HEFT VI

NETZWERKE
ERFOLGREICH AUFBAUEN

PraxisWissen Schriftenreihe zur Theorie und Praxis in neuen Versorgungsformen

DR. RAINER KERN, BERLIN-CHEMIE AG
SUSANNE EBLE, BERLIN-CHEMIE AG
DR. CHRISTIAN RYBAK, EHLERS & PARTNER RECHTSANWALTSGESELLSCHAFT MBB
WILFRIED BRIDTS, WIRTSCHAFTSPRÜFER, STEUERBERATER
STEFAN HOCH, FRIELINGSDORF CONSULT GMBH

gesundheits management
Ihre Zukunft gemeinsam gestalten
BERLIN-CHEMIE

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

Susanne Eble, M. A.,
Leiterin Gesundheitsmanagement
der BERLIN-CHEMIE AG

Vorwort

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

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

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

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

Als Partner, der sich seit Jahren in der Begleitung und Beratung von Arztnetzen engagiert, kennen wir allerdings auch die bürokratischen Herausforderungen, vor denen Ärzte stehen, die ein Gesundheitsnetzwerk aufbauen möchten. Die vorliegende Broschüre soll Ihnen die ersten Schritte auf dem Weg zur vernetzten Versorgung erleichtern. Sie gibt einen Überblick über rechtliche, steuerrechtliche und betriebswirtschaftliche Grundlagen rund um die Gründung von Gesundheitsnetzwerken. Gern stehen wir Ihnen darüber hinaus bei Bedarf auch persönlich mit unserer Erfahrung und Expertise zur Seite.

Inhalt

1 4 **EINLEITUNG**
Praxisnetze – Grundlage
für gutes Versorgungsmanagement

2 9 **RECHTLICHE** GRUNDLAGEN
Zur Gründung von Praxisnetzen –
Überlegungen zu Inhalten und Strukturen

3 26 **STEUERRECHTLICHE** GRUNDLAGEN
Steuerliche Rahmenbedingungen
innovativer Versorgungsformen

4 39 **BETRIEBSWIRTSCHAFTLICHE** GRUNDLAGEN
Was gilt es bei der
Netzgründung zu beachten?

51 **IMPRESSUM**

KAPITEL 1

EINLEITUNG

Susanne Eble
Diplom-Ökonomin / Medizin (FH)
Master Health Care Management M. A.
Leitung Gesundheitsmanagement BERLIN-CHEMIE AG
Stellvertretende Vorstandsvorsitzende
im Bundesverband Managed Care

Praxisnetze – Grundlage für gutes Versorgungsmanagement

Der Trend zur Gründung von Praxisnetzen ist ungebrochen – grundsätzlich macht das Sinn, denn die Anzahl der Studien und Gutachten, welche die Ursache hoher Kosten und schlechter Qualität einer mangelnden Koordination und einer zersplitterten Versorgungslandschaft zuschreiben, nimmt zu. Aber auch wirtschaftlich kann die Vernetzung für eine Arztpraxis gewinnbringend sein.

VERNETZUNG ALS ERFOLGSFAKTOR

Die Anforderungen an Praxen werden immer größer – nicht nur im Bereich der Medizin, auch und gerade bei den betriebswirtschaftlichen, bürokratischen, rechtlichen und organisatorischen Fragen warten Herausforderungen auf jeden Praxisgründer oder -inhaber. Wie viele andere Bereiche der Gesellschaft professionalisieren sich Arztpraxen. Der Trend zur Vernetzung und Professionalisierung hat in anderen freiberuflichen Berufszweigen längst stattgefunden. So z. B. bei Rechtsanwälten, Steuerberatern, Architekten etc. Neben gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und gesetzlichen Anforderungen muss der Arzt quasi ein kleines Unternehmen führen mit all seiner wirtschaftlichen Verantwortung. Studiert hat er etwas anderes: Medizin. Dies sind einige Herausforderungen, die nach Umfragen viele junge Mediziner vom Schritt in die eigene Praxis abhalten.

SYNERGIEEFFEKTE NUTZEN

Das Netzmanagement eines Praxisnetzes kann den Einzelpraxen bürokratische Entscheidungen abnehmen. Dies gilt besonders für Entscheidungen, die aufgrund ihrer wirtschaftlichen Konsequenz einer betriebswirtschaftlichen Prüfung standhalten müssen. So z. B. die Einschätzung von Selektivvertragsangeboten der Kassen, Überlegungen zu Angeboten des Zweiten Gesundheitsmarktes, Förderanträge, gemeinsame Bezugsentscheidungen über Geräte oder Sprechstundenbedarf etc.

Ein gemeinsamer Auftritt nach außen kann den Patienten eine gute Qualität in der Versorgung vermitteln. Vor allem, wenn dieser Auftritt für das Arbeiten nach Mindeststandards, die netzinterne Koordination von Patienten, die (elektronische) Kommunikation aller Netzpartner und zügige Übermittlung zum Facharzt steht.

1 EINLEITUNG

INTEGRIERTE BEHANDLUNGSPFADE

Insbesondere für die Versorgung von chronischen Krankheitsbildern, die eine Abstimmung zwischen Haus- und Fachärzten erfordern, können integrierte Behandlungspfade sinnvoll sein. In Kerngruppen bearbeiten die beteiligten Arztgruppen den Standard-Behandlungsweg, sprechen über Schnittstellen, Informationsfluss, Behandlungsschemata und Beteiligung der Arztgruppen zum jeweils richtigen Zeitpunkt. Leitliniengerechte Behandlung sollte die Grundlage solcher Festlegungen sein. Patienten gewinnen so bei allen beteiligten Ärzten Sicherheit: Sie werden leitliniengerecht behandelt, die verschiedenen Ärzte wissen um die Behandlungsgrundsätze der anderen, ja sie verfolgen sