte und Entscheidungen trägt.

Sofern medizinische Leitlinien für eine Indikation vorliegen, sollten diese die Grundlage für die Entwicklung von Behandlungspfaden sein. Dabei ist die Umsetzung bzw. Abbildung von Leitlinien in Prozesse mit den jeweiligen Verantwortlichkeiten nicht trivial. Ein typischer (und leitliniengerechter) Fall aus der Praxis:

Der Kardiologe stellt durch eine Katheteruntersuchung fest, dass der Verdacht, mit dem der Patient überwiesen wurde, sich nicht bestätigt hat. Der Kardiologe hat seinen Auftrag erfüllt und schickt den Patienten an den Hausarzt zurück – ohne Befund. Das entspricht der medizinischen Leitlinie. Jedoch ist der Hausarzt mit der Frage allein gelassen, was der Auslöser der (noch vorhandenen) Beschwerden sein könnte. Hier kann ein Behandlungspfad helfen, indem die Verantwortung für die Empfehlung einer Therapie eindeutig beim Kardiologen verankert wird, weil er als Facharzt bessere Diagnosemöglichkeiten und eine bessere Übersicht über die Therapiemöglichkeiten hat.

Der Behandlungspfad bildet also nicht nur Leitlinienwissen ab, sondern er definiert, wer für welchen Schritt der Behandlung verantwortlich ist (siehe Abbildung 1). Ein weiterer wichtiger Unterschied zur Leitlinie ist die Beachtung regionaler Rahmenbedingungen. Deshalb können Behandlungspfade, die z. B. aus dem Internet heruntergeladen oder von einem anderen Netz zur Verfügung gestellt werden, nur bedingt genutzt werden. Wenn es beispielsweise keine

Spezialeinrichtung zur Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms gibt, kann man keine Überweisung dahin verankern, auch wenn das DMP dies vorsieht. Ein anhand der regionalen Gegebenheiten erstellter Behandlungspfad bildet ab, welche der vorhandenen Institutionen die optimale Versorgung leisten kann. So wird im Pfad definiert, welche Patienten mit welchen Voruntersuchungen und Befunden zu der jeweiligen Versorgungseinheit überwiesen werden. Somit erhalten beide Versorgungsebenen größere Sicherheit – der Hausarzt hat eine klare Linie, welche Patienten in der Spezialeinrichtung gut aufgehoben sind, und die Spezialeinrichtung profitiert davon, dass sie die „richtigen“ Patienten mit informativen und notwendigen Unterlagen und Voruntersuchungen überwiesen bekommt. Ganz nebenbei werden durch Behandlungspfade unnötige Doppeluntersuchungen weitestgehend vermieden.

Darüber hinaus dienen Behandlungspfade auch der Qualitätssicherung. In Versorgungsverträgen müssen die Behandlungspfade die Erfassung und Einhaltung von Qualitätsindikatoren sicherstellen und messbar machen. Wenn der Pfad auch wirtschaftlichen Zielen

Teilpfad Screening

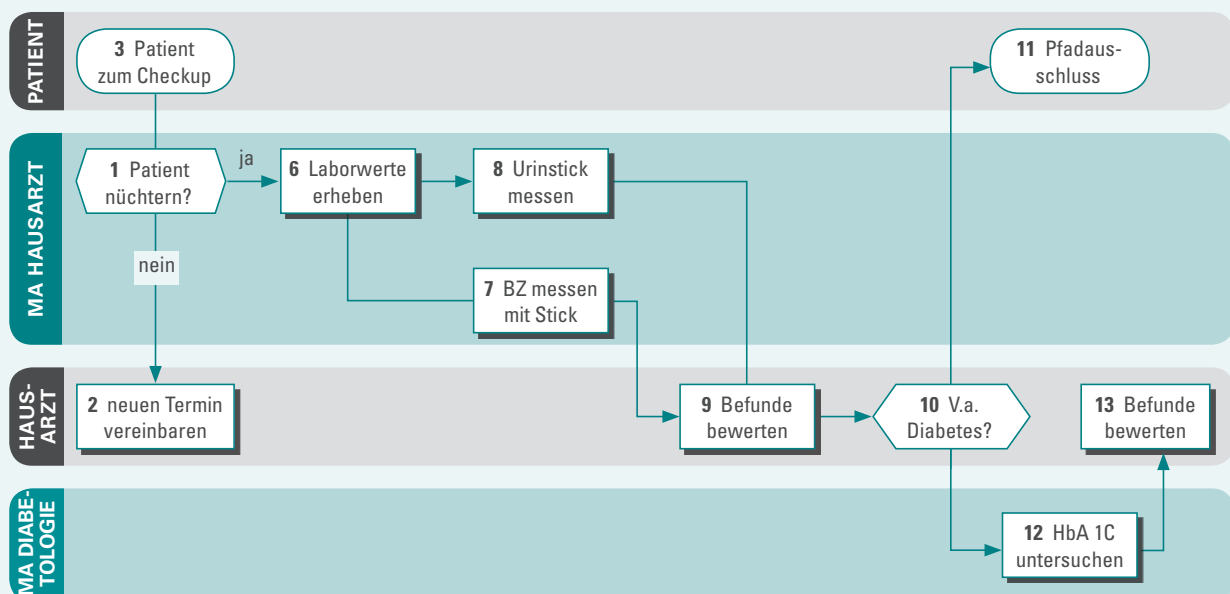


Abbildung 1: Beispielpfad in Swimlanes. Eigene Darstellung

dienen soll, ist es umso wichtiger, die Qualitätssicherung in den Pfad zu integrieren, um die Qualität am Ende nicht der kurzfristigen Wirtschaftlichkeit zu opfern. Ein Netz, das einen Behandlungspfad zur besseren kollegialen Zusammenarbeit erstellt und umsetzt, ist hier etwas freier.

PRÄVENTIONSANGEBOTE

Prävention ist wichtig und erwünscht. Und gerade aus der Diagnose beim Arzt kann eine gute Motivation für eine Lebensstiländerung entstehen. Zum Beispiel wenn der Patient aufgrund seiner Familienanamnese und der aktuellen Konstitution Gefahr läuft, irgendwann an Diabetes mellitus zu erkranken. Dann müssen die richtigen Informationen, was zu tun ist, aber auch schnell nach dem Arztbesuch das Ansinnen verfestigen, zum Beispiel mit einem Kurs zu den klassischen Präventionsfeldern, der kurz nach dem Arzttermin startet. Eine Einzelpraxis kann – trotz Ansprache zahlreicher Betroffener – nicht mehrere Kurse mit Präventionswilligen füllen. Die Zusammenarbeit mit anderen Anbietern und Krankenkassen ist daher wünschenswert und notwendig. Jedoch fehlen oft die Informationen, welche Kurse aktuell angeboten werden.

Gerade hier können Kooperationen hilfreich sein. So kann ein Arztnetz zentral Präventionskurse organisieren und den Informationsfluss zu den Praxen sicherstellen. Wenn das Präventionsangebot professionalisiert werden soll, kann z. B. ein zentrales Präventionszentrum diesen Anspruch erfüllen. Aus rechtlichen Gründen darf nicht nur auf dieses Angebot allein hingewiesen werden, wenn es daneben weitere Angebote gibt, aber der Service kann den Unterschied machen.

Die Krankenkassen unterstützen die Teilnahme ihrer Versicherten, wenn die Kurse bei den Kassen zertifiziert sind. Die Antragsverfahren kann ein Netzbüro leichter bewerkstelligen als einzelne Praxen. Hilfreich ist es für die Patienten zudem, wenn sie genau darauf hingewiesen werden, welche der Präventionsangebote von ihrer Kasse gefördert werden.

Im Idealfall koordinieren die Praxen die Teilnahme an den Kursen mit einem Online-Termin-System. So ist

gleich erkennbar, ob noch ein Platz frei ist, wann der nächste Kurs beginnt oder welcher Kurstermin für den Patienten passend ist.

BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT

Fachkräftemangel, Rente mit 67 oder noch später, fehlender Nachwuchs – das sind die Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Unternehmen. Teilweise sind sie heute schon zu spüren – ein Vorgeschmack auf das, was in den nächsten zehn bis zwanzig Jahren kommen wird, wenn sich der Altersdurchschnitt der Bevölkerung noch weiter nach oben verschiebt.

Inzwischen gilt das betriebliche Gesundheitsmanagement als notwendige Investition in die Zukunft. Die vorhandenen Kräfte sollen ihre Arbeit nicht nur möglichst lange ausüben können, sie sollen diese auch möglichst gesund verrichten können. Arztnetze können diesen Bedarf aufgreifen und Unternehmen Unterstützung zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement anbieten.

AUSGANGSSITUATION: FEHLZEITEN

In vielen Unternehmen geht es nicht nur um die Vorbereitung auf den bevorstehenden demografischen Wandel. Es geht auch heute schon um aktuelle Fehlzeiten, um die Kosten für Lohnfortzahlung und den organisatorischen Aufwand bei Langzeiterkrankungen.

In vielen Berufen nimmt die Arbeitsunfähigkeit im Alter deutlich zu, so ist vor allem bei den über 45-Jährigen ein signifikanter Anstieg zu beobachten. Besonders häufig krank sind bei den BKKen 55-jährige Maurer und Betonbauer, gefolgt von den Berufen des Landverkehrs und den Reinigungsberufen.¹ Besonders betroffen von psychisch verursachten AU-Tagen sind unter den Männern Telefonisten, Sozialarbeiter und Krankenpfleger, bei den Frauen Telefonistinnen, Kraftfahrzeugführerinnen und Helferinnen in der Krankenpflege. Bei Frauen wie bei Männern ist unter

¹ BKK Faktenspiegel 11/2011, S. 2

den Arbeitslosen die Zahl der AU-Tage wegen psychischer Leiden am höchsten.²

STEUERLICHE FÖRDERUNG

Seit 2009 können Unternehmen ihren Mitarbeitern Ausgaben von bis zu 500 Euro pro Jahr pro Mitarbeiter steuerfrei anbieten, die nicht als geldwerter Vorteil angegeben werden müssen. Die Ausgaben müssen dabei den Kriterien des Präventionsleitfadens der Gesetzlichen Krankenkassen entsprechen. Sie müssen in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Stressvermeidung oder Suchtentwöhnung liegen. Für diese Bereiche gibt es auch Angebote der Primärprävention nach § 20 SGB V. Arztnetze, die solche Kurse ohnehin anbieten, können sie also auch für Betriebliches Gesundheitsmanagement nutzen.

DER PRÄVENTIONSLEITFADEN

Im Bereich Bewegung geht es um Vorbeugung und Reduzierung der arbeitsbedingten Belastungen des Bewegungsapparates. Angesichts der Menge der AU-Tage aus Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems sollten gesundheitsfördernde Maßnahmen das Wissen über körperliche Belastungen und Rückenschmerzen vermitteln, damit die individuelle Verhaltens- und Handlungskompetenz für den Umgang mit Belastungen erlernt werden kann.

Im Bereich der psychosozialen Belastungen geht es um die Förderung der individuellen Kompetenz im Umgang mit Stress am Arbeitsplatz. Als Handlungsfelder werden hier instrumentelles Stressmanagement, kognitives Stressmanagement und palliativ-regeneratives Stressmanagement aufgeführt.

Als Maßnahmen kommen zum Beispiel in Betracht:

- Kurse zum Herz-Kreislauf-Training wie Ausdauertraining, Walking, Nordic Walking
- Programm zum Rückentraining
- Kurse zur Muskelkräftigung
- Kurse zur Stressreduktion

- Kurse zum verantwortlichen Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln
- Raucherentwöhnungsberatung
- Sonstige Suchtberatung

ANGEBOTE VON ARZTNETZEN

Gesundheitstage sind in größeren Unternehmen durchaus schon gängige Praxis – dieses Angebot können auch Arztnetze machen. Parallel sollten Vorträge und verschiedene Stationen mit Informationen, Anschauungsmaterial und z. B. Blutwertmessungen angeboten werden. Außerdem sollten praktische Teile zum Mitmachen einladen – gemeinsamer Rückensport, Entspannungsübungen oder das Zubereiten von gesunden Snacks.

Eine weitere Möglichkeit besteht darin, ein ärztliches betriebliches Gesundheitsmanagement anzubieten. Dies ist zwar aufwendiger, jedoch auch nachhaltiger. So können Mitarbeiter des Unternehmens zum Beispiel diagnostische Leistungen bei den Netzärzten in Anspruch nehmen und sich anschließend beraten lassen. Dieses Vorgehen entspricht der klassischen Verhaltensprävention. Nach der Diagnostik erfolgt ein auf die individuellen Lebensverhältnisse und persönliche Ziele abgestimmtes Programm, wie zum Beispiel Ernährungs- und Bewegungsempfehlungen in den Alltag integriert werden können. Erfahrungsgemäß besitzen Ärzte eine hohe Reputation bei ihren Patienten, was die Compliance deutlich unterstützen kann. Diese Tatsache sollte von Ärzten genutzt werden.

Arztnetze, die im Bereich Prävention schon aktiv sind und Angebote zum betrieblichen Gesundheitsmanagement planen, sollten sich zunächst über die Struktur der Unternehmen in der Region informieren. Gibt es Unternehmen, die noch kein eigenes Angebot haben?

Mit zunehmender Bekanntheit in den Unternehmen wächst die Bekanntheit des Ärztenetzes und trägt zur Markenbildung des Netzes bei, insbesondere wenn beispielsweise die regionale Presse über erfolgreiche Initiativen der Unternehmen im Bereich der Gesundheitsförderung berichtet. Unternehmen wiederum

² BKK Faktenspiegel 11/2011, S. 3

können das Angebot des Gesundheitsmanagements nutzen, um sich bei Bewerbern als attraktiver Arbeitgeber zu positionieren. Gerade vor dem Hintergrund eines zunehmenden Nachwuchsmangels ist dieser Aspekt von Bedeutung.

Das betriebliche Gesundheitsmanagement ist ein Betätigungsfeld, das zunehmend wichtiger wird und das sich Ärzte aus Gründen der Existenzsicherung, aber auch aufgrund ihrer Kompetenz nicht entgehen lassen sollten.

Zentrale Erfolgsfaktoren für die Zusammenarbeit im Arztnetz

Arztnetze sind ebenso verschieden wie zahlreich. Hier sollen die Netze im Mittelpunkt stehen, die ohne einen Kassenvertrag und ohne ein professionelles Management dauerhaft erfolgreich zusammenarbeiten. Erfolg bemisst sich dabei zum Einen am Erreichen der selbst gesteckten Ziele, zum Anderen an der Kontinuität und am Spaß an der Zusammenarbeit.

Aus der vielfältigen Erfahrung der Zusammenarbeit mit Netzen sind zwei Punkte zentral:

- die Definition der richtigen Ziele,
- die Verbindlichkeit der Mitglieder.

ZIELE DEFINIEREN

Bei der Definition von Zielen ist die Formulierung der Ziele nicht unerheblich. Häufig sind Ziele zu diffus formuliert. Eine Hilfe bietet hier das SMART-Prinzip. SMART bedeutet:

Spezifisch
Messbar
Atraktiv
Realistisch
Terminiert

Ein Ziel nach diesen Kriterien zu formulieren, ist nicht trivial, die Formel zwingt zu einigen Überlegungen:

- Ist die Formulierung wirklich spezifisch genug? Wissen alle, was genau erreicht werden soll?
- Ist es wirklich messbar oder werden nur Hilfsgrößen (z.B. schnelles Wachstum) verwendet? Wenn es Hilfsgrößen sind, stellen sie wirklich die richtige Größe dar, um das zu messen, was auch erreicht werden soll?
- Ist das Ziel für alle Beteiligten attraktiv? Haben wirklich alle etwas davon? Oder ist es doch zu unerheblich, sodass der nötige Schwung nicht entsteht, um es anzugehen?
- Ist die Umsetzung wirklich realistisch? Oder geht da die Begeisterung mit den Beteiligten durch?
- Ist der Termin vernünftig gewählt? Kann das Ziel bis dahin erreicht werden?

Mit diesen Fragen ist die Zielformulierung immer wieder zu überprüfen, bis sie die Anforderungen an eine ‚SMARTe‘ Formulierung wirklich erfüllt. Doch die intensive Beschäftigung mit dem Ziel muss noch tiefer gehen. Ist es wirklich das richtige Ziel – ein Ziel, dem alle folgen können?

Um überdies festzustellen, ob das formulierte Ziel auch wirklich in der vorgegebenen Zeit erreichbar ist, sollten insbesondere bei Zielen, die in weiterer Zukunft liegen, Meilensteine gesetzt werden. Meilensteine sind Zwischenziele, die zu einem definierten Zeitpunkt erfüllt sein müssen, damit das Endziel termingerecht erreicht werden kann. Wird ein Meilenstein nicht erreicht, steht das gesamte Ziel in Frage. So kann laufend geklärt werden, ob man bei der Zielverfolgung noch auf dem richtigen Weg ist. Darüber hinaus helfen Meilensteine dabei, das Ziel in seiner Terminierung realistisch einzuschätzen. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen: Wenn innerhalb von einem Jahr 1000 Patienten an den Präventionskursen teilnehmen sollen, heißt das vielleicht, dass jede Praxis 50 Teilnehmer erfolgreich vermitteln muss. Das heißt, dass in einer Praxis mindestens 150 Personen auf die Kurse angesprochen werden müssen. Das bedeutet wiederum, dass die Zielgruppe selektiert wird und eine Routine entstehen muss, damit die erforderliche Zahl zusammenkommen kann. Dazu muss das Pra-

xispersonal eingebunden werden. Damit die Mitarbeiter wissen, was zu tun ist, müssen sie geschult werden. Nur wer durchspielt, wie ein Ziel umzusetzen ist, kann einschätzen, ob es realistisch und attraktiv ist.

VERBINDLICHKEIT HERSTELLEN

Ein erfolgreiches Arztnetz lebt davon, dass sich die beteiligten Ärzte aktiv in die Zusammenarbeit einbringen. Sei es als Teil des Vorstandes, in einer Arbeitsgruppe oder wie im oben beschriebenen Beispiel durch konkrete Arbeit an den Zielen des Netzes im ärztlichen Alltag.

Das Thema Verbindlichkeit hat viele Facetten: Motivation der Mitglieder, Kommunikation der Führungspersonen, Herbeiführen von Veränderungen. In Netzen mit einem Vertrag regeln der Vertrag und das damit verbundene Controlling manche dieser Aufgaben. Doch auch Netze mit einer festen Managementstruktur machen die Erfahrung, dass Kontrolle ohne Motivation oft ins Leere läuft. Meist sind finanzielle Sanktionen die effektivste Motivationsmaßnahme. Netze ohne Vertrag können allerdings nicht mit der Motivation Geld winken – doch auch hier zeigt die Erfahrung: Immaterielle Anreize sind häufig effektiver und nachhaltiger.

MOTIVATION

Die Erkenntnisse aus der Motivationsforschung³ belegen das Phänomen: Der finanzielle Anreiz nützt bei kreativen, komplexen Aufgabenstellungen kaum. Ist eine ausreichende finanzielle Basis vorhanden (und davon können wir bei Ärzten ausgehen), nutzt das Versprechen von „noch mehr“ wenig, um die Motivation zu steigern. Ist dagegen eine innere Motivation vorhanden, sind Menschen zu großen Anstrengungen und Arbeitsleistungen bereit. Wikipedia, Linux, Open Source Software und Ehrenämter sind Beispiele, die funktionieren, obwohl oder gerade weil es keine monetäre Belohnung gibt.

Ähnlich sieht es mit Selektivverträgen und mit Pay-for-Performance-Ansätzen aus, wie die Studie der BQS⁴ gezeigt hat. Finanzielle Anreize funktionieren bei einfachen, direkt zu honorierenden Tätigkeiten, wie zum Beispiel der Steigerung der Impfquote. Das ist eine Routinetätigkeit, die es in das tägliche Handeln aufzunehmen gilt – dabei hilft das Honorar. Bei Verträgen, die komplexere Qualitätsmaßstäbe anlegen, kann dagegen keine eindeutige Wirkung der Vergütung festgestellt werden. Bei einigen Teilnehmern scheint es zu funktionieren, aber ob dies tatsächlich am Geld oder an einer anderen Motivation liegt, ist nicht klar zu bestimmen.

Auch in Arztnetzen gibt es motivierte Ärzte, die die Vorgaben gern erfüllen. Dass sie es wegen des Geldes tun, mag ein Grund sein – aber nicht der entscheidende. Vielmehr sind gerade die motivierten Ärzte überzeugt, etwas Gutes zu tun, etwa weil sie die medizinische Versorgung mitgestalten, ihre Patienten besser versorgen oder bessere Praxisabläufe einführen.

Diese inneren Antreiber sind sehr individuell. Es ist kaum möglich, jedem Teilnehmer eine maßgeschneiderte Argumentation für seine Antreiber zu liefern. Es lohnt sich aber durchaus, über demotivierende Faktoren nachzudenken: Was hält die Mitglieder davon ab, sich stärker zu engagieren? Welche dieser Faktoren können geändert werden?

MIT DEN MITGLIEDERN IM DIALOG

Wenn sich der Vorstand eines Arztnetzes solche Fragen stellt, wird er von seinen Mitgliedern hilfreiche und klärende Antworten bekommen. Um Motivatoren und Demotivatoren zu bestimmen, eignet sich zum Beispiel eine Mitgliederbefragung. Je nach Größe und Kommunikationsweise des Netzes kann diese schriftlich oder als persönliche Befragung durchgeführt werden.

Will das Netz eine anonyme Befragung starten, könnten in verschiedenen Bereichen Fragen nach der

³ Pink, D. H.: Drive. Was Sie wirklich motiviert. Salzburg 2010

⁴ Veit, C. et al.: Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 2012

Wichtigkeit und der Zufriedenheit gestellt werden. Wenn es um eine Einschätzung der Führung des Netzes geht, eignen sich Fragen nach Sachkompetenz, sozialer Kompetenz, Delegation, Umsetzung von Entscheidungen, Offenheit etc. Ebenso kann nach Netzzielen, ökonomischen Aspekten und Kommunikation gefragt werden.

Die Auswertung (siehe Abbildung 2) zeigt dem Netzvorstand dann, um welche Felder er sich vor allem kümmern muss. In Netz A werden die Netzziele beispielsweise von vielen Mitgliedern als wichtig und sehr wichtig eingeschätzt. Gleichzeitig ist die Mehrzahl der Mitglieder unzufrieden oder sehr unzufrieden mit den Zielen. Die Felder, die den Mitgliedern sehr wichtig sind, in denen sie aber unzufrieden sind, sind vermutlich die stärksten Demotivatoren.

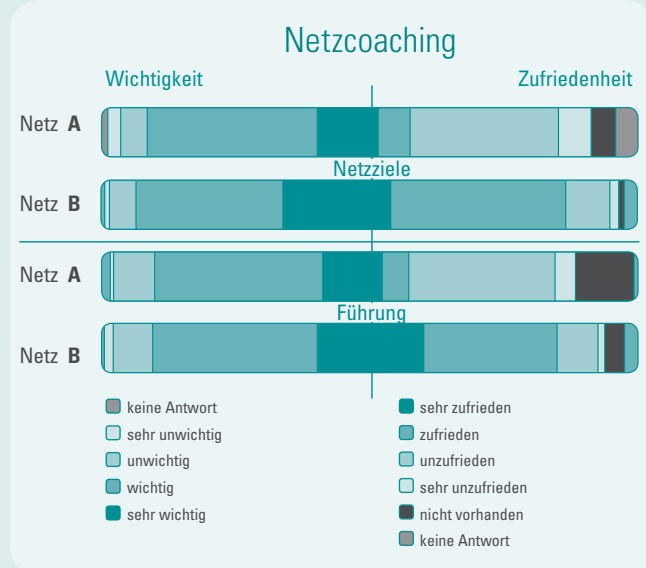


Abbildung 2: Beispiel aus einer Netzbefragung, eigene Darstellung

Die anonyme Befragung gibt Hinweise, aber keine Lösungsvorschläge. Diese gilt es im Dialog mit den Mitgliedern zu entwickeln. Ein Instrument aus der Führungslehre kann dabei helfen: Den Bedarf im Dialog erfragen.⁵ Diese Technik geht davon aus, dass gute Führung nichts mit Charisma oder effektivem ‚Peitschen-Schwinger‘ zu tun hat, sondern mit der

Klärung der Bedürfnisse. Die Führungskraft muss die Arbeitsanforderungen klar formulieren und auf den Führungsbedarf der Mitarbeiter eingehen. Dieser Führungsbedarf kann von Person zu Person und manchmal auch situativ unterschiedlich sein. Manche Mitarbeiter wünschen sich viele Informationen, um den Rahmen ihrer Tätigkeit besser einschätzen zu können. Andere fühlen sich durch eine große Informationsmenge eher von ihrer Arbeit abgehalten. Gibt es in einem Netz große Anteile von beiden Gruppen, ist es sinnvoll, die Sitzungen so zu gestalten, dass beide Bedürfnisse befriedigt werden. Entweder durch zusätzliche rein informative Sitzungen oder durch einen Informationsteil zu Beginn und einen Abstimmungsteil am Schluss. Letzteres erfordert allerdings gutes Zeitmanagement, wenn es dadurch nicht zu weiteren Demotivationen kommen soll.

Der Bedarf und die Demotivatoren der Mitglieder können erfragt werden, indem man folgendes Schema benutzt:

- Wovon brauchen Sie mehr?
- Wovon brauchen Sie weniger?
- Was wünschen Sie sich anders?
- Was kann so bleiben wie es ist?

FAZIT

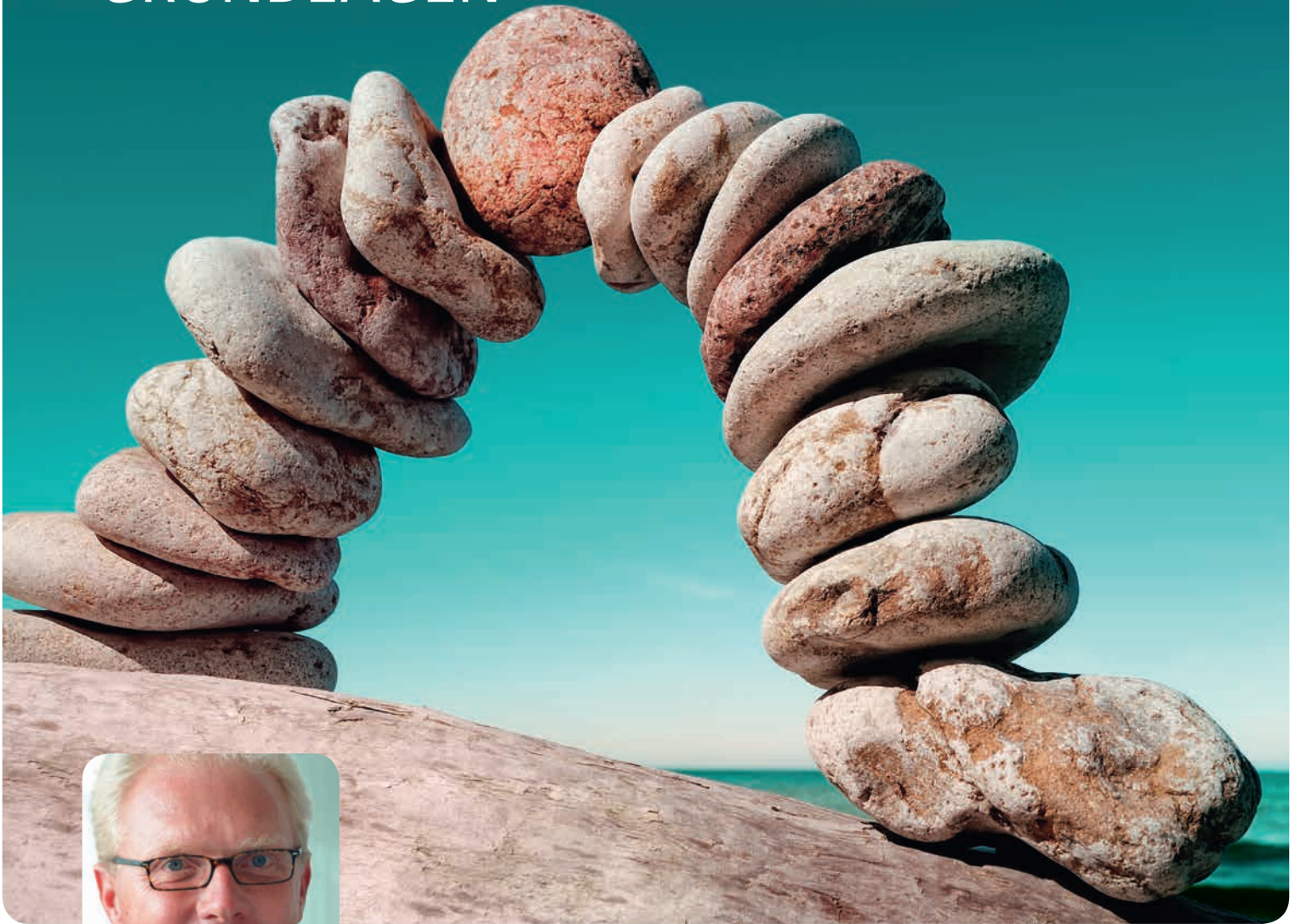
Kooperation ist für Ärzte in der Einzelpraxis eine sinnvolle Ergänzung ihrer Tätigkeit. Sei es, um sich neue Einkommensfelder zu erschließen, um eine bessere medizinische Versorgung sicherzustellen oder um Foren für kollegiale Zusammenarbeit und Austausch zu finden. Das Ziel des Netzes und der individuelle Antrieb für die Teilnahme sollten zusammenpassen, sonst wird es keine befriedigende Teilnahme am Netz geben. Lässt man sich auf die Zusammenarbeit mit wirtschaftlichen Zielen ein, die nicht nur mit einem Selektivvertrag verfolgt werden können, muss das Netz sich auch mit den rechtlichen, betriebswirtschaftlichen und steuerlichen Rahmenbedingungen auseinandersetzen. Funktioniert im Arztnetz etwas nicht, sind alle Beteiligten schnell demotiviert. Denn das Projekt kann noch so gut gestaltet, durchgerechnet und korrekt sein – ob es zum Leben erweckt wird, entscheidet die Motivation der Mitglieder.

⁵ Rummel, M.; Koreng, M.: Führen im Dialog. Denkpausen 10. Management School St. Gallen

2

KAPITEL

RECHTLICHE GRUNDLAGEN



Prof. Dr. Thomas Schlegel,
Rechtsanwalt
Kanzlei für Medizinrecht Schlegel, Hohmann & Partner
Frankfurt a. M.

Was ist bei wirtschaftlichen Unternehmungen des Netzes zu beachten?

I. Was ist ein Arztnetz überhaupt?

1. DAS ARZTNETZ UND BERUFSRECHT

Ärztennetze gibt es seit vielen Jahren und in vielen Regionen Deutschlands, mit unterschiedlichen inhaltlichen Ausprägungen, von hochprofessionell bis zum „Stammtisch“ mit oder ohne gekennzeichnete Rechtsform. Ärztenetze haben zwei wesentlich unterschiedliche Zielrichtungen: sie sind entweder auf das gemeinsame Wirtschaften ausgerichtet, was sich häufig in der Bündelung von Verhandlungsmacht im Einkauf bemerkbar macht (Einkaufsgemeinschaft) und/oder auf bestimmte Versorgungsinteressen ausgerichtet. Meist handelt es sich um eine Mischform der Versorgungs- und der Wirtschaftsinteressen, welche in der Regel regional ausgeprägt sind. Im Berufsrecht sind Kooperationen zwischen Ärzten, die auf einen gemeinsamen oder gleichgerichteten Versorgungsauftrag oder eine andere Art der Zusammenarbeit der Patientenversorgung ausgerichtet sind, in § 23d M-BO (Musterberufsordnung-Ärzte) als „Praxisverbund“ benannt. Das Berufsrecht sieht vor, dass Verträge über einen solchen „Praxisverbund“ der zuständigen Ärztekammer vorgelegt werden müssen. Interessanter Weise sieht das Berufsrecht auch die Möglichkeit der Einbeziehung intersektoraler und fachinterdisziplinärer Leistungserbringer wie Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken und andere Gesundheitsberufe in den Praxisverbund vor. Damit wird berufsrechtlich konstatiert, dass ein Zusammenschluss über das reine Ärztenetz hinaus zu einem Gesundheitsnetz durch § 23d Abs. 3 M-BO anerkannt ist.

2. DAS ARZTNETZ IM SGB V

Auch wenn es oft übersehen wird, so ist die Art und Weise der ärztlichen Berufsausübung hoheitlich ausschließlich durch die Ärztekammer zu regeln, da dieser über das Grundgesetz und die landesspezifischen Heilberufsgesetze die Ausgestaltung der Berufsordnung obliegt. Insoweit können Regelungen des SGB V in diesem Bereich lediglich das Berufsrecht ergänzen, keineswegs jedoch ersetzen oder mit diesem kollidieren. Das Versorgungsstrukturgesetz (VStG) hat 2012 neue Regelungen zur Vergütung von Ärztenetzen antizipiert. Der im VStG erweiterte § 87b SGB V sieht vor, dass Ärztenetze bei Erfüllung bestimmter Kriterien für ihre Mitglieder auch mehr Honorar erwarten können. Auch wenn die Kriterien noch erwartet werden, ist mit Anreizen für regionale Versorgungsnetze zu rechnen. 2013 sollen die Kriterien definiert werden und die regionalen KVen stehen dann vor der Herausforderung, diese anzuwenden. Für vernetzte Versorgungsformen bricht damit eine neue Ära an – wenn sie anerkannt sind.

§ 87b Abs. 2 S. 2 SGB V

...Der Verteilungsmaßstab hat der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen; dabei können auch gesonderte Vergütungsregelungen für vernetzte Praxen auch als ein eigenes Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach § 87a Abs. 3 vorgesehen werden, soweit dies einer Verbesserung der ambulanten Versorgung dient und das Praxisnetz von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt wird.

In Deutschland gibt es seit Jahren eine Vielzahl von Ärztenetzen, welche unterschiedlich (professionell) organisiert sind. Sie erfüllen häufig regional wichtige Aufgaben und werden künftig für die Sicherstellung der regionalen Versorgung wahrscheinlich von besonderer Bedeutung sein. In vielen Gebieten treten die Mitglieder bereits heute an ihre Netze heran, um ein Betreiben ihrer Arztpraxis nach Beendigung des Berufslebens zu überlegen, darüber hinaus organisieren die Netze häufig Patientenmarketing, Terminvergaben, stellen infrastrukturelle und administrative Hilfestellungen ihren Mitgliedern zur Verfügung, organisieren Qualitätszirkel und Behandlungspfade und vernetzen sich mit anderen Heilberufen in der Region. In einigen Netzen läuft dies hervorragend, andere sind jedoch nicht einmal rechtlich richtig organisiert. So hat die Inhomogenität der Ärztenetze einerseits, der regionale Nutzen andererseits zu der Frage der Vereinheitlichung der Vorgaben geführt, die sich nunmehr im Gesetz ausdrückt. Die Agentur für Ärztenetze hat mit der KBV zusammen einen vorläufigen Kriterienkatalog für die Anerkennung eines förderungswürdigen Arztnetzes entworfen, welcher in seiner endgültigen Form 2013 verabschiedet werden soll.

Interessant ist, dass der Honorarverteilungsmaßstab gem. § 87 b Abs. 2 S. 2 SGB V gegenüber solchen kooperativen Behandlungs- und Versorgungsformen Rechnung tragen muss und daher dies keine Option, sondern einen Anspruch darstellt, soweit Netze nach den vorzulegenden Kriterien anerkannt sind.

Die Kriterien sind derzeit in drei Oberpunkte gegliedert, wobei es für den Nachweis der Erfüllung der Kriterien eine Basis-Stufe und eine Nachweisstufe I und II geben wird:

A. VERSORGUNGSZIEL PATIENTENZENTRIERUNG

Inhalt dieses Versorgungsziels sind insbesondere Patientensicherheit, Therapiekoordination und Kontinuität der Versorgung, sowie Empowerment und gemeinsame Entscheidungsfindung mit Patienten, sowie Barrierefreiheit im Netz. Die einzelnen Punkte werden in den unterschiedlichen Nachweisstufen nochmals detaillierter untergliedert.

B. VERSORGUNGSZIEL KOOPERATIVE BERUFS AUSÜBUNG

Vorrangige Kriterien hierbei sind gemeinsame Fallbesprechungen, netzzentrierte Qualitätszirkel, eine sichere elektronische Kommunikation und gemeinsame Dokumentationsstandards, das damit verbundene Informationsmanagement und die Kooperation mit anderen Leistungserbringern. Dies wird für viele Netze eine besondere Herausforderung darstellen, da die Inhomogenität der Kommunikationsinstrumente überwunden werden muss. Gleichwohl beinhaltet die Voraussetzung einer Anerkennung als Netz nicht zuletzt netzadaptierte Behandlungspfade, sowie Fortbildungsinitiativen des Netzes, zu der alle Netzmitglieder einen uneingeschränkten Zugang haben müssen. Nur so wird die Umsetzung von Behandlungspfaden überhaupt verbindlich machbar sein.

C. VERSORGUNGSZIEL VERBESSERTE EFFIZIENZ

Dieses Ziel baut auf den Voraussetzungen der beiden vorgenannten Ziele auf, indem es insbesondere die Versorgungsqualität im Hinblick auf Prozess- und Ergebnisqualität von Behandlungsverläufen avisiert. In diesem Zusammenhang stehen Forderungen nach beschleunigten Diagnose- und Therapieprozessen, Einbeziehung der Patientenperspektive, einem Qualitätsmanagement und nicht zuletzt Wirtschaftlichkeitsverbesserungen. Die besondere Herausforderung wird bei der Umsetzung dieser Ziele wohl sein, dass sich alle Partner und Mitglieder des Netzes auf die entsprechenden konkreten Ziele der einzelnen Punkte werden einigen müssen, denn diese gilt es nachzuhalten und auch ständig sowohl intern, als auch extern zu überprüfen und anzupassen.

3. RECHTSFORM

Praxis-/Ärztenetze können in allen gängigen Rechtsformen firmieren. Um sich als Ärztenetz nach den Kriterien des § 87 b SGB V über die KV-Anerkennung zu qualifizieren, sollte das Netz bereits mindestens 3 Jahre bestehen.

Die Wahl der Rechtsform hängt von der inhaltlichen Ausrichtung und den damit verbundenen Zielen und gegebenenfalls auch Gefahren ab. Grundsätzlich firmieren Arztnetze meist als eingetragener Verein (e.V.), BGB-Gesellschaft (auch GbR bezeichnet), GmbH oder auch als eingetragene Genossenschaft (e.G.). Ein Netz kann in seiner Grundform durchaus auch eine weitere kommerzielle Gesellschaft betreiben, um auch so die Haftungsrisiken für die Gesellschaft, aber auch für die Gesellschaft agierenden Personen als Geschäftsführer oder Vorstände zu reduzieren. So kann beispielsweise eine Arztnetz-GbR durchaus auch eine AG oder GmbH, in der sie alleiniger Gesellschafter ist, betreiben. Diese AG könnte beispielsweise die Betreibergesellschaft einer gemeinsamen Gesundheitsimmobilie sein.

Wichtig zu wissen ist, dass die Haftungsrisiken bei der GbR und dem e.V. für den handelnden Vorstand/ Geschäftsführer sowie die Gesellschafter bzw. Mitglieder hoch sind, da diese nicht beschränkt ist, wie dies bei den anderen (Kapital-)Gesellschaften der Fall ist.

Die unterschiedlichen Rechtsformen und inhaltlichen Ausrichtungen der Ärztenetze ziehen unter Umständen auch unterschiedliche Formen der Besteuerung nach sich, so dass dies neben der rechtlichen Gestaltung ebenfalls berücksichtigt werden sollte.

II. Wirtschaften und Leistungserbringung als Ärztenetz

1. RECHTLICHER ÜBERBLICK DER NEUEN REGELUNGEN

Immer mehr Ärztenetze gehen dazu über, die regionale medizinische Leistungserbringung zu strukturieren und auch maßgeblich zu organisieren. Dabei werden zahlreiche Aktivitäten entfaltet, welche hier nur beispielhaft aufgezeigt werden sollen: Betreiben eines Generikahandels, Beteiligung an einem nicht-ärztlichen Zentrum (z.B. „Bewegungszentrum“ mit

Physiotherapeuten), gemeinsame Behandlung mit Ernährungsberatern, Logopäden, Pflegeberufen und anderen Gesundheitsberufen. Darüber hinaus werden Leistungen des Netzes gegenüber seinen Mitgliedern erbracht, die sich von Patientenschulungen, Zurverfügungstellung von Räumlichkeiten und Geräten über Marketing, Terminvergaben und anderen Serviceleistungen erstrecken.

Der Gesetzgeber hat mit der Verschärfung des § 73 Abs. 7 und des § 128 SGB V erheblich für Unsicherheiten solcher Aktivitäten gesorgt, die viele sinnvolle therapeutische Konzepte neben reinen „Kick-Back-Strukturen“ in eine „Schmuddelecke“ stellen, da neben der medizinischen Leistung damit auch Geld verdient wird. Ein Grund dafür ist eine unglückliche Verquickung eines BGH-Urteils mit den neuen Regelungen und die Zurückhaltung der Ärztekammern zu diesen Themen, welche einer klaren Positionierung der Standesvertretung bedürfte. Die Argumentationen lauten wie folgt:

A. NEUERUNGEN IM SGB V – KOLLISION MIT BERUFSRECHT?

§ 73 Abs. 7 SGB V besagt:

„Es ist Vertragsärzten nicht gestattet, für die Zuweisung von Versicherten ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile sich versprechen oder sich gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren. § 128 Abs. 2 S. 3 gilt entsprechend.“

Zunächst einmal besitzt der Bundesgesetzgeber für eine solche Regelung, welche die Berufsausübung betrifft, keine kollidierende Gesetzgebungskompetenz, da es sich um die Regelungshoheit des Bundeslandes handelt, welches per Heilberufsgesetz diese Regelungsbefugnis jeweils auf die Ärztekammer und damit diesen Teil der Selbstverwaltung übertragen hat. Es wäre wünschenswert, wenn die Ärztekammern sich vom Bundesgesetzgeber diese Regelungsbefugnis nicht aus den Händen nehmen lassen würden, sondern hierzu Stellung beziehen, um die

Therapiefreiheit der Ärzteschaft nicht durch Regelungen des SGB V weiterhin unterwandern zu lassen. Im Berufsrecht sind im Hinblick auf die Therapiefreiheit der Ärzteschaft seit vielen Jahren bereits zentrale Normen verankert, welche insoweit keiner weiteren Regelung bedürfen, denn:

§ 30 M-BO besagt:

„Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, in allen vertraglichen und sonstigen beruflichen Beziehungen zu Dritten ihre ärztliche Unabhängigkeit für die Behandlung der Patienten zu wahren.“

Diese Regelung untersagt keineswegs geschäftliche Beziehungen zu Dritten, sondern stellt klar, dass die ärztliche Unabhängigkeit gewährleistet sein muss. Ist diese gewährleistet, ist eine geschäftliche Beziehung zu Dritten im Umkehrschluss nicht zu beanstanden.

§ 31 M-BO besagt:

- (1) *„Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial oder für die Verordnung oder den Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten ein Entgelt oder andere Vorteile zu fordern, sich oder Dritten versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.“*
- (2) *„Sie dürfen ihren Patienten nicht ohne hinreichenden Grund bestimmte Ärzte, Apotheken, Heil- und Hilfsmittelerbringer oder sonstige Anbieter gesundheitlicher Leistungen empfehlen oder an diese verweisen.“*

Aus beiden Regelungen wird deutlich, dass die Entscheidungsfreiheit der Ärzteschaft nicht durch wirtschaftliche Vorteile zum Nachteil des Patienten beeinflusst werden darf. Dabei dürfen wirtschaftliche Vorteile bei der Entscheidungsfindung nicht im Vordergrund stehen. Nicht damit gemeint ist jedoch, dass Ärzte grundsätzlich keine geschäftlichen Beziehungen zu Dritten unterhalten dürfen, auch wenn diese im gemeinsamen medizinischen Kontext stehen. Zur Verdeutlichung sei an dieser Stelle auf § 23 b

M-BO hingewiesen, welcher ausdrücklich die medizinische Kooperationsgemeinschaft normiert, in welcher Ärzte und Nichtärzte in einer gemeinsamen Gesellschaft Leistungen am Patienten erbringen und insoweit auch wirtschaftlich gemeinsam partizipieren. Die Verweisung eines Arztes an einen bestimmten Leistungserbringer ist auch nicht kategorisch verboten, sondern gemäß § 31 Abs. 2 M-BO immer dann zulässig, wenn es einen „hinreichenden Grund“ – also eine medizinische Begründung – dafür gibt. Wichtig ist, dass Ärzte nicht ohne einen solchen Grund an spezielle Leistungserbringer verweisen. Ist ein Arzt jedoch beispielsweise mit einem spezialisierten Wundpfleger auf die Versorgung chronischer Wunden der Patienten spezialisiert, liegt ein medizinischer Grund für eine Verweisung an diesen Pfleger vor.

Der BGH hat allerdings mit Urteil vom 20.02.2011 (Az: I ZR 111/08) für weitere Unsicherheiten gesorgt, in dem ein HNO-Arzt kategorisch und ungefragt seine Patienten an einen Hörgeräteakustiker verwiesen hatte, an dessen Geschäft der Arzt wirtschaftlich beteiligt war. In der Fachliteratur wurde dieses Urteil vielfach unzureichend wiedergegeben, indem lediglich auf die restriktiven Seiten der richterlichen Argumente eingegangen worden ist. Zunächst einmal bleibt die Möglichkeit einer medizinischen Kooperationsgemeinschaft gem. § 23 b M-BO zwischen Ärzten und anderen Heilberufen weiterhin bestehen – daran ändert das Urteil nichts. Der Kern dieses Urteils besteht jedoch einerseits in der Aufrechterhaltung der Wahlfreiheit des Patienten, sowie andererseits in der Frage der „Spürbarkeit“ der Beeinflussung der Therapieentscheidung durch die wirtschaftliche Beteiligung des Arztes an der nichtärztlichen Leistung. Beide Punkte können jedoch durch sorgfältige Strukturierung eines Leistungsangebotes mit dem Berufsrecht rechtmäßig umgesetzt werden.

Der BGH führte hierzu aus, dass die **Wahlfreiheit** des Patienten bezüglich der Inanspruchnahme des Leistungserbringers entscheidend sei, nicht die Verweisung an sich. Das bedeutet, dass keine ungefragte Verweisung an den Patienten erfolgen darf, sondern dem Patienten erklärt werden müsse, welche nicht-ärztliche Leistung er nach Auffassung des Arztes be-

nötige. Sodann soll der Patient befragt werden, ob er denn einen solchen Leistungserbringer kenne. Der Arzt darf sehr wohl einen Leistungserbringer empfehlen, insbesondere dann, wenn seine Erfahrung, die Koordination und gegebenenfalls auch die Abstimmung in der Therapie eine solche Empfehlung rechtfertigt (s. § 31 Abs. 2 M-BO).

Soweit der Arzt nunmehr an der Leistung des anderen Heilberufers wirtschaftlich partizipiert (üblicherweise aufgrund einer medizinischen Kooperationsgemeinschaft an den Gewinnen, die gemeinsam erwirtschaftet werden), hat der BGH hierfür Kriterien aufgestellt, welche als „Spürbarkeitstheorie“ verstanden werden könnten. Der BGH geht insoweit von einer wirtschaftlichen Beeinflussbarkeit des Arztes in seiner Therapieentscheidung dann aus, wenn durch diese Entscheidung die finanziellen Anreize in einem **spürbaren Maße** entstehen. Mit anderen Worten, je größer der Gewinnanteil in einer solchen Gemeinschaft im Verhältnis zum „Kerngeschäft“ Arztpraxis ist, umso größer die Gefahr, dass sich der Arzt in seiner Entscheidung dadurch beeinflussen ließe und damit die ärztliche Unabhängigkeit in Gefahr geriete. Folgt man der Auffassung des BGH, bedeutet dies, dass der Arzt nur eine geringfügige wirtschaftliche Beteiligung an einer fremden, nichtärztlichen Leistung im Verhältnis zum eigenen „Kerngeschäft“ haben darf. Wie hoch diese im Einzelfall sein darf, lässt der BGH leider offen. Diese Beteiligungsbeschränkung kann jedoch nicht das ärztliche Berufsrecht an sich einschränken, das gerade die medizinische Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Nichtärzten explizit erlaubt, insbesondere, wenn diese in Form einer medizinischen Kooperationsgemeinschaft in eigener Rechtsform ausgeübt wird. Es ist daher davon auszugehen, dass das Urteil des BGH insbesondere diejenigen Fälle betrifft, in denen der Arzt gegenüber dem Patienten seine Beteiligung nicht offen gelegt hat.

Insoweit ist festzuhalten, dass Ärzte grundsätzlich weiterhin mit Nichtärzten zusammenarbeiten dürfen. Sie dürfen auch wirtschaftlich voneinander partizipieren, indem Sie in Form einer medizinischen Kooperationsgemeinschaft gemeinsame Leistungen erbrin-

gen und Kosten und Gewinne untereinander teilen. Ärzte dürfen ihren Patienten nicht die Wahlfreiheit nehmen, wenn sie sie an ihre eigene medizinische Kooperationsgemeinschaft verweisen, sondern müssen den oben genannten Kriterien entsprechen. Für Ärzte bedeutet dies, dass die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Nichtärzten nach § 23b M-BO auf der Basis folgender Kriterien erfolgen sollte:

- Zusammenschluss nur mit akademischen/staatlich anerkannten Gesundheitsberufen (Heilpraktiker fallen nicht darunter),
- in der Rechtsform einer BGB-Gesellschaft oder Partnerschaftsgesellschaft,
- es müssen gemeinsam oder ergänzende, diagnostische oder therapeutische Leistungen (Prävention, Heilbehandlung Reha) durch
- räumliches Zusammenwirken erbracht werden.

Auch ein Arztnetz kann eine medizinische Kooperationsgemeinschaft mit nichtärztlichen Gesundheitsberufen eingehen. Es gelten für Netze dieselben Voraussetzungen, wie für den einzelnen Arzt in der gemeinsamen Leistungserbringung gegenüber dem Patienten, sowie auch im Hinblick auf die Teilung von Kosten und Gewinnen.

B. RESTRIKTIONEN IN DER ZUSAMMENARBEIT MIT DRITTEN – § 128 SGB V

Insoweit verwundert der neue § 128 SGB V („**Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten**“), der eine erhebliche Restriktion der Zusammenarbeit mit Dritten darstellt und welcher gerade bei Ärztenetzen zu erheblichen Unsicherheiten geführt hat. Auch hier gilt, dass die Regelungen des § 128 SGB V die ärztliche Berufsausübung betreffen und damit nicht der Regelungshoheit des Bundesgesetzgebers, sondern der zuständigen Ärztekammer unterliegen. Kritiker dieser Auffassung betonen feinfühlig, dass hier nicht die ärztlichen, sondern die vertragsärztlichen Pflichten geregelt werden. Dies ist zwar richtig, jedoch wiegt das Berufsrecht bei Kollisionen mehr, als das SGB V. Soweit demnach § 128 SGB V gegen Berufsrecht verstößt, tritt er hinter dieses. Neben Ärzten sind alle Dritten Leistungserbrin-

ger Adressaten dieser Norm, welche vorrangig Transparenz in der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Nichtärzten zum Ziel hat. Dies ist erstaunlicher Weise durch die Inkonsequenz der Regelung gegeben, indem alle in § 128 SGB V genannten Restriktionen dann keinen Einschränkungen mehr unterliegen, wenn mit Krankenkassen ein Direktvertrag geschlossen worden ist. Damit wird deutlich, dass es sich bei der Neuerung um einen Kontrollmechanismus der Krankenkassen gegenüber der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und nichtärztlichen Leistungserbringern handelt.

Verkürzt wiedergegeben regelt **§ 128 SGB V** folgende Inhalte:

(2)[...] Leistungserbringer dürfen Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln gewähren. [...]Unzulässige Zuwendungen im Sinne des Satzes 1 sind auch die

- *unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und*
- *Durchführung von Schulungsmaßnahmen,*
- *die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder*
- *die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie*
- *Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen können.*

(4a) (sinngemäß i. V. m. Abs. 6 S. 2) Krankenkassen dürfen mit Leistungserbringern und Vertragsärzten Direktverträge schließen (=> keine Einschränkungen mehr)

(5a) Vertragsärzte, die unzulässige Zuwendungen fordern oder annehmen oder Versicherte zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung an Stelle der ihnen zustehenden Leistung der gesetz-

lichen Krankenversicherung beeinflussen, verstoßen gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten.

(5b) Die Abs. 2, 3, 5 und 5a gelten für die Versorgung mit Heilmitteln entsprechend.

Für die Praxis bedeutet dies im Kern eigentlich nichts Neues, da Vertragsärzte dem ärztlichen Berufsrecht unterliegen und die Tatbestände des § 128 SGB V bereits im Berufsrecht geregelt sind. Zuwendungen jeder Art, denen keine originäre ärztliche Leistung gegenüber steht und welche geeignet sind, das Ordnungsverhalten zu beeinflussen, sind durch das Berufsrecht bereits strikt verboten – § 128 SGB V gibt neben der berufsrechtlichen Sanktion nunmehr auch der Selbstverwaltung der KV ein Sanktionsinstrument in die Hand, das bei einem Verstoß gegen die vertragsärztlichen Pflichten die vertragsärztliche Zulassung gefährden kann.

Die unter § 128 Abs. 2 SGB V genannte Aufzählung stellt für den einzelnen Arzt jedoch durchaus eine Gefahr dar, da unklar ist, wie sich die zuständige KV verhält. Ein Ausweg für den einzelnen Arzt ist die oben genannte medizinische Kooperationsgemeinschaft bei einer gemeinsamen Leistungserbringung. Allerdings sind einige KVen nicht auf diese Form der Leistungserbringung eingestellt.

2. NICHTMEDIZINISCHE LEISTUNGEN

Arztnetze können im Hinblick auf § 128 SGB V eine entscheidende Rolle spielen, indem die unter § 128 Abs. 2 SGB V genannten Aufzählungen durch das Arztnetz und nicht durch die einzelnen Ärzte selbst durchgeführt werden. Die Durchführung von Schulungsmaßnahmen, sowie Apparategemeinschaften und (verbilligte) Überlassung von Geräten, Räumen etc. eines Arztnetzes gegenüber dessen Mitgliedern stellt keinen Verstoß gem. § 128 SGB V dar. Sanktioniert sind hingegen Leistungen nichtärztlicher Dritter an Ärzte nach der obigen Aufzählung.

Es bestehen insofern keine berufsrechtlichen Restriktionen, wenn sich Ärztenetze an kommerziellen, nicht-medizinischen Leistungen beteiligen. Das Betreiben einer gemeinsamen Gesundheitsimmobilie wurde bereits genannt, aber auch das gemeinsame Marketing, die Instandhaltung von Infrastruktur und Software, das gemeinsame Einkaufen von Praxisbedarf, Versicherungen, Strom, etc. es stellt auch dann kein Problem dar, wenn die gemeinsame Gesellschaft mit diesen Aktivitäten Gewinne erwirtschaftet. § 128 SGB V greift hier ebenso wenig, wie berufsrechtliche Regelungen. Selbstverständlich dürfen Netzärzte keine Zuwendungen aus den erwirtschafteten Gewinnen des Arztnetzes erhalten, soweit dies in einem Zusammenhang mit Überweisungen oder anderen berufsrechtlich verbotenen Tatbeständen steht. Mit anderen Worten: ein Arztnetz darf nicht zur Umgehung von „Kick-Back-Strukturen“ missbraucht werden.

3. MEDIZINISCHE LEISTUNGEN

A. PHARMAHANDEL

Einige Ärztenetze sind bereits früh dazu übergegangen, einen eigenen Generikahandel mit einer eigens dafür gegründeten Gesellschaft zu betreiben. Diese Gesellschaft erwirtschaftet Gewinne aus dem Ordnungsverhalten der Netzmitglieder und der Einkaufsmarge des Arzneimittels. Die Rechtmäßigkeit einer solchen Aktivität ist umstritten. Einerseits ist das Ziel einer solchen Gesellschaft, den verordnenden Ärzten durch Generikaverordnungen einen eigenen „Verordnungspuffer“ zu verschaffen, andererseits mit den Verordnungen auch entsprechende Gewinne in der Gesellschaft zu erwirtschaften, welche an das Netz ausgeschüttet werden können, um dort andere Aktivitäten (Qualitätszirkel, Fortbildungen etc.) zu finanzieren. Gleichwohl besteht die Besorgnis, die ärztliche Unabhängigkeit in der Therapieentscheidung würde durch (in diesem Falle) indirekte finanzielle Anreize beeinträchtigt werden. Soweit Gewinne dieses Unternehmens an die beteiligten Ärzte ausgeschüttet werden, dürfte ein Verstoß gegen § 31 M-BO, sowie gegen § 128 SGB V vorliegen. Das Berufsrecht schließt jede Zuwendung (s. o.) im Gegenzug zur Verordnung

kategorisch aus, so dass es auf die Frage der Rechtswidrigkeit nach § 128 SGB V nicht ankommt.

Insoweit ist das Betreiben eines Pharmahandels durch ein Arztnetz nur dann als problematisch einzustufen, soweit die erwirtschafteten Gewinne an die verordnenden Netzmitglieder direkt oder indirekt ausgeschüttet werden. Werden die Gewinne hingegen unabhängig von den Verordnungen verwendet (z. B. für Patientenschulungen, regionale Versorgung o. ä.), stellt dies weder einen Verstoß gegen § 128 SGB V, noch gegen § 31 M-BO dar.

B. SICHERSTELLUNG DER VERSORGUNG – BETREIBEN VON ARZTPRAXEN

Die regionale Sicherstellung der ärztlichen Versorgung könnte künftig für Ärztenetze eine wichtige Rolle darstellen. Einerseits werden Ärztenetze immer häufiger von abgabewilligen Mitgliedern befragt, ob das Netz ihre Praxis übernehmen und betreiben wolle, andererseits mag es künftig auch im Hinblick auf den regional drohenden Ärztemangel und die Sicherstellung der Versorgung sinnvoll sein, Ärzte als Ärztenetz anzustellen. Bislang ist es noch nicht möglich, dass Ärztenetze direkt eine Praxis übernehmen und betreiben, sowie gegebenenfalls auch Ärzte anstellen dürfen. Soweit allerdings die oben beschriebene Leistungserbringer-Eigenschaft eines Arztnetzes anerkannt wird, können regionale Netze durchaus Praxen betreiben und Ärzte anstellen. Das Netz würde damit in eine erweiterte Funktion der Sicherstellung hineinwachsen, so dass es außerdem denkbar ist, seitens der KV die lokale Sicherstellung der Versorgung als Arztnetz zu gewährleisten.

So verlockend eine solche Aussicht für Netze sein mag, sollte jedoch nicht übersehen werden, dass dies einen erheblichen Kapitalbedarf, sowie ein erhöhtes Haftungsrisiko der Gesellschaft des Arztnetzes nach sich zieht, welche es abzusichern gilt. Dasselbe betrifft die Übernahme eines Sicherstellungsauftrages, da hiermit gegebenenfalls das Kostenrisiko auf das Netz übergeht. Solche Konzepte bedürfen insoweit sorgfältiger Planung und einer professionellen Umsetzung und Begleitung.

C. TEILNAHME AN SELEKTIVVERTRÄGEN – ARZTNETZ ALS MANAGEMENTGESELLSCHAFT

Ein Arztnetz ist prädestiniert, an Versorgungsverträgen mit Krankenkassen teilzunehmen, diese zu initiieren und zu managen. Dabei können alle gängigen Arten von Selektivverträgen abgeschlossen werden, wobei sich Verträge der integrierten Versorgung nach § 140a ff SGB V oder Verträge der besonderen ambulanten Versorgung nach § 73c SGB V gerade im Hinblick auf die Versorgung chronisch kranker Patienten anbieten. Außerdem ist es dabei möglich, sektorenübergreifende Versorgung auch dauerhaft als regionales Netzwerk sicherzustellen. Dies betrifft insbesondere die großen Volkskrankheiten Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, COPD/Asthma, Depression und alle damit verbundenen Morbiditäten (chronische Wunden etc.). Eine Fokussierung auf eines oder mehrere dieser Krankheitsbilder hat den Vorteil, dass eine Vielzahl von Netzmitgliedern aufgrund der Heterogenität der notwendigen Leistungen partizipieren kann. Aber auch andere Leistungen können derzeit mit Krankenkassen gerade als regionales Arztnetz erfolgreich verhandelt werden, soweit sie innerhalb des Netzes angeboten werden, wie beispielsweise die spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b und § 132d SGB V, sowie Vorsorgeleistungen nach § 25 SGB V.

Üblicherweise tritt das Arztnetz dabei als Managementgesellschaft auf, welche einen Rahmenvertrag mit einer Krankenkasse verhandelt und abschließt. Jedes Netzmitglied tritt dann auf der Basis dieses Vertrages diesem bei. Dies ist insoweit von Vorteil, als dass das Netz eine Reihe von Serviceleistungen auf der Basis dieses Vertrages erbringen kann, vor allem aber die ärztliche Leistung aus dem Vertrag nicht als Gesellschaft schuldet, sondern jeder einzelne beigetretene Arzt letztlich gegenüber Krankenkasse und Patient für seine eigene Leistungserbringung verantwortlich ist. Dies ist auch aus Haftungsgründen wichtig, da die Gesellschaft nicht für Schlechtleistungen ihrer Mitglieder eintreten kann und sollte. Es ist dabei durchaus auch üblich, dass die Managementgesellschaft für ihre Leistungen vergütet wird (z. B. in Form einer Servicepauschale oder einer prozentualen Ge-

bühr des durch sie geleiteten Umsatzes). Die Netzgesellschaft übernimmt üblicherweise auch das Vertragsmanagement der beitretenden Ärzte und Patienten. Es ist übrigens auch für die Mitgliederwerbung möglich, entweder nur Netzmitglieder an einem solchen Vertrag teilnehmen zu lassen, oder aber Nichtmitgliedern des Netzes zwar die Partizipation an einem solchen Vertrag nicht zu verweigern, jedoch höhere Servicegebühren als Gesellschaft für die Abwicklung der Leistungen zu verlangen.

Wichtig ist zu erwähnen, dass die Vergütungen der an einem Versorgungsvertrag Beteiligten vertraglich im Innenverhältnis geregelt und aufgeteilt werden. Erbringen beispielsweise Ärzte und Nichtärzte gemeinsam im Rahmen eines Vertrages der integrierten Versorgung Leistungen, können sie entweder einzeln oder gemeinsam pauschal vergütet werden – die Verteilung der Vergütung im Innenverhältnis ist den Vertragspartnern überlassen. Im Rahmen von Selektivverträgen ist dies übrigens keinerlei Diskussionspunkt, hingegen tauchen die Diskussionen um den § 128 und § 73 Abs. 7 SGB V außerhalb solcher Verträge trotz derselben Leistungen auf. Tatsächlich ergeben sich bei guten Selektivverträgen keine berufs- oder sozialrechtlichen Fragen, da die Leistungen zumeist im Rahmen eines Behandlungspfades und auch die Gegenleistung der Vergütung festgelegt werden. Insoweit stellt sich die Frage der eines unzulässigen „Kick-Backs“ zwischen Ärzten und Nichtärzten nicht.

An dieser Stelle sei jedoch angemerkt, dass es beim Vorhandensein klar definierter Leistungen und Gegenleistungen (Vergütung) nicht auf das Bestehen eines Selektivvertrages ankommt, sondern auch außerhalb von Direktverträgen berufs- und sozialrechtliche Unbedenklichkeit besteht. Dies verkennen zuweilen regionale KVen und Ärztekammern, indem sie denselben Sachverhalt mit zweierlei Maß messen. Hier ist dringend Klärungsbedarf gegeben, da die sozial- und berufsrechtliche Bewertung sich nicht verändert, je nachdem, welcher Kostenträger für die Leistung aufkommt. Dieses Missverständnis führt in einigen KV- und Kammerbezirken zu Rechtsunsicherheiten bei der Umsetzung regionaler Versorgungsstrukturen.

D. KOOPERATION MIT BZW. ANSTELLUNG NICHTÄRZTLICHER GESUNDHEITSBERUFE

Für eine Reihe von Versorgungsleistungen ist eine dauerhafte Einbindung nichtärztlicher Gesundheitsberufe überaus sinnvoll, jedoch häufig für die einzelne Arztpraxis eher unwirtschaftlich. Dies kann sich beispielsweise auf Diabetesassistenten, spezialisierte Wundfachpfleger, Ernährungsberater, Physiotherapeuten, Logopäden sowie andere staatlich anerkannte Heil- und Gesundheitsberufe beziehen. Eine Anstellung dieser Gesundheitsberufe ist häufig nur in der Gemeinschaft eines Arztnetzes sinnvoll. Üblicher als die Anstellung dürfte die Kooperation mit externen, meist selbständigen Gesundheitsberufen sein. Dabei schließt die Netzgesellschaft einen Kooperationsvertrag mit dem jeweiligen Gesundheitsberuf und bindet diesen in die regionale Versorgung ein. Hierfür kann das Netz durchaus auch von dem kooperierenden Partner ein Entgelt für Service- bzw. Marketingleistungen erheben, was allerdings nicht im Zusammenhang mit der Zuweisung von Patienten stehen sollte. Ärzte wiederum dürfen für die zugewiesenen Patienten selbstverständlich keine Zuwendung erhalten (s. o.).

Stellt ein Arztnetz nichtärztliche Gesundheitsberufe an und erbringen diese dann Leistungen gegenüber dem Patienten, ist das Netz Vertragspartner des Patienten und rechnet diese Leistungen gegenüber dem Patienten ab. Soweit es sich um reine Privatleistungen handelt, findet § 128 SGB V keine Anwendung. Berufsrechtlich ist das oben unter II.1. Dargestellte zu beachten. Es dürfen keine zuweisungsrelevanten Zahlungen an Ärzte fließen, welche ihre Patienten in diese Leistungserbringung zuweisen (selbstverständlich unter Wahrung der freien Wahl des Leistungserbringers). Soweit es sich um GKV-Leistungen handelt, ist jedoch Vorsicht geboten. Hier spielt einerseits § 128 SGB V eine Rolle (dann ist das unter II.1. Dargestellte zu beachten), andererseits ist bei delegierbaren Leistungen, die als ärztliche Leistungen abgerechnet werden sollen, vorher mit der KV zu klären, ob diese Konstellation der Leistungserbringung und Abrechnung akzeptiert wird, da es große Unterschiede bei der Bewertung dieser Leistungen durch die jewei-

ligen KVen gibt. Einige KVen stellen sich nämlich auf den Standpunkt, dass delegierbare Leistungen grundsätzlich nur durch angestellte nichtärztliche Leistungserbringer in einer Praxis erbring- und damit abrechenbar sind. Insoweit ist regional zu klären, ob die Anstellung eines nichtärztlichen Gesundheitsberufes, welcher für das Arztnetz arbeitet, auch im Hinblick auf die Abrechenbarkeit von GKV-Leistungen als zulässig anerkannt wird.

E. BETREIBEN MEDIZINISCHER, NICHTÄRZTLICHER EINRICHTUNGEN

Ein Streitpunkt insbesondere im Hinblick auf § 128 SGB V stellt das Betreiben einer Gesundheitseinrichtung durch ein Arztnetz dar, in welchem Patienten der Mitgliederärzte behandelt werden. Dabei kann es sich beispielsweise um ein Bewegungszentrum, ein Ernährungs- oder Pflegezentrum handeln, in welchem nichtärztliche Leistungserbringer für das Ärztenetz spezialisierte Leistungen erbringen. Das Arztnetz ist Gesellschafter dieser Einrichtung und betreibt sie. Die Mitglieder des Ärztenetzes sind insoweit indirekt über das Arztnetz an dieser Leistungserbringung beteiligt und schicken (nach den oben genannten Kriterien unter Berücksichtigung der Wahlfreiheit des Patienten) ihre Patienten in dieses Zentrum. Das Zentrum sollte aus Haftungs-, sowie auch aus steuerlichen Gründen eine eigene Rechtspersönlichkeit sein (in vielen Fällen bietet sich dazu eine GmbH an), welche Vertragspartner der Leistungserbringung für die Patienten ist. Das Zentrum rechnet insoweit die Leistungen dann gegenüber dem Patienten (privat) oder der Krankenkasse (gesetzlich) ab.

Ärzte, welche ihre Patienten zur Behandlung unter Beachtung der Wahlfreiheit in dieses Zentrum weisen, sollten aus berufs- und sozialrechtlichen Gründen (s.o.) kein Entgelt oder andere Zuwendungen erhalten, welche im Zusammenhang mit der Zuweisung der Patienten stehen. Es ist derzeit noch vereinzelt umstritten, ob solche Versorgungsstrukturen gegen Berufs- oder Sozialrecht verstoßen, soweit die Ärzte direkt oder indirekt an Gewinnen solcher Einrichtungen beteiligt sind.

Einige Ärztekammern und KVen neigen dazu, solche Versorgungsmodelle insbesondere dann abzulehnen, soweit es sich um private Leistungen handelt, die die Patienten selbst bezahlen. Gleichsam werden jedoch dieselben Versorgungsstrukturen als zulässig erachtet, soweit sie auf der Basis eines Direktvertrages mit Krankenkassen basieren. Diese Betrachtung ist logisch inkonsistent und misst denselben Tatbestand mit zweierlei Maß. Nicht selten wird – auch von Ärztekammern – davon ausgegangen, dass die Krankenkasse, welche einen solchen Versorgungsvertrag abgeschlossen habe, die rechtlichen Voraussetzungen geprüft und für zulässig erachtet habe. Abgesehen davon, dass eine solche Bewertung der Ärztekammer und nicht dem Kostenträger obläge, offenbart sich hier der objektive Nachholbedarf einigen Ärztekammern und KVen, da diese Versorgungsstrukturen (insbesondere für die Versorgung chronisch kranker Patienten) immer wichtiger werden.

Berufs- und sozialrechtlich sollte allgemeine Klarheit darüber herrschen, dass Versorgungsmodelle, welche insbesondere mit Unterstützung von Ärztenetzen einen wichtigen Beitrag für die regionale Gesundheit der Bevölkerung leisten, auch dann zulässig sind, wenn sie Gewinne erwirtschaften. Ärzte dürfen – auch unter Berücksichtigung der unter II.1. dargestellten BGH-Rechtsprechung – durchaus auch an Gewinnen beteiligt werden, soweit die Beteiligung unabhängig von dem Umfang der Zuweisung ihrer eigenen Patienten ist. Dies ist gerade durch ein Arztnetz gewährleistet, welches bestimmte Versorgungsstrukturen betreibt, in welche Ärzte nach den oben genannten Kriterien der Wahrung der Wahlfreiheit des Patienten diese dorthin verweisen.

Soweit in Einzelfällen Gegenargumente der Selbstverwaltung als unzutreffend und „dünn“ erscheinen und sich gegebenenfalls der Eindruck einer aus anderen Motiven entstandenen Blockadehaltung aufdrängt, ist regional zu entscheiden, ob eine transparente und medizinisch für den Patienten Mehrwert schaffende Versorgung dennoch umgesetzt wird und ein entstehender rechtlicher Streit tatsächlich ausgehalten bzw. ausgetragen wird. Denn gerade in den Fällen, in denen die Verhinderungsargumente der örtlichen Selbstverwaltung substanzlos sind, wird sich

eine sinnvolle regionale Versorgung kaum verhindern lassen. Dies kann gerade mit Unterstützung eines regionalen Ärztenetzes und dessen Patienten gezeigt werden.

III. Ausblick und Erwartungen an Ärztenetze

Ärztenetzen kommt in Zukunft eine immer wichtigere Bedeutung zu. Dies äußert sich einerseits in der Bündelung von Leistungen zum Patientenwohl und der Sicherstellung der ambulanten Versorgung der Region, andererseits aber auch in der Wertschöpfung für die Netzmitglieder selbst. Neben der künftigen Aussicht auf Anerkennung als Leistungserbringer des Ärztenetzes stehen damit viele Möglichkeiten offen, um auch regional notwendige und sinnvolle Versorgungsmodelle entstehen zu lassen, aber auch um die regionale Freiberuflichkeit der tätigen Ärztinnen und Ärzte zu gewährleisten. Als Leistungserbringer könnten Ärztenetze dann tatsächlich Praxen übernehmen und betreiben, Ärzte anstellen, sowie in die Selbständigkeit begleiten. Die Verhandlung und das Betreiben von Selektivverträgen mit Krankenkassen fällt als Arztnetz viel leichter, als durch jeden einzelnen regionalen Arzt und ist im Übrigen auch geeignet, Patienten in der regionalen Versorgung zu halten. Dies stellt auch gegenüber anderen Leistungserbringern der Region einen werthaltigen Vorteil dar, da es zur Stabilisierung des regionalen ambulanten Leistungsangebotes beitragen kann.

Die kooperative, interdisziplinäre Berufsausübung innerhalb eines regionalen Ärztenetzes birgt eine Reihe von Vorteilen für Netzmitglieder und Patienten, die sich auch für das Netz und dessen Mitglieder wirtschaftlich positiv äußern können. Die Hürden einer Netzanerkennung für die Befähigung des Netzes, um eine Berücksichtigung im Honorarverteilungsmaßstab zu erhalten, sind für bislang bereits gut organisierte Netze ohnehin sinnvoll. Tatsächlich stellen sie für die Prozess- und Ergebnisqualität der Patientenversorgung eine Art „strukturierte Checkliste“ dar, die

es zu erfüllen lohnt, selbst wenn nicht unmittelbar mit einer Anerkennung als förderungswürdiges Ärztenetz zu rechnen ist. Die strukturierte Vernetzung und regionale Organisation ärztlicher Leistung stärkt die Verbindlichkeit der Zusammenarbeit, sowie auch die Verhandlungsmacht und kann in Zeiten künftigen Ärztemangels zu einer Stabilisierung des Leistungsangebotes medizinischer Leistungen vor Ort führen. Dies wird – so ganz nebenbei – auch eine positive Auswirkung auf den Praxiswert der Mitgliederpraxen haben.

Die Kooperation mit nichtärztlichen Gesundheitsberufen wird künftig eine noch wichtigere Rolle spielen. Dabei können insbesondere Ärztenetze eine wirtschaftliche sinnvolle Umsetzung gewährleisten, sowie auch mit der finanziellen Seite der Leistungserbringung im Zusammenhang stehenden berufs- und sozialrechtlichen Fragen Antworten liefern, die Wirtschaftlichkeit und Ethik in der Versorgung in Einklang bringen. Das Betreiben von ärztlichen Gesundheitszentren ist dabei ebenso wichtig und interessant, wie auch das Betreiben von nichtärztlichen Versorgungsstrukturen und –zentren durch das Ärztenetz selbst. Voraussetzung aller Versorgungsstrukturen ist ein medizinischer Mehrwert für Patienten – sowohl im privaten, wie auch gesetzlichen Leistungssystem.

Die Gefahr einer falschen ärztlichen Entscheidung zu Lasten des Patienten durch falsche wirtschaftliche Anreize hat es schon immer gegeben – aus diesem Grund ist das Berufsrecht so wichtig und die Kammern sind aufgerufen, diese Regelungshoheit mit Augenmaß auf die modernen Notwendigkeiten und Bedürfnisse sowohl der Patienten, als auch ihrer Mitglieder auszuüben. Die Rechtsprechung des BGH und die Verschärfung des § 128 und des § 73 Abs. 7 SGB V hat zu vielerlei Unsicherheiten geführt. Diese Unsicherheiten können durch Ärztenetze und einer Strukturierung regionaler Versorgungssysteme überwunden werden, wenn die Wahlfreiheit des Patienten respektiert (und dokumentiert) wird, sowie die Zuweisung von Patienten in keinem direkten Zusammenhang mit Vergütungsanreizen steht.

Ärztenetze sollten sich bei ihren jeweiligen Vorhaben mit der zuständigen Ärztekammer und KV zur Erörterung der Chancen und Risiken einer medizinisch sinnvollen Versorgung für lösungsorientierte Möglichkeiten zusammenfinden. Soweit sie auf eine ablehnende Haltung treffen, die mehr auf der Motivation der Besitzstandswahrung, denn der haltbaren Argumente basiert, kann überlegt werden, ob die Versorgung dennoch umgesetzt und eine streitige Klärung herbeigeführt wird – dies ist ein normaler Vorgang in Zeiten von Veränderung. Wünschenswert ist die Zusammenarbeit zwischen Ärztekammer, KV und Ärztenetzen, um allein schon deren Satzungszweck dienlich zu sein: das Gemeinwohl und die Versorgung der Patienten zu fördern und sicherzustellen.

Kontakt:

*Prof. Dr. Thomas Schlegel, Rechtsanwalt
Kanzlei für Medizinrecht Schlegel, Hohmann & Partner
Hanauer Landstraße 328–330
60314 Frankfurt
Tel.: +49 (0) 69 43 05 96 00
E-Mail: Thomas.Schlegel@MedizinRecht.de
www.GesundheitsRecht.com*

STEUERLICHE GRUNDLAGEN



Dr. Jens-Peter Damas,

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Steuerrecht

ETL ADVISION

Steuerberatungsgesellschaft AG, Berlin

Ärztenetze als Präventionszentren

Praxisnetze eröffnen Ärzten große Gestaltungsspielräume für ihre Zusammenarbeit. Neben den lose geknüpften Netzen gewinnen Praxisnetze auf gesellschaftsvertraglicher Grundlage eine immer größere Bedeutung. Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung wird die Vernetzung der niedergelassenen Vertragsärzte im Rahmen von Strukturverträgen nach § 73 a SGB V und von Modellvorhaben nach den §§ 63 ff. SGB V gefördert. Die gemeinsame ärztliche Tätigkeit ermöglicht einen kollegialen Austausch und generiert organisatorische und wirtschaftliche Vorteile. Eine Zusammenarbeit im Rahmen von Ärztenetzen bietet sich daher auch im Bereich der Gesundheitsprävention und der Betrieblichen Gesundheitsförderung an.

Neben ggf. bestehenden berufsrechtlichen Beschränkungen sind bei der Gründung von Praxisnetzen insbesondere gesellschafts- und steuerrechtliche Aspekte zu berücksichtigen. Dabei hängt die steuerliche Behandlung in der Regel davon ab, wie das Netzwerk organisiert ist und in welcher Rechtsform es betrieben wird. Zu beachten sind vor allem umsatzsteuerliche und ertragsteuerliche Aspekte.

I. Organisationsgemeinschaft versus Berufsausübungsgemeinschaft

Ärzte kooperieren aus verschiedensten Gründen in Netzwerken. In welcher Rechtsform ein Ärztenetz betrieben wird, ist insbesondere davon abhängig, ob es sich bei dem Netzwerk lediglich um eine Organi-

sationsgemeinschaft handelt oder ob eine gemeinschaftliche Berufsausübung beabsichtigt ist.

1. NETZWERK ALS ORGANISATIONS-GEMEINSCHAFT

Organisationsgemeinschaften nutzen medizinische Geräte und Apparate, aber auch Personal gemeinschaftlich, um durch eine effizientere Auslastung Kosten zu sparen und betriebswirtschaftliche Synergieeffekte zu erzielen. Netzwerke in Form einer Organisationsgemeinschaft dienen jedoch nicht der gemeinschaftlichen Berufsausübung. Die ärztlichen Leistungen werden vielmehr in den Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften oder Medizinischen Versorgungszentren erbracht, die eine Organisationsgemeinschaft gebildet haben. Für derartige Netzwerke wird meist die Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) gewählt. Möglich sind aber auch Praxisnetze in Form einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH), einer Genossenschaft, eines Vereins oder einer Aktiengesellschaft, die allerdings aufgrund ihrer strengen Formalien kaum praktikabel ist. Die Gründung einer Partnerschaftsgesellschaft ist für Organisationsgemeinschaften nicht möglich, da es ihnen an der gemeinschaftlichen ärztlichen Berufsausübung mangelt.

2. NETZWERK ALS KOOPERATION ZUR GEMEINSCHAFTLICHEN BERUFS AUSÜBUNG

Ärzte können sich in Netzwerken zur gemeinschaftlichen Berufsausübung zusammenschließen. Die ört-

lichen und überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften bzw. Teilberufsausübungsgemeinschaften können in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder einer Partnerschaftsgesellschaft betrieben werden. Berufsausübungsgemeinschaften sind zwar berufsrechtlich auch als GmbH vorstellbar (Ärztegesellschaft i. S. des § 23 a MBO), jedoch sozialrechtlich zumindest für die vertragsärztliche Versorgung nicht zulässig (§ 95 Abs. 1 SGB V).

Bei Ärztenetzen als Präventionszentren oder Netzwerken zur Betrieblichen Gesundheitsförderung geht es in der Regel nicht um die gemeinschaftliche Ausübung der freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit. Vielmehr sollen verschiedene Leistungserbringer im Bereich der Gesundheitsprävention planvoll zusammenwirken, um damit die Qualität der Gesundheitsvorsorge zu erhöhen und gleichzeitig effizienter und wirtschaftlicher zu agieren.

Fazit

Netzwerke entstehen zur gemeinschaftlichen medizinischen Versorgung oder um eine andere Form der Zusammenarbeit zur Patientenversorgung zu etablieren. Netzwerke, die im Bereich der Gesundheitsprävention oder der Betrieblichen Gesundheitsförderung angesiedelt sind, verstehen sich dabei eher als Organisationsgemeinschaft und dienen nicht der gemeinschaftlichen Berufsausübung.

II. Ertragsteuerliche Aspekte

Für die ertragsteuerliche Behandlung ist die Organisations- bzw. Rechtsform des Ärztenetzes von entscheidender Bedeutung. Davon hängt nicht nur ab, ob Einkünfte einkommen- oder Körperschaftsteuerpflichtig sind und ob ggf. Gewerbesteuer anfällt. Vielmehr ist zunächst zu klären, auf welcher Ebene steuerpflichtige Einkünfte anfallen – auf der Ebene des Ärztenetzes oder bei den einzelnen Mitgliedern des Netzwerkes, d. h. bei dem in einer Einzelpraxis tätigen Arzt, bei den Ärzten einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder bei einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ). Zu beachten ist zudem, ob

neben den ärztlichen Leistungen im Bereich der Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung weitere Leistungen erbracht werden, z. B. in Form der Vermietung von Praxisräumen, von Management- und Personaldienstleistungen. Wem sind die von den Mitgliedern des Netzwerkes erzielten Einnahmen steuerlich zuzurechnen und wie werden sie besteuert?

1. NETZWERK ALS MARKETINGINSTRUMENT

Ärzte können ein Netzwerk gründen, um die von ihnen erbrachten Leistungen im Bereich der Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung zu bewerben. Durch einen gemeinsamen Außenauftritt, eine Homepage des Netzwerkes, koordinierte Marketingaktionen, Maßnahmen der Imagepflege und Broschüren oder auch eine Hotline bzw. Nutzung des Web 2.0 können die Mitglieder des Netzwerkes ihre Praxisumsätze steigern. In diesem Fall erbringt das Netzwerk keine Leistungen nach außen, sondern wird nur für seine Mitglieder tätig. Das Netzwerk finanziert sich dabei aus den Kostenumlagen seiner Mitglieder und wird ohne Gewinnerzielungsabsicht betrieben.

Die Präventionsleistungen bzw. Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung erbringen die einzelnen im Netzwerk organisierten Ärzte unmittelbar an die Patienten. Sie erzielen die Einnahmen in ihrer Einzelpraxis, ihrer BAG bzw. einem MVZ und müssen den damit erwirtschafteten Gewinn versteuern. Die Zahlungen an das Netzwerk in Form von Kostenumlagen sind Betriebsausgaben der Praxen, BAGs und MVZ.

1.1 BESTEUERUNG AUF EBENE DES NETZWERKES

Auf der Ebene des Netzwerkes werden regelmäßig keine ertragsteuerpflichtigen Einkünfte erzielt. Das Netzwerk als Marketinginstrumentarium fungiert als reine Kostengemeinschaft ohne eigene Einkunfts- bzw. Gewinnerzielungsabsicht. Entscheidend ist dabei, dass die Kosten als Mitglieds-/Gesellschafterbeiträge auf die Mitglieder umgelegt werden und das Netzwerk keine gesonderten Leistungen gegenüber einzelnen Mitgliedern erbringt. Ein solcher Leistungsaustausch könnte insbesondere aus umsatzsteuerli-

cher Sicht unerwünschte Folgen auslösen. Werden zusätzliche Leistungen an eine BAG erbracht, besteht zudem die Gefahr der gewerblichen Abfärbung (vgl. unter 2.2).

Bei einem Netzwerk, welches den Mitgliedern als Marketinginstrument dient, spielt es aus ertragsteuerlicher Sicht grundsätzlich keine Rolle, ob das Netzwerk als GbR organisiert ist, ob ein gemeinnütziger oder rechtlicher/wirtschaftlicher Verein oder eine eingetragene Genossenschaft gegründet wurde. Die Gründung einer haftungsbegrenzenden Rechtsform wie der GmbH ist aufgrund der formalen Anforderungen, des Mindeststammkapitals von 25.000 EUR, der Jahresabschlusserstellungs- und Offenlegungspflichten sowie damit verbundenen höheren Kosten eher nicht zu empfehlen.

1.2 BESTEUERUNG BEI DEN MITGLIEDERN DES NETZWERKES

Die Mitglieder des Netzwerkes erwirtschaften mit den von ihnen erbrachten Präventionsleistungen und Leistungen der betrieblichen Gesundheitsvorsorge Gewinne.

Diese unterliegen bei den in Einzelpraxen tätigen Ärzten als selbständige Einkünfte aus einer freiberuflichen Tätigkeit als Arzt gem. § 18 Abs. 1 Nr. 1 EStG dem progressiven Einkommensteuersatz von bis zu 45 % (zuzüglich Solidaritätszuschlag in Höhe von 5,5 % der Einkommensteuer sowie ggf. Kirchensteuer in Höhe von 8 % oder 9 %).

Auch bei Ärzten, die ihre Tätigkeit in einer Berufsausübungsgemeinschaft ausüben, die Mitglied des Ärztenetzes ist, werden die einheitlich und gesondert festgestellten Gewinne der BAG mit dem persönlichen Einkommensteuersatz (zuzüglich Solidaritätszuschlag und Kirchensteuer) der einzelnen Ärzte (Mitunternehmer) besteuert (§ 18 Abs. 4 S. 2 i.V.m. § 15 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 EStG).

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) werden regelmäßig in der Rechtsform der GmbH betrieben. Falls eine MVZ-GmbH Mitglied eines Ärztenetzes ist, unterliegen die von den Ärzten des MVZ erzielten Ge-

winne der 15%igen Körperschaftsteuer. Zusätzlich fällt auch noch Gewerbesteuer an. Auch wenn die MVZ-Ärzte selbst keine gewerblichen sondern freiberuflichen Tätigkeiten erbringen, sind die Gewinne der MVZ-GmbH gewerbsteuerpflichtig. Eine GmbH erzielt kraft Rechtsform stets gewerbsteuerpflichtige Gewinne, sofern es keine spezielle Gewerbesteuerbefreiung gibt. Doch eine solche ist auch für heilberufliche Leistungen einer MVZ-GmbH nicht vorgesehen. Die Ärzte der MVZ-GmbH erzielen Einkünfte aus nichtselbständiger Tätigkeit gem. § 19 Abs. 1 EStG. Sind sie gleichzeitig Gesellschafter der MVZ-GmbH und schüttet die GmbH eine Dividende aus, so führen die Dividendenausschüttungen zu Einkünften aus Kapitalvermögen, die grundsätzlich der Abgeltungsteuer unterliegen (§ 20 Abs. 1 Nr. 1 EStG i.V.m. § 32 d Abs. 1 Nr. 1 EStG).

Fazit

Bei einem Netzwerk, welches keine eigenwirtschaftlichen Ziele verfolgt, ergeben sich regelmäßig keine steuerlichen Probleme. Es ist jedoch zu beachten, dass die Kostenumlagen verursachungsgerecht und entsprechend der tatsächlich anfallenden Kosten erfolgen.

2. NETZWERK ALS MANAGEMENTGESELLSCHAFT

Neben dem Marketing übernehmen Ärztenetze vielfach aber auch Managementaufgaben und verfolgen eigenwirtschaftliche Zwecke. Das Netzwerk übernimmt dabei das Management für die von den einzelnen Mitgliedern zu erbringenden Leistungen der Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung. Das Netzwerk mietet beispielsweise die Räumlichkeiten an, stattet diese aus und vermietet die Praxisräume und das Equipment an die Mitglieder des Ärztenetzes. Es koordiniert die verschiedenen Leistungsangebote der Mitglieder des Ärztenetzes, organisiert die Leistungserbringung, die Terminvergabe und die Abrechnung der Leistungen für die einzelnen Mitglieder. Hierbei ist zu differenzieren: Das Netz erbringt zum einen Leistungen, an denen alle Mitglieder des Netzes gleichmäßig partizipieren und die damit im Wege der Kostenumlage finanziert werden. Das Netzwerk erbringt aber auch Leistungen an jedes einzelne

Mitglied des Netzes, die nach der tatsächlichen Inanspruchnahme vergütet werden. Dabei wird es sich regelmäßig nicht mehr um eine Kostenumlage handeln. Vielmehr erwirtschaftet das Netzwerk selbst Einnahmen und ist mit Gewinnerzielungsabsicht tätig.

2.1 BESTEUERUNG AUF EBENE DES NETZWERKES

a) Netzwerk als GbR

Der Gewinn der Netzwerk-GbR wird zwar auf der Ebene des Netzwerkes ermittelt und einheitlich und gesondert festgestellt. Die Netzwerk-GbR ist selbst aber weder einkommensteuer- noch körperschaftsteuerpflichtig. Die Besteuerung erfolgt vielmehr erst bei den Gesellschaftern der GbR, entsprechend der auf sie entfallenden Gewinnanteile. Soweit das Netzwerk Einkünfte aus einer originär gewerblichen Tätigkeit erzielt, z. B. Organisation der Leistungserbringung der Netzwerkteilnehmer, Terminvergabe, Abrechnung der ärztlichen Leistungen, unterliegt der daraus resultierende Gewerbeertrag zusätzlich der Gewerbesteuer. Gewerbesteuerpflichtig ist der einzelne Gewerbebetrieb. Das bedeutet: Gewerbesteuerpflichtig ist das Netzwerk selbst. Auf den nach Abzug eines Freibetrags von 24.500 EUR verbleibenden Gewerbeertrag wird eine Gewerbesteuer in Höhe von 3,5 %, multipliziert mit einem gemeindeabhängigen Hebesatz, erhoben (§ 11 GewStG). Die Hebesätze variieren zwischen 350 % (z. B. Friedrichshafen) und 490 % (z. B. München). Die zusätzliche Belastung mit Gewerbesteuer beträgt damit zwischen 12,5 % und 16,8 %.

Hinweis: Die auf Ebene des Netzwerkes erhobene Gewerbesteuer wird gem. § 35 EStG anteilig den einzelnen Gesellschaftern zugerechnet. Bei einkommensteuerpflichtigen Gesellschaftern ist die Gewerbesteuer teilweise auf die Einkommensteuer anrechenbar, so dass die zusätzliche Belastung mit Gewerbesteuer weitgehend neutralisiert wird. Zu einer tatsächlichen Zusatzbelastung kommt es regelmäßig erst ab Hebesätzen von mehr als 380 %, aufgrund einer paradoxen Wirkung des Solidaritätszuschlages sogar erst ab Hebesätzen von mehr als 400 %. In größeren Städten liegen die Hebesätze jedoch regelmäßig weit über 400 %, so dass ein Teil der zusätzlichen Belastung unvermeidbar ist.

b) Netzwerk als GmbH

Eine GmbH ist grundsätzlich körperschaft- und gewerbesteuerpflichtig. Auf den Gewinn einer Netzwerk-GmbH ist Körperschaftsteuer in Höhe von 15 %, Solidaritätszuschlag (5,5 % der Körperschaftsteuer) sowie Gewerbesteuer zu entrichten. Die steuerliche Gesamtbelastung beträgt ungefähr 30 %. Nach Abzug der Steuern können damit bis zu 70 % des Bruttogewinns als Dividende ausgeschüttet werden.

c) Netzwerk als eingetragener (rechtlicher) Verein

Netzwerke, die als eingetragener Verein fungieren und durch die Übernahme von Managementaufgaben eigenbetriebliche Zwecke verfolgen, unterhalten regelmäßig einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb. Werden sie auch noch planmäßig und nachhaltig im Gesundheitsmarkt tätig, so treten sie damit in den Wettbewerb mit anderen Ärzten und Heilberuflern. Damit ist die steuerliche Gemeinnützigkeit und damit die Steuerfreiheit der Einnahmen gefährdet. Die Erträge eines „wirtschaftlichen“ Vereins sind in vollem Umfang körperschaftsteuer- und regelmäßig auch gewerbesteuerpflichtig. Ein gemeinnütziger Verein ist dagegen nur mit seinen wirtschaftlichen Zweckbetrieben steuerpflichtig.

Hinweis: Um die steuerliche Gemeinnützigkeit zu erhalten, könnten auf einer zweiten Ebene weitere Organisationseinheiten gegründet werden, z. B. als eingetragene Genossenschaft oder Kapitalgesellschaft, in welchen die Managementleistungen erbracht werden.

d) Netzwerk als eingetragene Genossenschaft

Auch der Gewinn einer eingetragenen Genossenschaft unterliegt der 15%igen Körperschaftsteuer, dem Solidaritätszuschlag sowie der Gewerbesteuer.

Fazit

Ein Netzwerk, das eigenwirtschaftliche Zwecke verfolgt ist regelmäßig selbst einkommen- oder körperschaftsteuerpflichtig. Soweit Managementleistungen erbracht werden, erzielt das Netzwerk regelmäßig auch gewerbesteuerpflichtige Einkünfte. Die konkrete Besteuerung hängt von der Rechtsform des Netzwerkes ab.

2.2 BESTEUERUNG BEI DEN MITGLIEDERN DES NETZWERKES

Auch bei einem Netzwerk, das als Managementgesellschaft fungiert, erbringen die Ärzte ihre Präventionsleistungen unmittelbar gegenüber den Patienten. Die damit erwirtschafteten Gewinne werden auch in diesem Fall bei den Mitgliedern des Netzwerkes versteuert und unterliegen der Einkommensteuer (bei Einzelpraxen bzw. Gesellschaftern von BAGs) bzw. Körperschaftsteuer (bei MVZ-GmbH).

Darüber hinaus werden die Gewinne des Netzwerkes regelmäßig an die Mitglieder ausgekehrt. Die Besteuerung beim einzelnen Arzt erfolgt in Abhängigkeit von der Rechtsform des Netzwerkes.

a) Netzwerk als GbR

Der einheitlich und gesondert festgestellte Gewinn des Netzwerkes wird den einzelnen Gesellschaftern der Netzwerk-GbR entsprechend ihrer Kapitalbeteiligung zugerechnet und bei diesen besteuert. Soweit einzelne Gesellschafter für eine Tätigkeit im Netzwerk eine Vergütung erhalten haben, dem Netzwerk ein verzinsliches Darlehen gewährt haben oder in ihrem Eigentum befindliche Grundstücke entgeltlich vermietet haben, so führen auch die Sondervergütungen bei den einzelnen Gesellschaftern zu steuerpflichtigen Einkünften.

Einzelner Arzt als Gesellschafter

Ist Gesellschafter der einzelne Arzt (Einzelpraxis), so unterliegen der auf ihn entfallende Gewinnanteil sowie die ihm zuzurechnenden Sondervergütungen grundsätzlich dem persönlichen Einkommensteuersatz des Arztes (zuzüglich Solidaritätszuschlag und ggf. Kirchensteuer).

BAG als Gesellschafterin

Ist Gesellschafterin eine BAG, so werden die Gewinnanteile der BAG zugerechnet. Der einheitlich und gesondert festgestellte Gewinn der BAG wird dann in einer zweiten Stufe den einzelnen Ärzten (den Gesellschafter) der BAG zugerechnet und bei diesen versteuert. Soweit an der BAG einzelne Ärzte beteiligt sind, unterliegt der Gewinn bei diesen der Einkommensteuer. Soweit eine MVZ-GmbH beteiligt ist, un-

terliegt der Gewinn bei dieser der Körperschaft- und Gewerbesteuer.

MVZ-GmbH als Gesellschafterin

Ist eine MVZ-GmbH Gesellschafterin der Netzwerk-GmbH, so unterliegen die ihr zuzurechnenden Einkünfte bei der GmbH der Körperschaft- und Gewerbesteuer. Werden dann Dividenden an die Gesellschafter der MVZ-GmbH ausgeschüttet, fällt Abgeltungsteuer von 25 % an.

Abfärbung der gewerblichen Tätigkeit

Die Beteiligung einer BAG an einer Ärztenetz-GbR birgt jedoch die Gefahr der gewerblichen Abfärbung. Das Netzwerk als Managementgesellschaft erzielt z. B. aus der Organisation der Leistungserbringung der Netzwerkteilnehmer, der Terminvergabe oder der Abrechnung der ärztlichen Leistungen Einkünfte aus einer originär gewerblichen Tätigkeit (sofern nicht nur Kostenumlage für die Mitglieder des Netzwerkes), die den einzelnen Gesellschaftern als gewerbliche Einkünfte zugerechnet werden.

Abfärbung der gewerblichen Tätigkeit nach § 15 Abs. 3 Nr. 1 EStG bedeutet: Originär freiberufliche ärztliche Tätigkeiten werden in gewerbliche Tätigkeiten umqualifiziert. Der gesamte Gewinn der BAG wird dadurch gewerblich infiziert mit der Folge, dass auch dieser der Gewerbesteuer unterliegt. Lediglich bei einem äußerst geringfügigen Anteil der gewerblichen Einnahmen von nicht mehr als 1,25 % am Gesamtumsatz der ansonsten freiberuflich tätigen BAG entfällt die Abfärbewirkung. Ob auch ein höherer Anteil, z. B. von bis zu 5 % oder gewerbliche Einkünfte bis zur Höhe des Gewerbesteuerfreibetrages für Einzelunternehmen und Personengesellschaften (24.500 EUR) die gewerbliche Abfärbung vermeiden können, ist strittig. Hier muss der Bundesfinanzhof in mehreren Revisionsverfahren eine Entscheidung fällen.

Hinweis: Bei einer Einzelpraxis unterliegen die Einkünfte dagegen nur insoweit der Gewerbesteuer, als sie auf die originär gewerblichen Tätigkeiten entfallen. Die Gefahr der Abfärbung besteht nicht. Eine MVZ-GmbH ist grundsätzlich gewerbesteuerpflichtig, so dass es auch hier zu keiner Abfärbung kommen kann.

b) Netzwerk als GmbH

Die auf Ebene des Netzwerkes erwirtschafteten Gewinne sind mit Körperschaft- und Gewerbesteuer vorbelastet. Zur Ausschüttung an die Gesellschafter verbleibt somit nur die Nettodividende nach Abzug der Steuern in Höhe von ca. 70 % des Gewinns. Wie die Dividende bei den Gesellschaftern besteuert wird, hängt wiederum davon ab, ob der Gesellschafter Arzt einer Einzelpraxis, eine BAG oder eine MVZ-GmbH ist.

Einzelner Arzt als Gesellschafter

Ist Gesellschafter der einzelne Arzt (Einzelpraxis), so unterliegen die ausgeschütteten Dividenden als Einkünfte aus Kapitalvermögen grundsätzlich der Abgeltungsteuer in Höhe von 25 % zuzüglich Solidaritätszuschlag und ggf. Kirchensteuer. Voraussetzung ist, dass der Arzt die Beteiligung in seinem Privatvermögen hält. Sofern ein Arzt zu mehr als 25 % beteiligt ist oder bei einer Beteiligung von mindestens 1 % für die GmbH beruflich tätig ist, kann er gem. § 32 d Abs. 2 Nr. 3 EStG zu einer Besteuerung nach dem Teileinkünfteverfahren optieren. In diesem Fall unterliegen 60 % der Dividende dem persönlichen Einkommensteuersatz des Arztes. In der Regel wird aber eine abgeltende Besteuerung mit 25 % günstiger sein.

Gehört die Beteiligung am Ärztenetz zum Praxisvermögen, dann gehören die Dividenden zu den Praxiseinnahmen des Arztes (§ 20 Abs. 8 EStG). Nach dem Teileinkünfteverfahren führen 60 % der Dividende zu steuerpflichtigen Einkünften (§ 3 Nr. 40 Buchst. d i. V. m. § 3 c Abs. 2 EStG).

BAG als Gesellschafterin

Ist eine BAG Gesellschafterin der Netzwerk-GmbH, so gehört die Beteiligung an der Netzwerk-GmbH zum Betriebsvermögen der BAG: Die ausgeschütteten Dividenden sind nach dem Teileinkünfteverfahren gem. § 3 Nr. 40 EStG zu versteuern, soweit an der BAG einzelne Ärzte beteiligt sind. Das bedeutet, dass 60 % der Dividende mit dem persönlichen Einkommensteuersatz des Arztes zu versteuern ist. Insoweit gilt nicht die 25 %ige Abgeltungsteuer. Soweit eine

MVZ-GmbH an einer BAG beteiligt ist, wird die Dividende zu 95 % steuerfrei bezogen (§ 8 b Abs. 1 KStG). Zur Besteuerung (grundsätzlich mit 25 %iger Abgeltungsteuer) kommt es erst, wenn die MVZ-GmbH die Gewinne an ihre Gesellschafter (einzelne Ärzte) ausschüttet.

MVZ-GmbH als Gesellschafterin

Ist eine MVZ-GmbH Gesellschafterin der Netzwerk-GmbH, so werden lediglich 5 % der Dividende besteuert (95 % steuerfrei gem. § 8 b KStG). Die Weiterausschüttung an die Gesellschafter der MVZ-GmbH unterliegt der Abgeltungsteuer.

c) Netzwerk als rechtlicher Verein

Auch die Auskehrungen eines Vereins an seine Mitglieder führen bei diesen zu steuerpflichtigen Einkünften. Wie die Einnahmen bei diesen besteuert werden, hängt wiederum davon ab, ob der Gesellschafter Arzt einer Einzelpraxis, eine BAG oder eine MVZ-GmbH ist (vgl. unter 2.2 b) „Netzwerk als GmbH“).

d) Netzwerk als eingetragene Genossenschaft

Ausschüttungen einer eingetragenen Genossenschaft an ihre Mitglieder (Genossen) sind steuerpflichtig. Wie die Ausschüttung bei diesen besteuert wird, hängt auch in diesem Fall davon ab, ob der Gesellschafter Arzt einer Einzelpraxis, eine BAG oder eine MVZ-GmbH ist (vgl. unter 2.2 b) „Netzwerk als GmbH“).

Fazit

Die vom Netzwerk an seine Mitglieder weitergeleiteten Gewinne führen bei diesen zu steuerpflichtigen Einkünften. Ob es sich dabei um Einkünfte aus Kapitalvermögen, gewerbliche Einkünfte oder Einkünfte aus einer selbständigen Tätigkeit handelt und wie diese zu besteuern sind, hängt davon ab, ob der Gesellschafter Arzt einer Einzelpraxis, eine BAG oder eine MVZ-GmbH ist. Unterschiede bestehen zudem zwischen Beteiligungen, die im Privatvermögen eines Arztes gehalten werden und Beteiligungen, die zu einem Praxisvermögen gehören.

III. Umsatzsteuerliche Aspekte

Auch bei einer Zusammenarbeit in Ärztenetzen dürfen umsatzsteuerrechtliche Aspekte nicht außer Acht gelassen werden. Unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten ist es von erheblicher Bedeutung, ob eine Leistung umsatzsteuerfrei erbracht wird oder ob sie durch 7 % bzw. 19 % Umsatzsteuer verteuert wird. Dabei ist zum einen zu klären, wer aus umsatzsteuerlicher Sicht Unternehmer ist. Zum anderen ist zu prüfen, ob und inwieweit die einzelnen Leistungen, die von Mitgliedern eines Netzwerkes erbracht werden, unter die Umsatzsteuerbefreiung für Heilbehandlungen fallen.

1. UMSATZSTEUERPFLICHT DES ÄRZTENETZES

1.1. NETZWERK ALS ORGANISATIONS-GEMEINSCHAFT

Sofern das Netzwerk als Organisationsgemeinschaft strukturiert ist, erbringen die Mitglieder des Netzwerkes ihre Leistungen im Rahmen ihrer ärztlichen oder physiotherapeutischen Einzel- oder Gemeinschaftspraxen. Das Netzwerk als Präventionszentrum fungiert als Managementgesellschaft und unterstützt seine Mitglieder, erbringt selbst aber keine Leistungen. Eine vertragliche Beziehung besteht nur zwischen dem einzelnen Arzt, Physiotherapeuten, Heilpraktiker und dem Patienten. Aus umsatzsteuerlicher Sicht erbringt nicht das Ärztenetzwerk die Leistung an den Patienten, sondern der einzelne Arzt bzw. eine ärztliche Gemeinschaftspraxis.

1.2 NETZWERK ALS KOOPERATION ZUR GEMEINSCHAFTLICHEN BERUFS AUSÜBUNG

Haben sich Ärzte in einem Netzwerke zur gemeinschaftlichen Berufsausübung zusammengeschlossen, dann besteht eine unmittelbare Vertragsbeziehungen zwischen dem Netzwerk und den einzelnen Patienten, der Leistungsaustausch findet zwischen dem Netzwerk und den Patienten statt, obwohl die einzelnen Mitglieder des Netzwerkes die Leistung erbringen.

2. UMSATZSTEUERBEFREIUNG FÜR HEILBEHANDLUNGSLEISTUNGEN

Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin, die im Rahmen der Ausübung der Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut, Hebamme oder einer ähnlichen heilberuflichen Tätigkeit durchgeführt werden, sind nach § 4 Nr. 14 Buchst. a UStG umsatzsteuerfrei.

Umsatzsteuerfrei sind Leistungen daher nur, wenn

- es sich um eine Heilbehandlungsleistung handelt und
- der Leistungserbringer über eine berufliche Qualifikation als Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut etc. verfügt.

Nicht unter die Befreiung fallen Tätigkeiten, die nicht Teil eines konkreten, individuellen, der Diagnose, Behandlung, Vorbeugung und Heilung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen dienenden Leistungskonzeptes sind (Abschnitt 4.14.1 Abs. 4 UStAE).

2.1 PRÄVENTION UND BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG ALS HEILBEHANDLUNGSLEISTUNG

Heilbehandlungsleistungen sind Tätigkeiten, die zum Zweck der Vorbeugung, Diagnose, Behandlung und – soweit möglich – der Heilung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen vorgenommen werden. Die Leistungen müssen dem Schutz der Gesundheit des Betroffenen dienen. Dies gilt unabhängig davon, um welche konkrete heilberufliche Leistung es sich handelt (Untersuchung, Attest, Gutachten usw.), für wen sie erbracht wird (Patient, Gericht, Sozialversicherung o. a.) und wer sie erbringt (freiberuflicher oder angestellter Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut oder Unternehmer, der ähnliche heilberufliche Tätigkeiten ausübt, bzw. Krankenhäuser, Kliniken usw.). Heilberufliche Leistungen sind daher nur steuerfrei, wenn sie medizinisch indiziert sind und bei der Tätigkeit ein therapeutisches Ziel im Vordergrund steht.

Bei Präventionsleistungen und Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung ist meist kein konkreter und unmittelbarer Krankheitsbezug gegeben. Das gilt insbesondere für Leistungen der Primärprävention mit denen Risikofaktoren und Krankheitsverhalten verhindert werden sollen. Leistungen der Prävention und Selbsthilfe sollen lediglich „den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen erbringen“ (vgl. § 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Sie sind daher regelmäßig umsatzsteuerpflichtig und keine nach § 4 Nr. 14 Buchst. a UStG umsatzsteuerfreien Heilbehandlungen. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Leistungen von den Patienten selbst bezahlt werden, oder ob die Krankenkassen die Zahlung, wie z. B. bei bestimmten Präventionsleistungen nach § 20 SGB V, übernehmen.

Leistungen der Sekundärprävention, die bei einem Patienten eine ganz bestimmte Krankheit verhindern sollen, weil eine entsprechende Disposition bereits gegeben ist, können dagegen unter die Umsatzsteuerfreiheit der ärztlichen Heilbehandlungsleistungen fallen. Allerdings ist es oftmals schwierig, Primär- und Sekundärprävention voneinander abzugrenzen. Daher sollten Ärzte und Therapeuten genau dokumentieren, welche Risikofaktoren vorhanden sind, welche Krankheit verhindert werden soll bzw. welche medizinische Indikation bereits vorliegt.

2.2 BERUFLICHE QUALIFIKATIONEN ALS ARZT, HEILPRAKTIKER, PHYSIOTHERAPEUT

Grundsätzlich können Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten und andere Heilberufler umsatzsteuerfreie Heilbehandlungsleistungen erbringen, wenn sie über die entsprechende berufliche Qualifikation verfügen, d. h. sofern ihnen die zur Ausübung ihres Berufs erforderliche Erlaubnis nach den entsprechenden Berufsgesetzen (Heilpraktikergesetz, Masseur- und Physiotherapeutengesetz, Ergotherapeutengesetz, Gesetz über den Beruf des Logopäden) erteilt wurde. Neben einer berufsrechtlichen Regelung kann der erforderliche Befähigungsnachweis auch durch die Zulassung einer Berufsgruppe gem. § 124 Abs. 2 SGB V durch die zuständigen Stellen der gesetzlichen Sozialversicherung oder die Aufnahme der betreffen-

den Leistungen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen nach § 92 SGB V erbracht werden. Dagegen verfügen z. B. Heileurythmisten, Logotherapeuten, Haaranalysten, Medizinphysiker und Hippotherapeuten über keinen entsprechenden Befähigungsnachweis. Sie können daher selbst beim Vorliegen einer ärztlichen Verordnung keine umsatzsteuerfreien Heilbehandlungsleistungen erbringen.

Bei Leistungen der Physiotherapeuten, staatlich geprüften Masseur, Ergotherapeuten und anderen Heilmittelerbringern (Heilhilfsberufe) ist für die Steuerbefreiung nach § 4 Nr. 14 Buchst. a UStG das Vorliegen einer ärztlichen Verordnung oder das Tätigwerden im Rahmen einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme erforderlich. Maßnahmen aufgrund bloßer Befürwortung, Anregung oder Empfehlung eines Arztes oder zur allgemeinen Gesundheitsförderung oder Gesunderhaltung, z. B. Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe i. S. d. § 20 SGB V, sind danach keine therapeutischen Heilmaßnahmen im Sinne der Steuerbefreiungsvorschrift. Das gilt auch für Behandlungen im Anschluss bzw. Nachgang einer ärztlich verordneten Maßnahme, die der Patient selbst bezahlt. Sofern für diese Anschlussbehandlung keine ärztliche Verordnung vorliegt, handelt es sich um eine steuerpflichtige Präventionsmaßnahme. Nicht unter die Befreiung fallen daher auch Massagen, die ohne vorherige ärztliche Anordnung lediglich aus kosmetischen Gründen oder zur Verbesserung des Wohlbefindens durchgeführt werden (vgl. Abschnitt 4.14.1. Abs. 4 UStAE).

3. UMSATZSTEUERPFLICHTIGE PRÄVENTIONSLEISTUNGEN

Für jede einzelne Leistung der Gesundheitsprävention oder betrieblichen Gesundheitsförderung ist zu prüfen ob es sich hierbei um eine umsatzsteuerfreie oder eine umsatzsteuerpflichtige Leistung handelt. Sofern die Leistung umsatzsteuerpflichtig ist, muss geprüft werden, ob sie dem Regelsteuersatz von derzeit 19% unterliegt, oder ob der ermäßigte Steuersatz von 7% nach § 12 Abs. 2 Nr. 9 UStG zur Anwendung kommt. Dem ermäßigten Steuersatz unterliegen Heilbäder, Lichtbäder, Physio- und Elektrotherapie, Unterwas-

serdruckstrahl-Massagen, Darmbäder sowie die Behandlung in Klima-Kammern. Das bedeutet, dass auch physiotherapeutische Leistungen, die mangels ärztlicher Verordnung nicht umsatzsteuerfrei sind, dem ermäßigten Steuersatz unterliegen.

Das Floating, d. h. ein Salzwasser-Schwebabad, bei dem der Patient in konzentrierten Salzwasserlösungen schwebt, gehört nach Auffassung der Finanzverwaltung nicht zu den Heilbädern. Andererseits kann Floating eine Heilbehandlung sein, wenn es zu therapeutischen Zwecken eingesetzt wird, eine ärztliche Verordnung vorliegt und von einem Arzt oder Physiotherapeuten durchgeführt wird (vgl. FG Baden-Württemberg vom 23.07.2012, 9 K 2780/09).

Präventionsleistungen und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung können somit umsatzsteuerfrei sein oder als steuerpflichtige Leistung dem Regelsteuersatz von 19% bzw. dem ermäßigten Steuersatz von 7% unterliegen. Werden umsatzsteuerbefreite und umsatzsteuerpflichtige Leistungen im Rahmen eines Pakets oder Bündels zusammen angeboten und abgerechnet, ist das Entgelt grundsätzlich in einen steuerfreien und einen steuerpflichtigen Anteil aufzuteilen. Die auf den steuerpflichtigen Anteil entfallende Umsatzsteuer ist bei der Abrechnung gesondert auszuweisen. Sofern die einzelnen Elemente des Leistungspakets allerdings untrennbar miteinander verbunden sind, handelt es sich um eine einheitliche Leistung. Je nachdem, ob die umsatzsteuerfreien oder umsatzsteuerpflichtigen Leistungselemente überwiegen, ist die gesamte Leistung umsatzsteuerfrei oder umsatzsteuerpflichtig.

4. UMSATZSTEUER BEI LEISTUNGSERBRINGUNG ÜBER EIN ÄRZTENETZ

Aus umsatzsteuerlicher Sicht ist es unerheblich, wer die Leistungen erbringt. Einer Umsatzsteuerbefreiung für Heilbehandlungsleistungen steht es daher nicht entgegen, wenn die Leistungen nicht vom einzelnen Arzt oder Heilberufler unmittelbar erbracht werden, sondern durch ein Ärztenetz. Voraussetzung für die Steuerbefreiung ist vielmehr, dass es sich um eine Heilbehandlungsleistung handelt, die von Personen

erbracht wird, die über die erforderlichen beruflichen Befähigungsnachweise verfügen. Die Leistungen können auch mit Hilfe von Arbeitnehmern erbracht werden, wenn diese die erforderliche berufliche Qualifikation aufweisen.

Unerheblich ist auch, ob ein Ärztenetz in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR), einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH), einer Genossenschaft oder eines Vereins betrieben wird. Zu berücksichtigen sind allerdings evtl. bestehende berufsrechtliche Einschränkungen.

5. BEZUG ÄRZTLICHER LEISTUNGEN DURCH DAS ÄRZTENETZ

Soweit die vom Ärztenetz erbrachten Leistungen des betrieblichen Gesundheitsmanagements von ihren Gesellschaftern (Ärzte und andere Heilberufler) ausgeführt werden, ist zu prüfen ob es sich dabei um einen steuerbaren, ggf. steuerfreien Leistungsaustausch zwischen Arzt und Ärztenetz handelt oder um einen Gesellschafterbeitrag des einzelnen Arztes, der nicht umsatzsteuerbar ist.

Für die Frage, ob zwischen dem Ärztenetz und ihren Gesellschaftern, d. h. den einzelnen Ärzten, Heilpraktikern und Physiotherapeuten entgeltliche Leistungen erbracht werden, kommt es nur darauf an, ob zwischen Leistenden und Leistungsempfänger ein Rechtsverhältnis besteht, das einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen der Leistung und einem erhaltenen Gegenwert begründet.

Zwischen Personen- und Kapitalgesellschaften und ihren Gesellschaftern ist ein Leistungsaustausch möglich. Ein Gesellschafter kann an die Gesellschaft sowohl Leistungen erbringen, die ihren Grund in einem gesellschaftsrechtlichen Beitragsverhältnis haben, als auch Leistungen, die auf einem gesonderten schuldrechtlichen Austauschverhältnis beruhen.

Handelt es sich um Leistungen, die als Gesellschafterbeitrag durch die Beteiligung am Gewinn oder Verlust der Gesellschaft abgegolten werden, liegt kein umsatzsteuerbarer Leistungsaustausch vor. Werden die

Leistungen dagegen gegen ein Sonderentgelt ausgeführt, sind sie auf einen Leistungsaustausch gerichtet und damit grundsätzlich steuerbar und steuerpflichtig. In diesem Fall ist zu prüfen, ob die Leistungen unter die Befreiungsvorschrift für heilberufliche Leistungen nach § 4 Nr. 14 UStG fallen. Entscheidend ist dabei die tatsächliche Ausführung des Leistungsaustauschs und nicht allein die gesellschaftsrechtliche Verpflichtung. Insbesondere kommt es nicht auf die Bezeichnung der Gegenleistung an (z. B. Vorabgewinn, Vorwegvergütung, Aufwendungsersatz).

Das bedeutet: Selbst wenn die Vergütung für die Leistungen der Ärzte im Gesellschaftsvertrag als Teil der Ergebnisverwendung geregelt werden, liegt ein Leistungsaustausch zwischen Arzt und Ärztenetz vor, wenn sich aus den geschlossenen Vereinbarungen und deren tatsächlicher Durchführung ergibt, dass die ärztlichen Leistungen nicht lediglich durch eine – sich am Kapitaleinsatz orientierende – Beteiligung am Gewinn und Verlust des Ärztenetzes abgegolten, sondern gegen Sonderentgelt ausgeführt werden.

Aber auch vertraglich vereinbarte gewinnabhängige Vergütungen können ein zur Steuerbarkeit führendes Sonderentgelt darstellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn sich die gewinnabhängigen Vergütungen nach den tatsächlich erbrachten Gesellschafterleistungen bemessen. Wird beispielsweise der gesamte Jahresgewinn einer GbR an ihre Gesellschafter nach den jeweils ausgeführten Leistungen (bzw. nach der Menge der jeweils gelieferten Gegenstände) verteilt, handelt es sich umsatzsteuerlich um Entgelt für die Leistungen der Gesellschafter an die Gesellschaft.

Wird für Leistungen des Gesellschafters an die Gesellschaft neben einem Sonderentgelt auch eine gewinnabhängige Vergütung gezahlt (sog. Mischentgelt), sind das Sonderentgelt und die gewinnabhängige Vergütung umsatzsteuerrechtlich getrennt zu beurteilen. Das Sonderentgelt ist steuerbares Entgelt, die gewinnabhängige Vergütung dagegen nicht steuerbar. Zwar ist es vorstellbar, dass bei einem als GbR oder in Form eines wirtschaftlichen Vereins agierenden Ärztenetzes der Gewinn nach Abzug der Gemeinkosten entsprechend der von den einzelnen Gesellschaftern/Mitgliedern an das Ärztenetz erbrachten Leistungsan-

teile verteilt wird und nicht nach der Kapitalbeteiligung. Dies birgt jedoch die Gefahr der Umqualifizierung der nicht steuerbaren Gesellschafterbeiträge in steuerbares Sonderentgelt. Auch bei einer GmbH sind inkongruente Gewinnausschüttungen zulässig. Ob jedoch eine vertragliche Gestaltung gesellschaftsrechtlich und steuerlich anerkannt wird, nach der der Jahresgewinn (bzw. der nach Abzug einer Gewinnrücklage verbleibende Jahresgewinn) nach einem – möglicherweise in jedem Jahr anderen – vom den anteiligen Gesellschafterleistungen abhängigen Gewinnverteilungsschlüssel ausgeschüttet wird, erscheint zweifelhaft.

6. UMSATZSTEUERLICHE FOLGEN BEI DEN LEISTENDEN ÄRZTEN/HEILBERUFLERN, DEM ÄRZTENETZ UND DEN LEISTUNGSBEZIEHENDEN UNTERNEHMEN

6.1 LEISTUNGEN DER ÄRZTE AN DAS ÄRZTENETZ

Soweit die von den Ärzten an das Ärztenetz erbrachten Leistungen des BGM gewinnabhängig vergütet werden, handelt es sich um nicht umsatzsteuerbare Gesellschafterbeiträge. Für die einzelnen Leistungen werden dem Ärztenetz keine Rechnungen erteilt. Vielmehr wird der Leistungsanteil für den auf den einzelnen Arzt entfallenden Anteil am Jahresgewinn anhand der insgesamt während des Jahres an das Ärztenetz erbrachten Leistungen ermittelt. Vorauszahlungen auf den voraussichtlichen Gewinnanteil sind unschädlich.

Wird für die Leistungen dagegen ein Sonderentgelt vereinbart oder wird eine Gewinnverteilung in eine solche umqualifiziert, liegen umsatzsteuerbare Leistungen vor. Soweit es sich dabei um nach § 4 Nr. 14 UStG begünstigte Heilbehandlungsleistungen handelt, sind die Leistungen umsatzsteuerfrei. Soweit es sich um reine Präventionsmaßnahmen handelt, die nicht umsatzsteuerbefreit sind, werden steuerpflichtige Leistungen erbracht, die dem 19%igen Regelsteuersatz oder dem ermäßigten 7%igen Steuersatz (physiotherapeutische Leistungen in Form von Heilmassagen, Heilgymnastik) unterliegen. Eine „Abfärbung“ der umsatzsteuerpflichtigen Leistungen findet

nicht statt. Werden sowohl umsatzsteuerbefreite als auch umsatzsteuerpflichtige Leistungen angeboten und abgerechnet, ist das Entgelt in einen steuerfreien und einen steuerpflichtigen Anteil aufzuteilen. Die auf den steuerpflichtigen Anteil entfallende Umsatzsteuer ist bei der Rechnungsstellung gesondert auszuweisen. Soweit der einzelne Arzt nach § 19 Abs. 1 UStG umsatzsteuerlicher Kleinunternehmer ist, ist auch für die grundsätzlich umsatzsteuerpflichtigen Leistungen in der Rechnung keine Umsatzsteuer auszuweisen. Ärzte fallen unter die Kleinunternehmerregelung, falls ihre steuerpflichtigen Umsätze im Vorjahr 17.500 EUR nicht überschritten haben und im laufenden Jahr voraussichtlich 50.000 EUR nicht übersteigen werden. Keine der beiden Grenzen darf überschritten werden, da ansonsten die Kleinunternehmerbesteuerung nicht zur Anwendung gelangt. Die umsatzsteuerbefreiten Heilbehandlungsleistungen sind nicht mit in die Berechnung einzubeziehen. Jedoch können andere Umsätze dazu führen, dass die Umsatzgrenze überschritten wird, z. B. wenn einem Praxismitarbeiter ein betriebliches Fahrzeug auch zur privaten Nutzung überlassen wird.

Das Ärztenetz kann die von den Ärzten in Rechnung gestellte Umsatzsteuer nach § 15 Abs. 1 UStG als Vorsteuer abziehen. Eine zusätzliche Steuerbelastung entsteht damit nicht. Allerdings ist für die Ärzte der Abrechnungsaufwand höher, wenn es sich bei ihren Leistungen nicht um einen nicht umsatzsteuerbaren Gesellschafterbeitrag handelt, sondern um einen Leistungsaustausch gegen Sonderentgelt.

6.2 LEISTUNGEN DES ÄRZTENETZES AN UNTERNEHMEN UND PATIENTEN

Die vom Ärztenetz erbrachten Leistungen zur Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung sind grundsätzlich steuerbar. Soweit es sich dabei um begünstigte heilberufliche Leistungen handelt, sind die Leistungen umsatzsteuerfrei. Soweit es sich um reine Präventionsmaßnahmen handelt, die nicht umsatzsteuerbefreit sind, werden steuerpflichtige Leistungen erbracht, die dem 19%igen Regelsteuersatz oder dem ermäßigten 7%igen Steuersatz unterliegen. Die auf den steuerpflichtigen Anteil entfallende Umsatzsteuer ist bei der Rechnungsstellung gesondert auszuweisen.

Sofern Unternehmen Gesundheitsleistungen für ihre Arbeitnehmer beziehen, ist es unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten oftmals unerheblich, ob auf die Leistungen Umsatzsteuer anfällt. Sie können die in Rechnung gestellte Umsatzsteuer nach § 15 Abs. 1 UStG als Vorsteuer abziehen, soweit die von ihnen erbrachten Leistungen den Vorsteuerabzug nicht ausschließen. Der Vorsteuerabzug ist insbesondere ausgeschlossen, sofern das Unternehmen umsatzsteuerfreie Leistungen erbringt oder umsatzsteuerlicher Kleinunternehmer nach § 19 Abs. 1 UStG ist.

Werden Präventionsleistungen unmittelbar an den einzelnen Patienten erbracht, führt die Umsatzsteuer dagegen zu einer zusätzlichen finanziellen Belastung. Die Leistung wird verteuert, da der einzelne Patient die in Rechnung gestellte Umsatzsteuer nicht als Vorsteuer abziehen kann, sondern vollumfänglich tragen muss. Versäumt es das Ärztenetz, Umsatzsteuer zu erheben, mindert sich der mit der jeweiligen Leistung erzielbare Ertrag, da aus dem Bruttopreis der Einzelleistung die Umsatzsteuer heraus gerechnet und bezahlt werden muss.

IV. Zusammenfassung

Arztnetzwerke sind nicht nur komplex in ihrer organisatorischen Struktur. Auch ihre Besteuerung ist komplex und hängt von der konkreten Rechtsform des Netzes und seiner Mitglieder sowie den Leistungen ab, die das Netzwerk erbringt. Ärzte, die in einem Netzwerk kooperieren wollen, sollten sich im Vorfeld umfassend rechtlich und steuerlich beraten lassen.

Kontakt:

Dr. Jens-Peter Damas
ETL ADVISION
Steuerberatungsgesellschaft AG
 Mauerstraße 86–88
 10117 Berlin
 Tel.: +49 (0) 30 22 64 12 15
 E-Mail: jens.damas@etl.de

4

BETRIEBSWIRTSCHAFTLICHE GRUNDLAGEN

BETRIEBSWIRTSCHAFTLICHE GRUNDLAGEN



Andreas Willmann,
Diplom-Betriebswirt (FH)
Gesundheitsökonom (ebs)
Geschäftsführer DOX e. G. Kassel

Erfolgreiche Unternehmungen in Ärztnetzen

Welche Ansätze funktionieren?

Wenn man sich überlegt, welche Ansätze für ein Ärztenetz funktionieren, so muss man sich die Entwicklung von Ärztnetzen kurz vor Augen halten. Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz im Jahr 2000 wollte man die Auflösung der ambulanten und stationären Sektoren erreichen. Es war der Gedanke, dass sich die beiden Versorgungsstrukturen miteinander vernetzen. Haus- und Fachärzte können mit stationären Einrichtungen kooperieren. Dies war die Basis für mehr Vertragswettbewerb, die in der Reform der § 140 a-d SGB V verankert wurde.

Hierbei ging es um folgende, zentrale Themen:

- quasi unbeschränkte Möglichkeiten der Vertragsgestaltung,
- mit Einzelverträgen können sektorübergreifende Versorgungsstrukturen geschaffen werden,
- Kassenärztliche Vereinigungen sind hierbei ausgeschlossen,
- die Bedeutung von Qualität und Versorgung der Patienten nimmt zu,
- Krankenkassen können ihren Versicherten zusätzliche Vorteile (z. B. Boni, Leistungsausweitungen) anbieten.

Allerdings erst mit der im Jahr 2004 beschlossenen Anschubfinanzierung, die bis 2008 ein Prozent der Gesamtvergütung ambulanter und stationärer Leistungen bereitstellte, hat sich sehr schnell eine Vielzahl von Ärztnetzen gegründet und es wurden viele IV-Verträge geschlossen. Die meisten Netze wurden während der Anschubfinanzierungsphase gegründet.

Bezeichnenderweise ging mit dem Ende der Anschubfinanzierung (Ende 2008) der Rückgang der IV-Verträge und der Gründung neuer Netze einher.

Vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen Entstehungszeit muss man die Satzungen sehen, die die Netze haben. Sie sind die Geschäftsgrundlage eines Ärztnetzes und seiner Mitglieder. Wenn man heute funktionierende Ansätze entwickeln will, muss man die jeweilige Satzung intensiv analysieren. Manchmal stellt sich auch die Frage, ob die Ziele, die man vor sechs oder acht Jahren formuliert hat, heute noch gelten sollen. Diese intensive Beschäftigung mit der Satzung und der Analyse der bisherigen Aktivitäten ergibt ein gutes Gesamtbild über den aktuellen Zustand des Ärztnetzes.

Den weiteren Darlegungen sollen zwei grundsätzliche Überlegungen vorangestellt werden, die man sich bei der Prüfung neuer Ansätze klar machen muss:

– Welchen Nutzen hat das einzelne Mitglied von dem konkreten Angebot?

– Gibt es eine Verbindlichkeit in dem Ärztenetz bzw. der einzelnen Ärzte, dass die Mitglieder in einem gemeinsamen, übergeordneten Interesse handeln und Angebote annehmen?

Nur wenn der einzelne Arzt für sich einen Nutzen seiner Mitgliedschaft im Ärztenetz erkennt, wird er die Angebote auch annehmen.

Und nur, wenn das Netz von Verbindlichkeit geprägt ist, kann ein Angebot auch umgesetzt werden. Dieser ebenso schwierige wie fundamentale Punkt ist die Voraussetzung für wirtschaftliches Arbeiten. Dieser Zusammenhang kann nicht oft genug vermittelt werden.

Welche Angebote kann ein Arztnetz machen?

Das Entwickeln von Angeboten für die Mitglieder eines Ärztenetzes hängt von folgenden, sich bedingenden zentralen Faktoren ab:

- Wie stark ist der Organisationsgrad des Ärztenetzes ausgeprägt?
- Was sieht die Satzung vor?

1. ORGANISATIONSGRAD

Die besten Ideen oder Projekte nützen nichts oder versanden, wenn im Ärztenetz nicht die entsprechenden Strukturen, das Fachwissen und die personellen Ressourcen vorhanden sind. Es ist daher zu prüfen, in welchem Entwicklungsstadium sich das Ärztenetz befindet. Dr. F. Fuhrmann, CompuGroup Medical AG im Vortrag Selektivverträge in Ärztenetzen unterteilt die Entwicklungsstufen wie folgt:

Gründungsphase → Lose Zusammenschlüsse
→ Absichtserklärungen

Findungsphase → Entscheidung für Rechtsform
→ Erste Strukturen
→ Strategie-Überlegungen

Professionalisierung → Managementstrukturen
→ Organisationsstrukturen/
Netzbüro / Mitarbeiter

Mit einer Einschätzung in welcher „Phase“ sich das Ärztenetz befindet, kann man die Angebote darauf abstimmen. Zeit- und Ressourcen bindende Aktivitäten machen keinen Sinn, wenn sich ein Ärztenetz erst in einer Gründungsphase befindet und daher notwendige Strukturen noch gar nicht vorhanden sind.

2. SATZUNGSINHALTE

Die Zielrichtung eines Ärztenetzes findet sich immer in der Satzung. Hieraus müssen sich die Angebote aufbauen und entwickeln. Hier soll der Ausgangspunkt für die Strukturierung möglicher Angebote der Ärztenetze, die erste grobe Unterteilung von Zielen stehen, die sich in nahezu jeder Satzung, mit unterschiedlicher Gewichtung, wiederfinden:

Qualitätsmanagement

Sicherung Freiberuflichkeit

Das **Qualitätsmanagement**, also die Qualität der medizinischen Versorgung, wird in folgende Bereiche zur besseren Beurteilung aufgeteilt:

- Ergebnisqualität,
- Prozessqualität,
- Strukturqualität.

Die **Ergebnisqualität** ist der wichtigste Beurteilungsmaßstab für eine medizinische Leistung. Sie bezieht sich auf den Gesundheitszustand des Patienten, die gewählte Therapie und deren Umsetzung, sodass letztlich die Lebensqualität des Einzelnen sich verbessert. Die Zufriedenheit der Patienten und die Kommunikation mit dem Arzt während der Behandlungsphase sind ebenfalls wichtige Kriterien. **Daraus kann man folgende Angebote ableiten:**

- Prävention,
- Versorgung chronisch Kranker,
- Patientenseminare.

Das Thema Prävention gewinnt bei der Bevölkerung immer mehr an Bedeutung und ein Arzt kann hier Seminare, Informationen, etc. anbieten, um die Gesundheit seiner Patienten zu verbessern.

Prozessqualität bedeutet, dass Abläufe – also Prozesse – effizient und effektiv ablaufen. Prozesse sind die Voraussetzung, dass medizinische Qualität erbracht werden kann. Es geht hierbei um die Qualität von Behandlungs- und Pflegeprozessen. Instrumente zur Sicherung der Prozessqualität sind fachliche Leitlinien. Diese basieren auf anerkannten und erprobten wissenschaftlichen Methoden. **Daraus kann man folgende Angebote ableiten:**

- Erstellung gemeinsamer Qualitätskriterien/ Leitlinien/Behandlungspfade,
- Vermeidung von Doppeluntersuchungen,
- Reduzierung von Krankenhaus-Zuweisungen.

Das Erstellen von Behandlungspfaden führt zu einer deutlichen Verbesserung bei der Behandlung von häufig vorkommenden Krankheiten, um einerseits den fachlichen Standard zu sichern und die Abläufe in der Praxis und in der Zusammenarbeit mit fachärztliche Kollegen oder dem Krankenhaus zu verbessern.

Die **Strukturqualität** bedeutet, dass die entsprechenden Voraussetzungen gegeben sind, um medizinische Tätigkeit regelgerecht abzubilden. Hier sind Ausbildungs- und Qualifikationsstandards sowie Mindestanforderungen an Behandlungsmethoden zu nennen. Dazu gehört auch die Einrichtung und Organisation von Praxen. **Daraus kann man folgende Angebote ableiten:**

- Organisation Not- und Bereitschaftsdienst,
- Ausbildungsstandards für Medizinische Fachangestellte (MFA),
- Qualifikationsstandards für Ärzte,
- Kooperation mit Krankenhäusern,
- Zusammenarbeit mit Praxiseinrichtern und Medizintechnikfirmen,
- Überprüfung der Organisationsstrukturen.

Manche Ärztenetze bieten über ihre eigene Akademie qualifizierte Fortbildungen für ihre ärztlichen Mitglieder an. Zunehmend werden auch die Medizinischen Fachangestellten (MFA) hier weitergebildet. Ein Ärztenetz kann damit einen großen Beitrag zur Erhöhung der Strukturqualität leisten – was von den Ärzten in hohem Maße anerkannt wird. Alle Fortbildungsmaßnahmen sind auch eine Werbung für das jeweilige Ärztenetz. Die Kooperation eines Ärztenetzes mit Praxiseinrichtern und Medizintechnikfirmen kann den einzelnen Arztpraxen Vorteile bei der Strukturqualität bringen, wenn diese Firmen kompetent auf die Bedürfnisse und Organisationsstrukturen der Arztpraxen eingehen und sie damit nachhaltig verbessern können.

Die **Sicherung der Freiberuflichkeit** umfasst alle Maßnahmen, die mittelbar oder unmittelbar mit dem wirtschaftlichen Handeln des Arztes bzw. der Arztpraxis zusammenhängen. Der Arzt wird immer mehr als Unternehmer gefordert und muss sein „Unternehmen Arztpraxis“ wirtschaftlich sinnvoll führen. Gleichzeitig wachsen die Anforderungen an Vertragsarzt und die zu leistende Bürokratie (Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Honorarverteilungsmaßstäbe, etc.). Verspürt der Arzt gleichzeitig in seiner Region schon bestehenden Ärztemangel verstärkt sich der Frust. **Hieraus kann man folgende Angebote ableiten:**

- gemeinsamer Betrieb von Geräten/Gerätepool,
- gemeinsamer Einkauf,
- gemeinsames (teilweises) Marketing,
- gemeinsame Pressearbeit,
- betriebswirtschaftliche Beratung der Mitglieder,
- Abrechnungs-Beratung (GKV und PKV),
- Beratung und Organisation von Praxisabgabe/-übernahme,
- Beratung und Organisation von Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), auch überörtliche BAGs,
- Medizintechnik,
- Beratung im Bereich der betrieblichen und privaten Versicherungen,
- Beratung im Segment Medizinrecht und Arbeitsrecht,
- Beratung bei der Planung der Altersvorsorge.

Alle vorgenannten Bereiche gehören zu den administrativen Aufgaben der Arztpraxis und des Unternehmers Arzt. Da der niedergelassene Arzt in aller Regel über keine kaufmännische Ausbildung – neben dem Medizinstudium – verfügt, besteht fast immer Handlungsbedarf. Ansatzweise soll nur auf einzelne Punkte eingegangen werden.

Gerade wenn mehrere Praxen sich in einem Haus befinden, bietet sich ein gemeinsamer Betrieb von medizinisch-technischen Geräten an. Es muss nicht jeder einzelne Arzt die Investition tätigen, sondern eine Gemeinschaft tut dies und damit wird der Investitionsbetrag auf mehrere Personen verteilt und das Gerät deutlich besser genutzt. Wenn man die Abläufe (Prozessqualität) entsprechend organisiert, ist dies im Praxisalltag mit mehreren Arztpraxen problemlos möglich.

Derselbe Gedanke, dass eine Gemeinschaft von mehreren einen größeren Vorteil hat, ist beim gemeinsamen Einkauf des Praxis- und Sprechstundenbedarfs zu sehen. Es gibt zwischenzeitlich ärztlich organisierte Einkaufsgenossenschaften, die über die große Zahl von Abnehmern der Produkte einen deutlich verbesserten Einkaufspreis erzielen können. Dies kann man auch auf den Kauf von medizinisch-technischen Geräten übertragen. Auch hier gibt es bereits solche Organisationen.

Im Bereich des Praxismarketings kann man ebenfalls sinnvoll zusammenarbeiten, ohne dass die Praxen uniformiert werden. Eine Basis von Informationen für Patienten oder Geschäftskunden kann man für alle Ärzte gleichermaßen organisieren. Mit Maßnahmen, wie beispielsweise Praxisflyer, Informationen über aktuelle Gesundheitsthemen oder Praxis-Homepage kann der Arzt seine Individualität sichern.

Der betriebswirtschaftliche Beratungsaspekt umfasst die Analyse der gesamten Erlös- und Kostensituation der Arztpraxis sowie der strategischen Ausrichtung. Hier sind die jeweiligen individuellen Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen. Eine betriebswirtschaft-

liche Analyse bzw. Aufbereitung der Daten und Fakten ist die Voraussetzung, dass eine Praxisabgabe sinnvoll geplant werden kann. Ein Ärztenetz kann eine Praxisbörse aufbauen, um Interessenten zu finden. Es geht darum, dass die jungen Ärzte in der Facharztausbildung „abgeholt“ werden. Verschiedene Ärztenetze haben bereits Weiterbildungsverbünde organisiert, um die jungen Ärzte für die Vertragsarztstätigkeit zu interessieren und einzubinden. Andere Ärztenetze planen den Kauf von Vertragsarztsitzen, um die regionale Versorgung zu sichern. Ein weiterer Schritt ist, dass Ärztenetze Praxen bei der Führung einer Berufsausübungsgemeinschaft unterstützen, indem sie helfen notwendige Managementstrukturen aufzubauen.

Für viele Ärzte ist nach wie vor die Abrechnung der GKV-Honorare in ihrer Komplexität schwer zu verstehen. Hier ist der Ansatz, dass mit Fachleuten die Abrechnung konkret durchgesprochen wird, um Unklarheiten zu beseitigen und ggf. Fehler zu vermeiden. Auch bei der Abrechnung der PKV-Honorare gibt es öfters Missverständnisse.

Die juristischen Themen, besonders im Segment Medizinrecht und Arbeitsrecht nehmen immer mehr zu. Ausgehend von den komplexen Kooperationsformen, Praxisübergabeverträgen oder den Einsprüchen zu Honorierung/Plausibilitätsprüfungen ist umfangreiches, juristisches Wissen erforderlich, um eine Rechtslage beurteilen zu können. Da der Arzt auch Arbeitgeber ist, benötigt er bei rechtlichen Auseinandersetzungen mit Arbeitnehmern ebenfalls rechtlichen Beistand. Auch hier muss man die aktuelle Rechtsprechung kennen. Eine Kooperation mit den jeweiligen Fachanwälten ist für das Mitglied eines Ärztenetzes sicher ein sinnvolles Angebot.

Im Bereich der Altersvorsorge war für den Arzt eine Säule der Erlös aus dem Verkauf seiner Praxis. Hier haben wir die Situation, dass dies in bestimmten Regionen oder Facharztgruppen immer schwieriger wird. Auch die ärztlichen Versorgungswerke, eine weitere Säule des Versorgungskonzepts, müssen die

Rentenansprüche der Ärzte neu berechnen. In der Konsequenz müssen Ärztenetze, mit den entsprechenden Fachleuten, die Versorgungskonzepte ggf. neu strukturieren.

Bei den nur angerissenen Themen erkennt man schon schnell den notwendigen Bedarf, dass Ärztenetze hierfür Angebote entwickeln. Dies kann unmittelbar über das Ärztenetz erfolgen, wenn dort die notwendigen personellen Ressourcen und das Fachwissen vorhanden sind oder über Kooperationen mit geeigneten Partnern. Die Vielfalt der Erfordernisse und die Kombination hiervon, erfordern ausgewiesene Fachleute aus diesem Gebiet.

Wie kann man den Erfolg solcher Unternehmungen kalkulieren?

Die Betriebswirtschaft kennt viele, dezidierte Definitionen des Erfolgs einer Unternehmung. Allgemein kann man folgende, allgemeingültige Definition verwenden:

*Erfolg = Konsequenz eines Handels
oder*

Erfolg = Erreichen selbst gesetzter Ziele

Wenn man etwas erreichen will, muss man handeln! Viele erkennen oft Defizite im System oder haben gute Ideen, nur passiert oft nichts. Dies hat etwas damit zu tun, dass in Netzwerken

- ❶ keine Managementkompetenz und/oder
- ❶ keine Umsetzungskompetenz

vorhanden ist.

Man kann Erfolg nur messen, wenn man das Ziel kennt. Und hier liegt eine gewisse Problematik (nicht

nur) bei ärztlichen Organisationen: Man hat bereits am Anfang das Ziel nicht oder nicht klar definiert und kann daher den Erfolg auch nicht klar bestimmen. Bei vielen Projekten führt dies zu einer gewissen Frustration. Für Ärztenetze kann dies bedeuten, dass die Mitglieder das Ziel nicht kennen und daher auch nicht den Erfolg oder Nutzen für sich erkennen können. Und es wichtig, dass man Projekte bewerten kann. Und dass man erkennen kann, wenn geplante Szenarien nicht eingetreten sind und wie man ggf. größeren Schaden verhindern kann.

Wenn größere Unternehmen neue Geschäftsfelder aufbauen wollen oder neue Unternehmungen ihre Finanzierung mit Banken besprechen, wenn also die Unternehmensentwicklung betriebswirtschaftlich geplant wird, wird ein Businessplan erstellt. Er stellt die Grundlage für die Strategie- und Planungskonzepte dar.

BUSINESSPLAN

Ein Ärztenetz ist sicherlich nicht vergleichbar mit einem börsennotierten Unternehmen, aber im Kern ist die Vorgehensweise identisch, denn es geht um die Abbildung einzelner Geschäftsfelder, deren Ziele und ihren Erfolg. Selbstverständlich muss man den Aufwand und Umfang eines Businessplans an die Größe des Unternehmens/Ärztenetzes und des Projekts anpassen.

Module eines Businessplans

Executive Summary

Geschäftsmodell

Zielmarkt

Ziele und Strategie

Leistungsportfolio

Marketing und Vertrieb

Management, Personal und Organisation

Chancen und Risiken

Finanzplanung

EXECUTIVE SUMMARY

Dies stellt die komprimierte Zusammenfassung des gesamten Businessplans dar und vermittelt damit den ersten Eindruck und soll den Leser animieren, sich weiter mit dem Geschäftsplan auseinanderzusetzen. Die Executive Summary ist die Vision des Konzepts. Wer schon mal gezwungen wurde eine Idee in kurzen, prägnanten Sätzen darzulegen, weiß wie schwierig dies ist. Man macht aber auch die Erfahrung, wie sehr dies hilft die Idee konkret und eindeutig zu fassen.

Wenn man beispielsweise die Erstellung eines Behandlungspfades nimmt muss man sehr konkret folgende Fragen beantworten können:

- was ist das konkrete Ziel des Behandlungspfades,
- welche Patienten werden angesprochen,
- wie viele Patienten (Marktpotenzial) betrifft dies,
- mit welchen Einsatz (personell/finanziell) wird das Ziel erreicht?

Die Executive Summary wird immer erst zum Schluss geschrieben, wenn alle Fakten zusammengetragen sind.

GESCHÄFTSMODELL

Ein Geschäftsmodell hat nur dann einen Erfolg, wenn es einen eindeutigen Nutzen in einem ausreichenden Markt bietet – eine typische betriebswirtschaftliche Definition und doch trifft es auch auf einen Behandlungspfad zu. In diesem Teil wird konkret beschrieben, was man vorhat. **Es sollen damit folgende Fragen beantwortet werden:**

- was wird angeboten,
- was ist das Ziel,
- worin besteht der Vorteil,
- wie wird das Ziel erreicht?

Ein Geschäftsmodell exakt schriftlich zu beschreiben, ist eine Herausforderung, denn man muss klar und präzise formulieren. Wichtig sind hierbei auch Abgrenzungen zu anderen Modellen oder Strukturen.

ZIELMARKT

Der Zielmarkt beschäftigt sich mit den Fragen von Marktpotenzial, Volumen und Anteil. Wenn man den Behandlungspfad betrachtet, geht es darum zu wissen, um welche Krankheit es sich handelt und wie viele Patienten davon betroffen sind. Daher werden Behandlungspfade für häufig vorkommende Krankheiten und chronische Patienten entwickelt. Man muss genauer prüfen, wie viele Patienten mit einer bestimmten Erkrankung haben die einzelne Arztpraxis, das Netz und die jeweilige Versorgungsregion.

ZIELE UND STRATEGIE

Nach der Beschreibung der Vision versucht man nun die Ziele und Vorgaben zu definieren. Ohne Ziele weiß man nie, ob man mit seinen Maßnahmen Erfolg hatte. Dieser Schritt schließt sich an die Analyse der Versorgungsregion an. **Für den Behandlungspfad sind somit folgende Fragen zu klären:**

- wie viele beispielsweise chronische Patienten einer Krankheit kann ich erreichen,
- ergibt dies eine messbare Größe,
- wie kann ich diese Patienten erreichen?

Das Ziel muss eine messbare Größe sein, denn man will den Erfolg messen können. Die Strategie klärt, wie man die Ziele erreichen kann.



LEISTUNGSPORTFOLIO

Der Schwerpunkt dieses Teils ist die Beschreibung der Leistungen oder Produkte, die letztlich die Basis darstellen. **Der Behandlungspfad muss daher auf folgende Fragen Antworten bieten:**

- worin besteht der innovative Charakter,
- wie ist der aktuelle Stand der Medizin,
- was sind die Merkmale der strukturierten Behandlungsweise?

MARKETING UND VERTRIEB

Diese Begrifflichkeiten der Betriebswirtschaftslehre passen nicht in die Welt der Arztpraxen und Ärztenetze. Zum Marketing gehört allerdings eben auch, dass die Leistungen professionell dem Kunden angeboten werden. In unserem Beispiel des Behandlungspfades bedeutet dies, dass einerseits die Arztpraxen entsprechend informiert werden und in Folge sie auch ihre Patienten informieren können. Falls eine Krankenkasse oder ein Pharmaunternehmen integriert ist, werden auch hierüber Informationen organisiert werden. Letztlich geht es um die Verbesserung der Ergebnisqualität.

MANAGEMENT, PERSONAL UND ORGANISATION

Es geht hierbei um die handelnden Personen – Führungskräfte und Personal. Das beste Geschäftsmodell – oder eben ein durchgeplanter Behandlungspfad – ist nichts wert, wenn keine Qualität da ist, die Strategien umzusetzen. Dies wird oft bei den Modellen vernachlässigt. **Für den Behandlungspfad bedeutet dies:**

- Qualität beim Arzt und den unterstützenden MFA,
- Qualität beim Ärztenetze, die dies insgesamt managen müssen,
- Qualität beim kooperierenden Partner (z.B. Krankenkasse).

Ohne die – wie oben dargelegt – fachlichen Qualitäten und eine entsprechende Organisationsstruktur bei dem Ärztenetz wird eine Umsetzung nicht funktionieren. Die Prozessorganisation in der Arztpraxis und im Ärztenetz muss sinnvoll und effizient geplant werden. Ein Ärztenetz muss daher die Qualität bei den Arztpraxen kritisch prüfen und ggf. verbessern. Dies ist eine Managementaufgabe.

Zur Organisation gehört auch das Controlling und Berichtswesen. Dies sind die Steuerungsinstrumente, um ggf. Schwachstellen schnell zu erkennen und eine transparente Datenlage zu haben, um eine zielgerichtete Datenauswertung zu generieren.

CHANCEN UND RISIKEN

Alle unternehmerischen Entscheidungen sind zwangsläufig mit Chancen und Risiken verbunden. In diesem Segment geht es darum, dies zu erarbeiten.

Die Erfahrung zeigt, dass oft die Risiken eher unterbewertet werden und der Schwerpunkt auf den Chancen liegt. Hier ist immer Vorsicht geboten. Mit Hilfe der einfachen und in der Beratungspraxis bewährten SWOT-Analyse kann man Chancen und Risiken sowie Stärken und Schwächen schnell erkennen und abbilden. Die nachstehende Abbildung verdeutlicht dies.

SWOT-Analyse



Abbildung 2: SWOT-Analyse – Autor: Dr. Georg Angermeier, in Projektmagazin – Fachportal für Projektmanagement

FINANZPLANUNG

Die Finanzplanung gehört zum Kernstück des Businessplans, denn sie setzt die Ideen, das Geschäftsmodell, nun in konkrete Zahlen um. Die Finanzplanung ist in folgende Pläne unterteilt:

- Investitionsplan
- Finanzierungsplan
- Liquiditätsrechnung

Beim Investitionsplan muss man nun konkret festlegen, welche Anschaffungen für die Realisierung des Geschäftsmodells benötigt werden. Im Beispiel des Behandlungspfades werden dies keine großen Sachinvestitionen sein, sondern vielmehr die Bereitstellung personeller Ressourcen, sei es über das Netzwerk oder durch die einzelnen Arztpraxen. In aller Regel bedarf es auch einer entsprechenden IT-Ausstattung – dies wird oft unterschätzt. Man braucht spezielle Präsentations- und Visualisierungsprogramme. Der Investitionsplan heißt auch Mittelverwendung und man drückt damit aus, wohin die Finanzierungsmittel fließen.

Der Finanzierungsplan, auch Mittelherkunft genannt, legt dar, woher die Mittel kommen. Man unterscheidet zwischen Eigen- und Fremdkapital. Für ein Ärztenetz ist es von entscheidender Bedeutung, wie Mittel für ein Projekt aufgebracht werden. Und es ist in der Verantwortung des Ärztenetzes, dass dies vorher ge-

klärt ist. Man macht oft den Fehler, dass man – wenn keine großen Sachinvestitionen nötig sind – die Einbringung der personellen Kapazitäten vernachlässigt, denn mit einem neuen Projekt können oft andere Aktivitäten nicht (mehr) termingerecht erledigt werden. Oder man ist sich im Klaren, dass die Prioritäten anders festgelegt werden. Gute Ideen oder Projekte scheitern oft daran, dass man die Investitionen unterschätzt und deswegen keine klare Finanzierungsstruktur hat. Investitions- und Finanzierungsplan bedingen einander.

In der Liquiditätsplanung werden die Kosten und Erlöse gegenübergestellt. Hier entscheidet sich oft, ob Projekte tatsächlich realisiert werden können.

Mit der strukturierten Vorgehensweise in Form eines Businessplans kann ein Ärztenetz sehr klar die wichtigsten Sachverhalte herausarbeiten, analysieren und sich kritisch damit auseinandersetzen. Wohlgedacht müssen immer Aufwand und Nutzen in einer vernünftigen Relation zueinander stehen.

Kontakt:

Andreas Willmann

Diplom-Betriebswirt (FH), Gesundheitsökonom (ebs)

Am Junkerngarten 18

63654 Büdingen

Tel.: +49 (0) 6042 95 01 75

E-Mail: andreas_willmann@t-online.de

5

KAPITEL

KOMMUNIKATIVE GRUNDLAGEN



Lars Bongartz, Diplom-Hdl.

Im Gesundheitswesen tätig seit 1999

Spezialgebiet: sektorenübergreifende Projektarbeit

Kaufmännischer Leiter der GFG mbH, Wetzlar

Motivation für gemeinsame Projekte

Wenn sich berufliche Netzwerke bilden, um gemeinsame Projekte zu entwickeln, können die Motivationen der einzelnen Beteiligten höchst unterschiedlich sein. Auch ärztliche Netzwerke bilden hier keinen Unterschied. Um ein Projekt erfolgreich entwickeln zu können, sollten wesentliche Voraussetzungen gegeben sein. Hierzu zählen: Ein **gutes Produkt** und **dauerhafte Motivation** der Netzwerkpartner sowie ein Anreiz, sei er nun monetär oder z. B. ein Freizeitgewinn.

Menschen sind unterschiedlich. Der eine hat schon immer den Charakter des Introvertierten, der andere war bereits in der Schule der Klassenclown.

Auch die Motive der Netzärzte sich im Netz zu engagieren oder Netzmitglied zu sein, sind so unterschiedlich wie die Netze selbst. Sie sind idealistisch, materialistisch, politisch, persönlich usw. Die Ärzte machen mit, weil sie sich unter anderem mehr Spaß an der Arbeit durch die organisierte Form der kollegialen Zusammenarbeit erhoffen, etwas mehr Freizeit, zudem mehr Sicherheit durch die Gemeinschaft, eventuell auch um regionale Interessen besser vertreten zu können. Darüber hinaus erhoffen sich viele der Ärzte, die sich einem Netz anschließen, dass sich Vorteile für sich selbst oder ihre Patienten realisieren lassen. Manche Netzärzte setzen auch auf finanzielle Anreize, andere wiederum möchten spezielle Projekte realisieren. Nicht selten schließen sich Ärzte aber nur einem Netz an, um nichts zu verpassen.

Wie begeistert man Kollegen für Mehrarbeit?

Netzarbeit bedeutet in vielen Fällen **Mehrarbeit** der im Netz handelnden Personen. Ärztliche Netzwerke leben vor allem von der Mitarbeit niedergelassener Ärzte – neben ihrer eigentlichen Praxistätigkeit. Wenn sich ein niedergelassener Arzt in seiner beruflichen Situation gut organisiert und mit dieser engagiert hat, stellt sich die Frage, warum er dann zusätzlich kostbare Freizeit gegen mühsame Netzarbeit tauscht.

Wahrscheinlich weiß es niemand genau, wie viele Arztnetze es in Deutschland gibt. Gerade viele der kleinen irgendwann einmal gegründeten Netzwerke sind entweder nicht mehr existent oder werden nur noch durch wenige engagierte Netzwerker am Leben erhalten und die große Masse nimmt nicht teil.

Die seit längerer Zeit existierenden Arztnetze mit größerer Mitgliederzahl und engagierten Netzärzten zeigen jedoch ein wesentliches immer wiederkehrendes Merkmal: ein gutes Produkt steht im Mittelpunkt der Netzarbeit.

Am Beispiel des Lahn-Dill-Kreises in Mittelhessen und dem dortigen Arztnetz. A.N.R. e.V. wird nachfolgend aufgezeigt, auf welche Weise man niedergelassene Ärzte für **Mehrarbeit in bestehenden Netzen** gewinnen kann.

Der A.N.R. e.V. ist ein regionales, fachübergreifendes Arztnetz aus dem Lahn-Dill-Kreis in Mittelhessen. Gegründet wurde der Verein „Arzt-Notruf in der Region“ 1996 und wird seither ohne professionelles und hauptamtliches Management durch niedergelassene Ärzte der Region geführt.

Ein Vorzeigeprojekt und das bisherige Kernprodukt des A.N.R. e.V. ist die entscheidende Ursache dafür, dass das Arztnetz bis heute besteht und eine hohe Akzeptanz erfährt: Bereits seit 1999 ist die Rettungsleitstelle des Lahn-Dill-Kreises zu speziellen Zeit-

fenstern¹ mit Disponenten der Rettungsleitstelle und einem niedergelassenen Arzt besetzt. Diese spezielle Organisationsform basiert auf einer einstimmigen Absichtserklärung² vom Ende der 1990er Jahre, den Not(fall)dienst gemeinsam mit der Leitstelle durchzuführen. Entstanden ist die integrierte Leitstelle Lahn-Dill³ (siehe Abbildung 1).

Die arztbesetzte Leitstelle führt im Ergebnis dazu, dass sowohl niedergelassene Ärzte, als auch die Organisation des Rettungsdienstes entlastet werden⁴:

Alleine die Tatsache, dass niedergelassene Ärzte des Lahn-Dill-Kreises, während ihrer Bereitschaftsdienstzeiten aufgrund der Existenz der arztbesetzten integrierten Leitstelle deutlich seltener zu nächtlichen Patientenbesuchen gebeten werden, kann als wesentliche Ursache dieser langjährig erfolgreichen Kooperation herangezogen werden.

Der A.N.R. e.V., also das Arztnetz, koordiniert und organisiert den Einsatz der Ärzte in der integrierten Leitstelle. Hierzu gehört u. a. das Erstellen und Koordinieren von Dienst- und Einsatzplänen.

¹ Wochentags 19 Uhr – 7 Uhr; mittwochs ab 14 Uhr; freitags 19 Uhr bis montags 7 Uhr durchgehend.

² Durch die Kreisstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen sowie den Kreistag des Lahn-Dill-Kreises.

³ Auf der Homepage des A.N.R. e.V. (www.anr-lahndill.de) kann nachgelesen werden, wie die Integrierte Leitstelle im Detail organisatorisch aufgebaut ist.

⁴ Auf der Homepage des A.N.R. e.V. (www.anr-lahndill.de) kann nachgelesen werden, welche Vorteile die Integrierte Leitstelle für die Mitgliedsärzte bewirkt.

A.N.R. e.V. – Integrierte Leitstelle



Abbildung 1: Koordination und Organisation der Ärzte durch den A.N.R. e.V.; eigene Abbildung des Autors

Das in aller Kürze vorgestellte Projekt ist bereits entwickelt und wird seit vielen Jahren erfolgreich betrieben.

Die von Mehrarbeit direkt betroffenen Ärzte (u. a. Vorstandsärzte und Dienstärzte der Integrierten Leitstelle) erhalten ihre Anreize zur Mehrarbeit im Wesentlichen durch zwei dauerhafte Vorteile des Projektes: Zum einen realisiert jeder Arzt im Lahn-Dill-Kreis durch die Integrierte Leitstelle einen Freizeitgewinn aufgrund eines guten Supports von Patienten und Ärzten in Bereitschaftsdienstzentralen. Zum anderen erhalten die Vorstandsärzte und die in der Integrierten Leitstelle diensthabenden Ärzte eine **Vergütung**. Die für diese Ärzte handfesten Projektvorteile führen direkt zu einer **Motivation**, das Projekt dauerhaft zu unterstützen. Die „Mitläuferärzte“ des Arztnetzes genießen **ohne Mehrarbeit** den dauerhaften Vorteil des **Freizeitgewinns**. Hieraus lässt sich die Motivation ableiten, dauerhaft Vereinsmitglied zu sein und das Projekt somit zu unterstützen.

Die finanziellen Mittel für das Projekt stammen aus einer Drittelfinanzierung (niedergelassene Ärzte des Lahn-Dill-Kreises, Kassenärztliche Vereinigung, Kostenträger).

Das Projekt der Integrierten Leitstelle ist inzwischen nicht nur regional, sondern auch überregional bekannt. Sowohl regelmäßige Besuche und Visitationen von Regional-, Landes- und Bundespolitikern, sowie Vor-Ort-Termine von Kostenstellenvertretern zeigen, dass das Projekt sich u. U. für eine Übertragung auf andere Regionen eignet. Diese Anerkennung durch Dritte und die sich daraus ergebende Motivation ist ein nicht zu vernachlässigender Faktor, um ein entwickeltes Projekt dauerhaft betreiben zu können.

Abschließend sei erwähnt, dass Kommunikation über Erfolge und Weiterentwicklungen der Netzarbeit und des Projektes monatlich im Rahmen von für Vereinsmitglieder öffentlicher Vorstandssitzungen erfolgt. Darüber hinaus findet eine jährliche Mitgliederversammlung statt.

Als Zwischenfazit kann festgehalten werden, dass beim bereits entwickelten Projekt und Positivbeispiel A.N.R. e.V.: drei wesentliche Voraussetzungen für einen dauerhaft erfolgreichen Projektbetrieb gegeben sind:

1. ein gutes Produkt (Integrierte Leitstelle),

2. ein Anreizsystem für Mitgliedspraxen des A.N.R. e.V. (Freizeitgewinn durch z. B. weniger Hausbesuche während der Notdienstzeiten) und mit Projektaufgaben betrauten Ärzten (Vergütung) sowie

3. eine hohe Motivation der zentral beteiligten Personen (z. B. Vorstand, Bereichsleiter, Diensthabende Ärzte der Leitstelle). Die (dauerhafte) Motivation ergibt sich neben der Reflektion von individuellen Vorteilen auch durch die Anerkennung der Leistung des A.N.R. e.V. durch externe Personen und Institutionen.

Wenn alle drei zuvor genannten Voraussetzungen gegeben sind, sind wichtige Bedingungen hergestellt, damit niedergelassene Ärzte bereit sind, neben ihrer originären Praxistätigkeit, Mehrarbeit in Projektarbeit einzubringen (im Beispiel in Form von Vorstandstätigkeiten oder Diensten in der Leitstelle).

Sektorenübergreifende Projekte – Chancen und Risiken eines neuen Projektes

Das Projektbeispiel des durch den A.N.R. e.V. organisierten Arzt in der Integrierten Leitstelle des Lahn-Dill-Kreises hat aufgezeigt, welche Voraussetzungen gegeben sein sollten, damit Mehrarbeit von Ärzten dauerhaft akzeptiert wird und ein Projekt damit Bestand hat.

Insbesondere bei neuen Projekten und Projektweiterentwicklungen ist es berechtigt, die neuen Projekte mit seinen Chancen und Risiken zu bewerten. Wenn sich Netzärzte vor einem Projektstart aller wesentlichen Chancen und Risiken bewusst sind, lassen sich Entscheidungen gewissenhafter treffen.

Ausgehend vom Erfolg der Integrierten Leitstelle (vgl. Vorkapitel) sowie unter Berücksichtigung der ursprünglichen Netz-Gründungsgedanken (Gründungshintergrund u. a. zur Optimierung von Fort- und Weiterbildung) wurde im Frühsommer 2011 die Gesellschaft zur Förderung der Gesundheitsregion Lahn-Dill mbH (kurz: GFG) gegründet.

Gegründet wurde die GFG durch die beiden Gesellschafter Lahn-Dill-Kliniken GmbH und den A.N.R. e.V. Es handelt sich also um ein Gemeinschaftsunternehmen zwischen einem großen Krankenhaus und einem Arztnetz. Als Gesellschaftsform wurde die GmbH als Kapitalgesellschaft gewählt. Es wurde bewusst die GmbH als Gesellschaftsform gewählt. Unter anderem soll hiermit eine Dauerhaftigkeit und Verbindlichkeit zum Ausdruck gebracht werden.

Die GFG hat den Zweck, die Förderung und Verbesserung der medizinischen Versorgung von Bürgern und Bürgerinnen der Region zu unterstützen. „Unterstützung“ ist hier das Schlüsselwort, denn die medizinische Versorgung von Bürgern und Bürgerinnen funktioniert seit Jahren auch ohne die GFG gut und wird

auch in Zukunft gut funktionieren. Allerdings verändern sich die Strukturen des Gesundheitswesens: Die in der Vergangenheit eher strikte Trennung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung wird in Teilbereichen aufgeweicht oder aufgehoben werden.

Hier setzt der Grundgedanke der GFG an. Allen Beteiligten an der Gesundheitsversorgung der Region dient die GFG als Ansprechpartner bei Fragen. Ferner unterstützt die GFG sinnvolle Projekte an der Schnittstelle ambulant/stationär.

Darüber hinaus werden konkrete aktuelle Projekt-tätigkeiten in folgenden Bereichen erbracht:

- Weiterbildungsverbund Allgemeinmedizin,
- Sektorenübergreifende Kommunikation via EDV,
- Planung und Unterstützung bei der Sicherstellung landärztlicher Versorgung,
- Sektorenübergreifende Gesundheitsakademie.

Die Gründung der GFG erfolgte u. a. vor dem Hintergrund, dass viele Projekte im Bereich der Gesundheitsversorgung nur dann dauerhaft erfolgreich entwickelt werden können, wenn die Interessen beider Sektorenpartner (niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser) berücksichtigt werden. Im Lahn-Dill-Kreis konnte die GFG mbH gegründet werden, da beide GFG-Gesellschafter auf Leitungsebene ohnehin bereits seit Jahren **vertrauensvoll** miteinander umgehen. Gewachsen ist dieser vertrauensvolle Umgang Schritt für Schritt auf Basis regelmäßiger persönlicher Gespräche zwischen Netzärzten und der Krankenhausgeschäftsführung. Getroffene Absprachen wurden immer eingehalten und im Rahmen von Gesprächen eigene Interessen offen **kommuniziert**. Im konkreten Beispiel der GFG im Lahn-Dill-Kreis zeigt sich aber auch, dass das „menscheln“ ein extrem wichtiger Faktor für erfolgreiche Kommunikation und Projektarbeit ist.

Auf Basis der vorhandenen Strukturen und auf Basis des über Jahre entwickelten Vertrauens konnte die GFG mbH gegründet werden. Der Betrieb der GFG mbH wird in der Startphase der Gesellschaft mit finanzieller Unterstützung der Klinikseite sichergestellt.

Auch diese Vorleistung des einen Gesellschafters ist nur möglich, da zwischen beiden Partnern über viele Jahre ein Vertrauensverhältnis aufgebaut wurde und die Gesellschaftsvertreter menschlich zueinander passen.

Mit Inbetriebnahme der GFG mbH Mitte 2011 wurde ein kaufmännischer Leiter eingestellt, für den sich in einem Personalauswahlverfahren beide GFG-Gesellschafter entschieden haben.

*Als weiteres Zwischenfazit kann festgehalten werden, dass Netzwerkarbeit und erfolgreiche Projektentwicklung dann dauerhaft funktionieren kann, wenn **nicht nur eigene Interessen**, sondern auch diejenigen von Kooperationspartnern berücksichtigt werden. Bei zu einseitiger Interessensverfolgung im Rahmen von Projektentwicklungen besteht die Gefahr, dass die Motivation des benachteiligten Partners sinkt und die Dauerhaftigkeit der Projektarbeit nicht erreicht wird.*

*Entwicklungen von sektorenübergreifenden Projekten können nur dann dauerhaft erfolgreich gelingen, wenn sich Vertreter beider Sektoren auf **gemeinsame Ziele** verständigen. Im Lahn-Dill-Kreis mündete die Verständigung auf gemeinsame Ziele in die Gründung einer sektorenübergreifenden GmbH (GFG mbH), der Erstellung eines GmbH-Vertrages und der Formulierung des Unternehmenszwecks. Die Gesellschafter der GFG mbH sind der A.N.R. e.V. (vgl. Vorkapitel) sowie die Lahn-Dill-Kliniken GmbH (kreisgetragenes Krankenhaus der Region).*

Nachfolgend wird am Projektbeispiel Sicherstellung der landärztlichen Versorgung der Gesellschaft zur Förderung der Gesundheitsregion Lahn-Dill mbH aufgezeigt, wie erfolgreiche Projektarbeit bei neuen Projekten betrieben werden kann und die notwendige Motivation der beteiligten Ärzte erreicht und aufrechterhalten wird.

PROJEKT SICHERSTELLUNG DER LANDÄRZTLICHEN VERSORGUNG

In den Vorkapiteln wurde die These formuliert, dass für dauerhaft erfolgreiche Netzwerkarbeit diverse Voraussetzungen⁵ gegeben sein sollten. Im Lahn-Dill-Kreis ist derzeit das Projekt „Sicherstellung landärztlicher Versorgung“ in der Entwicklung. Das Projekt ist noch nicht realisiert, befindet sich jedoch auf einer vielversprechenden Entwicklungsstufe. Anhand dieses Projektbeispiels wird aufgezeigt, wie erfolgreiche Projektarbeit funktionieren kann.

KURZVORSTELLUNG DES PROJEKTES

Ambulante ärztliche Versorgung in ländlichen Regionen des Lahn Dill Kreises ist – allen Erhebungen und Prognosen zufolge – eine zu lösende Herausforderung der Zukunft. Aktuell ist die ambulante Versorgung der Bevölkerung in ländlichen Regionen noch sichergestellt. Da ein Großteil der niedergelassenen Hausärzte im Lahn-Dill-Kreis zwischen 50 und 59 Jahren alt ist, wird das „Nachfolgerproblem“ in 5 bis 10 Jahren akut relevant sein. Die prognostizierte Folge ist, dass die Bevölkerung in ländlichen Regionen des Lahn-Dill-Kreises zwar weiterhin mit ambulanten hausärztlichen Angeboten versorgt werden kann, hierfür aber weitere und längere Fahrzeiten auf sich nehmen muss. Da gerade in ländlichen Regionen

oftmals ältere Menschen wohnen, die unter Umständen keinen PKW zur Verfügung haben, immobil sind oder aus anderen Gründen auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen sind, steht zu befürchten, dass die betroffene Bevölkerung umständlich und zeitintensiv reisen oder kostenintensiv hausärztlich besucht werden muss.

Mit den Gesellschaftern der GFG mbH wurde ca. Mitte 2012 vereinbart, ein Betreiberkonzept zur Sicherstellung landärztlicher Versorgung zu entwickeln. Das Betreiberkonzept hat dabei den Anspruch, dauerhaft anwendbar zu sein und jederzeit eine Erweiterung oder Reduzierung der teilnehmenden Praxen/Standorte zuzulassen.

Erarbeitet wurde das Betreiberkonzept von der kaufmännischen Leitung der GFG, inkl. Beratung durch eine Kanzlei für Medizinrecht. Parallel wurde das Projekt auf Ebene des Netzvorstandes und der Krankenhausausschäftsführung diskutiert und Modifikationen haben Berücksichtigung gefunden. Der fertige Businessplan wurde im Rahmen einer Präsentation beiden Gesellschaftern gemeinsam vorgestellt und diskutiert. Die Diskussion im Kreis der GFG-Gesellschafter hat gezeigt, welche Motivationen beide Partner haben und dass diese nicht im Widerspruch zueinander stehen, sondern sich gegenseitig befruchten (Tabelle 1).

Motivationshintergründe für das Projekt „landärztliche Versorgung“ aus der Perspektive

des A.N.R. e.V.	beider GFG-Gesellschafter	der Lahn-Dill-Kliniken GmbH
Sicherstellung Praxisübergabe einiger ANR-Mitglieder auch zukünftig regionale Sicherstellung hausärztlicher Versorgung auf dem Land	Verknüpfung zu anderen GFG-Projekten (z. B. sektorenübergreifender Datenaustausch; Weiterbildungsverbund Allgemeinmedizin)	Erhalt eines breiten Zuweisernetzes

Tabelle 1: Motivationshintergründe des Projektes „Sicherstellung der landärztlichen Versorgung im Lahn-Dill-Kreis“ aus verschiedenen Perspektiven

⁵ 1. ein gutes Produkt, 2. ein Anreizsystem, 3. eine hohe Motivation, 4. Kommunikation mit und Vertrauen zueinander

Die Projektweiterentwicklung wurde durch die Gesellschafter einstimmig beschlossen.

Der Projektkern ist ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ), wobei Zweigpraxen an das MVZ angegliedert werden, um aus den Zweigpraxen heraus die landärztliche Versorgung mit im MVZ angestellten Ärzten sicherzustellen. Die Gründungsgesellschafter gründen in einem ersten Schritt eine GmbH. Der GmbH kommt als Trägergesellschaft die Aufgabe zu, innerhalb der nächsten Jahre eine kreisweite hausärztlich-ambulante Versorgungsstruktur aufzubauen.

Die „MVZ-Zweigpraxisstandorte“ werden am Ort und in den Räumen der (ehemals) notleidenden Praxis⁶ gegründet. Die Bevölkerung wird also an gewohnter Stelle hausärztlich versorgt – jedoch zukünftig nicht mit ortsbekannten Praxisinhabern, sondern mit, u. U. zeitlich wechselnden, angestellten Ärzten.

Da nur sog. „notleidende Praxen“ als MVZ-Zweigpraxisstandorte Berücksichtigung finden, war bereits während der Businesserstellungphase davon auszugehen, dass niedergelassene Ärzte im Umfeld des MVZ-Zweigpraxisstandortes diesen nicht als Bedrohung wahrnehmen.

Die angestellten Ärzte werden sich aus verschiedenen Zielgruppen rekrutieren:

- „Rentnerärzte“ der Region. Dies sind ehemals niedergelassene Ärzte, die kein Verlangen mehr haben, eine eigene Praxis zu managen aber gerne noch 10 oder 20 Stunden pro Woche medizinisch tätig sein würden.
- Ärzte in beruflicher Auszeit. Ein Angebot richtet sich z. B. an Ärztinnen mit Kindern. Auch hier gilt, dass einige dieser Ärztinnen weder die Zeit, noch das Verlangen haben, eine eigene Praxis mit eigenem Risiko zu betreiben.
- Stundenweise Dienstschichten sind in den MVZ-Zweigstellen möglich.
- Niedergelassene Ärzte, die ihr Einkommen aufbessern wollen.
- Krankenhausärzte, die ihr Einkommen aufbessern wollen.
- Ärzte aus dem gesamten Bundesgebiet, die ein allgemeinärztliches Angestelltenverhältnis attraktiver bewerten, als eine Tätigkeit in eigener Praxis.

⁶ Von zentraler Bedeutung ist der Grundgedanke des Projektes, nur solche Praxen bzw. Praxisstandorte aufzunehmen, die nachweisbar keinen klassischen Praxisnachfolger finden. An erster Stelle soll auch in Zukunft stehen, dass hausärztliche Patientenversorgung durch niedergelassene Ärzte und in deren Praxen sichergestellt wird. Das in seiner Theorie inzwischen entwickelte Projekt zur Sicherstellung hausärztlicher Versorgung beschreibt eine „Auffanggesellschaft für notleidende Praxen“. Die „Not“ kommt allerdings weder aus einer zu geringen Patientennachfrage oder einer unwirtschaftlichen Praxissituation, sondern vielmehr aus dem Umstand, dass der praxisabgabewillige Arzt keinen Praxisnachfolger findet, selber aber beruflich kürzer treten oder in den Ruhestand wechseln möchte. Befindet sich eine solche Praxis zeitgleich in einer Region, in der die Bevölkerung im Falle des ersatzlosen Wegfalls des Praxisstandortes nicht mehr ausreichend hausärztlich versorgt werden kann, so handelt es sich im Sinne des Betreiberkonzeptes um eine projektrelevante Praxis.

Führt man alle wirtschaftlich relevanten Einflussgrößen zusammen, zeigt sich folgende Ergebnisprognose:

Ergebnisprognose im Zeitverlauf MVZ Lahn-Dill in %				
	2012	2013	2014	2015
	Vorlaufphase	Gründung MVZ	Betrieb MVZ	Betrieb MVZ
	0 %	- 9 %	- 19,50 %	- 19,50 %
		Gründung Zweigpraxis	Betrieb Zweigpraxis	Betrieb Zweigpraxis
		- 8 %	28 %	38 %
			Gründung Zweigpraxis 2 + 3	Betrieb Zweigpraxis 2
				38 %
			- 16 %	Betrieb Zweigpraxis 3
				38 %
gesamt	0 %	- 17 %	2 %	99 %
summiert	0 %	- 17 %	- 14,50 %	79 %

Tabelle 2: Ergebnisprognose des Projektes „Sicherstellung der landärztlichen Versorgung im Lahn-Dill-Kreis“

Ab dem Jahr 2014 wird das MVZ Lahn-Dill positive Ergebnisse erzielen. Bis Ende 2015 wird die Summe der Überdeckungen die addierten Unterdeckungen der Gründungsjahre übersteigen.

Wie bereits angesprochen, wurde ein detaillierter Businessplan erstellt, der den Gesellschaftern der GFG mbH vorgestellt wurde.

In einem nächsten Schritt wurden das Projekt und der zugehörige Businessplan den Mitgliedern des A.N.R. e.V. im Rahmen der Jahreshauptversammlung vorgestellt. Erfreulicherweise waren die Feedbacks der direkt oder indirekt betroffenen niedergelassenen Ärzte durchweg positiv. Vereinbart wurde, das Projekt weiterzuentwickeln und wesentliche Projektentwicklungsschritte regelmäßig den A.N.R.-Mitgliedspraxen bekannt zu machen.

So wird auch in den nächsten Projektweiterentwicklungsschritten am Grundsatz festgehalten, keine Projektentwicklung „im Verborgenen“ zu betreiben, sondern neben Entscheidungsträgern auch möglichst

frühzeitig möglichst transparent zu agieren und zu planen. Im Lahn-Dill-Kreis ist geplant, das Projekt und dessen Weiterentwicklung z.B. im Rahmen von vorhandenen Qualitätszirkeln regelmäßig vorzustellen.

AUSWIRKUNGEN DES PROJEKTES

Das Projekt „Sicherstellung der landärztlichen Versorgung im Lahn-Dill-Kreis“ hat Auswirkungen auf Patienten, klassische Allgemeinarztpraxen, Facharztpraxen und die regional tätigen Krankenhäuser.

Wesentliche Wirkungen werden im nachfolgenden Schaubild (Tabelle 3) aufgezeigt.

Insgesamt zeigen Rückmeldungen niedergelassener Allgemeinmediziner und niedergelassener Fachärzte, dass das Projekt vor allem als dauerhafte Chance und kaum als Risiko wahrgenommen wird.

Rund 100 Ärzten der Region wurde das Projekt bereits vorgestellt und alle Feedbacks lassen den Schluss zu, dass das Projekt von Seiten der Ärzte dauerhafte Unterstützung zu erwarten hätte.

Auswirkungen des Projektes landärztliche Versorgung auf einzelne Beteiligte

	Chancen	Risiken
niedergelassene Fachärzte	– Erhaltung der Basisversorgung in der Fläche – ggf. Entlastung der eigenen GKV-Fallzahl. Die Fallzahl würde bei ersatzloser Standortauflösung der notleidenden Praxis steigen.	
niedergelassene Hausärzte	– ggf. Entlastung der eigenen GKV-Fallzahl. Die Fallzahl würde bei ersatzloser Standortauflösung der notleidenden Praxis steigen.	– Wettbewerb (geringes Risiko, da nur notleidende Standorte integriert werden)
regionale Krankenhäuser	– Entlastung der eigenen Ambulanzen – Erhaltung vieler Zuweiserstandorte	
Patienten	– Erhaltung einer Basisversorgung vor Ort	– ggf. geringere Praxisöffnungszeiten als im klassischen Praxismodell – ggf. wechselnde Ärzte – Abschwächung des persönlichen Arzt-Patientenverhältnisses

Tabelle 3: Auswirkungen des Projektes „Sicherstellung der landärztlichen Versorgung im Lahn-Dill-Kreis“

Bisher wurde ganz allgemein festgehalten, dass für erfolgreiche Netzwerkarbeit nach Möglichkeit folgende Voraussetzungen gegeben sein sollten:

- ein gutes Produkt,
- Anreize für die Beteiligten,
- Motivation,
- Berücksichtigung gemeinsamer Ziele,
- Berücksichtigung der Interessen aller Projektbeteiligten.

Das Projekt „Sicherstellung der landärztlichen Versorgung“ ist, nimmt man die Rückmeldungen der GFG-Gesellschafter und der über das Projekt informierten niedergelassenen Ärzte als Maßstab, ein gutes Produkt, dessen Realisierung gewünscht wird.

Die **Anreize** für die Projektbeteiligten sind im Vorkapitel dargestellt worden. Aus Perspektive der klassisch niedergelassenen Allgemeinmediziner besteht ein Anreiz darin, dass das Projekt eine positive Auswirkung auf die Freizeitoptionen der Ärzte haben wird. Ohne eine Projektrealisierung würden sich die Patienten der notleidenden Praxisstandorte auf die verbleibenden Standorte verteilen. Da die meisten Landarzt-

praxen bereits heute hohe Fallzahlen versorgen, wäre ein Fallzahlenanstieg kaum zu verkraften. Daneben sei erwähnt, dass ein sprunghafter Fallzahlenanstieg aufgrund geltender Budgetierungsregelungen kaum zu einem Umsatzanstieg führen würde. Ein weiterer Anreiz stellt die Option dar, Zusatzeinkommen als angestellter Arzt zu realisieren.

Die **Motivation** der niedergelassenen Ärzte entsteht aus der Dauerhaftigkeit des Projektes. Es handelt sich um ein Projekt, dass keinesfalls nur übergangsweise geplant wird. Das MVZ Lahn-Dill dient den niedergelassenen Ärzten der Region als Auffanggesellschaft und unterstützt damit die individuelle Sicherheit einzelner Ärzte. Aktuell wird berufspolitisch diskutiert, Ärztenetze als Leistungserbringer anzuerkennen, wenn bestimmte Voraussetzungen gegeben sind. Da der A.N.R. e.V. von Beginn an eng in die Projektentwicklung integriert ist und zumindest theoretisch vorstellbar ist, dass der A.N.R. e.V. perspektivisch als Leistungserbringer anerkannt wird, ist vorstellbar, die MVZ-Trägersgesellschaft zukünftig auf den A.N.R. zu übertragen.

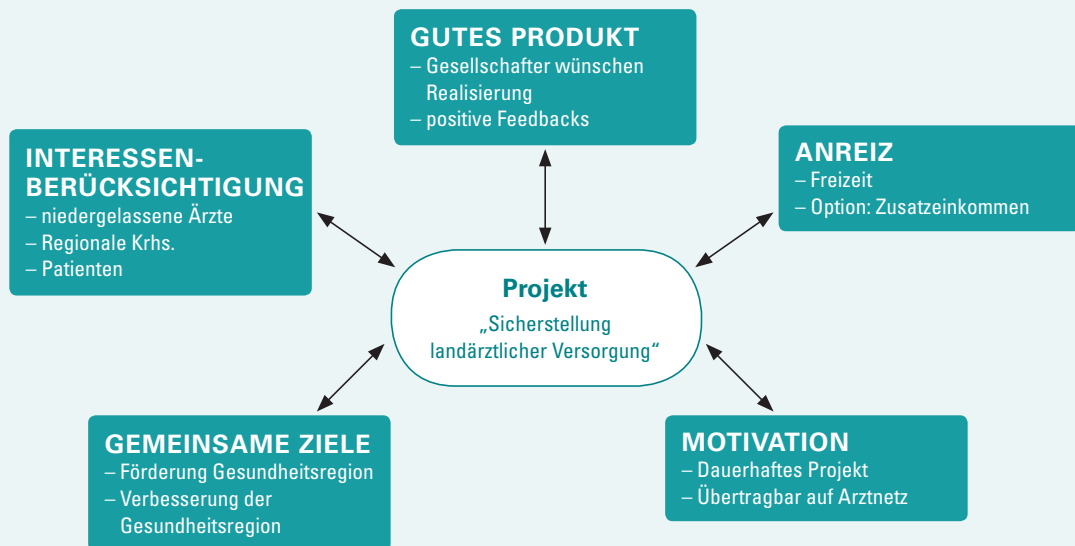


Abbildung 2: Wesentliche Einflussgrößen für eine erfolgreiche Projektrealisierung; eigene Abbildung des Autors

Es handelt sich um ein Projekt der GFG mbH. Ein Unternehmenszweck der GFG ist die Förderung und Verbesserung der medizinischen Versorgung von Bürgern und Bürgerinnen der Region zu unterstützen. Das Projekt „Sicherstellung der landärztlichen Versorgung“ eignet sich hervorragend, um ein Unternehmensziel umzusetzen. Ohne eine Projektrealisierung ist davon auszugehen, dass landärztliche Basisversorgung im Lahn-Dill-Kreis zukünftig immer weniger stattfindet.

Vom Projekt sind direkt oder indirekt niedergelassene Ärzte, regional tätige Krankenhäuser, Patienten der Region und andere im regionalen Gesundheitswesen beteiligte Unternehmen oder Personen betroffen. Die Grafik auf der Vorseite zeigt auf, dass die Chancen die Risiken deutlich übersteigen. Die **Interessen aller Projektbeteiligten** können zusammenfassend positiv berücksichtigt werden.

Die Grafik zeigt auf, dass das Projekt „Sicherstellung landärztlicher Versorgung“ alle wesentlichen Einflussgrößen für eine erfolgreiche Projektrealisierung zu berücksichtigen imstande ist. Trotz der direkten oder indirekten Beteiligung sehr vieler Personen oder Institutionen konnte das Projekt bisher erfolgreich entwickelt werden.

Wie nimmt man die Kollegen mit?

Maßgeblich für eine erfolgreiche Projektarbeit in ärztlichen Netzwerken ist es auch, die breite Masse Netzmitglieder mitzunehmen. „Mitnehmen“ kann in diesem Zusammenhang bedeuten, von den Kollegen Unterstützung für die eigene Tätigkeit bzw. Projektentwicklung zu erhalten. Noch zielführender ist es, wenn sich viele im Netz engagierte Ärzte aktiv an der Projektentwicklung beteiligen.

Aus Perspektive des Verfassers sind zwei Dinge entscheidend, um ärztliche Kollegen mitzunehmen:

- Ein hohes Maß an Transparenz über die Projektarbeit
- Regelmäßige Kommunikation über Projektvorhaben und Projektentwicklungen

Im vorgestellten Beispiel des Projektes „Sicherstellung der landärztlichen Versorgung“ sind die Projektentwickler bisher wie folgt vorgegangen:

1. Projektidee (Austausch im Kreis der Gesellschaftsvertreter)
2. Konkretisierung des Projektes (Erstellung eines Businessplanes)
3. Vorstellung des Businessplanes (im Kreis der Gesellschaftsvertreter)
4. Vorstellung des Projektes im Kreis der Netzärzte
5. Sammeln von Feedbacks (Evaluation) aus dem Kreis der Netzärzte
6. Modifizierung des Businessplanes

Im Mittelpunkt der bisherigen Projektarbeit standen handfeste betriebswirtschaftliche und basisjuristische Arbeit und vor allem Kommunikation und ein offener Umgang untereinander.

Die Projektentwickler und GFG-Gesellschafter sind sich einig, dass im Falle der Projektrealisierung, ein hohes Maß an Transparenz kontinuierlich in die niedergelassene Ärzteschaft transportiert werden muss.

Bisher wird darüber nachgedacht, jedem ANR-Mitglied anzubieten, entweder Gesellschaftsanteile zu erwerben⁷ oder mindestens hohe Informationsrechte zur Verfügung gestellt zu bekommen. Die Mindestvoraussetzung für den Erwerb von Informationsrechten ist eine Mitgliedschaft im A.N.R. e.V.

Insgesamt handelt es sich um ein Projekt aus der Region und für die Region. Die Projektentwicklung geschieht aus der GFG mbH. Wenn das Projekt realisiert wird und organisatorisch und betriebswirtschaftlich funktioniert, ist eine bisherige Überlegung, dem A.N.R. e.V. eine Übernahmeoption zu gewähren. Hierüber erhält der Verein die Option, auch dauerhaft wirtschaftlich am Projekterfolg zu partizipieren.

Am Beispiel eines GFG-Projektes wurde aufgezeigt, welche Voraussetzungen gegeben und welche Variablen erfüllt sein sollten, um Motivation für gemeinsame Projektentwicklung herzustellen und aufrecht zu erhalten.

Wesentliche Grundvoraussetzungen sind:

Ein gutes Produkt

Anreize für die Beteiligten

Motivation

Berücksichtigung gemeinsamer Ziele

Berücksichtigung der Interessen aller Projektbeteiligten

Damit die Motivation auch langfristig aufrechterhalten bleiben kann, sollten eine kontinuierlich hohe Transparenz und regelmäßige Kommunikation über relevante Projektentwicklungen sichergestellt sein.

Kontakt:

Lars Bongartz

Kaufmännische Leitung

Gesellschaft zur Förderung der Gesundheitsregion

Lahn-Dill mbH

Forsthausstraße 3

35578 Wetzlar

Tel.: +49 (0) 6441 79 26 82

E-Mail: lars.bongartz@gfg-lahn-dill.de

⁷ Da die Gesellschaftsform GmbH für die Trägergesellschaft gewählt wurde, ist ein Erwerb von Geschäftsanteilen grundsätzlich möglich.

INNOVATION IM DIENST DER GESUNDHEIT

BERLIN-CHEMIE entwickelt, produziert und vertreibt pharmazeutische Produkte.

BERLIN-CHEMIE ist eine deutsche Tochtergesellschaft der MENARINI-Group, die seit Jahren den führenden Platz im italienischen Pharmamarkt einnimmt.

BERLIN-CHEMIE ist ein Unternehmen mit einer reichen Tradition und einer dynamischen Entwicklung. In Berlin-Adlershof reicht unsere Geschichte bis ins Jahr 1890 zurück. Die bei uns arbeitenden Menschen kommen zum Teil aus Familien, die sich hier nun schon in der fünften Generation mit der Entwicklung, Herstellung und Vermarktung von Arzneimitteln beschäftigen.

Wir pflegen eine besonders enge Verbindung zu unserem Hauptstandort Berlin, zu dem wir uns nachdrücklich bekennen. Zugleich sind wir ein weltoffenes Unternehmen. In 31 europäischen und asiatischen Ländern sind wir mit eigenen Organisationen vor Ort tätig und beschäftigen mehr als 4.500 Mitarbeiter. Insgesamt arbeiten bei uns Menschen aus mehr als 70 Nationen. Diese Vielfalt zählt zu unseren Stärken.

Als Mitglied des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller steht BERLIN-CHEMIE für Innovationen. Das Ziel unserer Forschung ist es, neue Arzneimittel zu entwickeln um kranken Menschen zu helfen und mehr Lebensqualität zu geben. Wir garantieren in Übereinstimmung mit der Philosophie der MENARINI-Group hochmoderne und sichere Arzneimittelproduktion in Top Qualität.

Schwerpunkt unserer Forschung ist die Entwicklung innovativer Arzneimittel auf den Gebieten:

- Entzündliche Erkrankungen und Schmerz
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Krebserkrankungen
- Virus-Infektionen

EinBlick

gesundheits
management 
Ihre Zukunft gemeinsam gestalten
BERLIN-CHEMIE

NEWSLETTER EINBLICK

Mit dem Newsletter **EinBlick** informiert das Gesundheitsmanagement der BERLIN-CHEMIE AG Sie über die Hintergründe der aktuellen gesundheitspolitischen Themen. Der Newsletter erscheint alle drei Wochen mit Nachrichten hinter der Nachricht und hält Sie so über die Entwicklungen auf dem Laufenden. Wichtig ist nicht nur, aktuell Bescheid zu wissen, sondern auch zu verstehen, warum die Themen gerade dann, gerade in diesem Kontext besprochen werden. So erkennen Sie frühzeitig, mit welcher Strategie Sie reagieren können.

Um den Newsletter **EinBlick** regelmäßig per E-Mail zu erhalten, können Sie sich im Internet unter www.einblick-newsletter.de anmelden.



IMPRESSUM

Herausgeber:

BERLIN-CHEMIE AG
Abteilung Gesundheitsmanagement
Glienicke Weg 125, 12489 Berlin

Verantwortlich i. S. d. P.:

Susanne Eble
Pia Maier
Tel. 030 6707 2590
pmaier@berlin-chemie.de
www.berlin-chemie.de

Redaktion:

Pia Maier

Layout:

Göbel+Gröner Grafisches Atelier GmbH, Berlin

Druck:

Polyprint GmbH, Berlin

Auflage: 3.000

Erscheinungstermin: April 2013

BERLIN-CHEMIE AG
Glienicker Weg 125, 12489 Berlin

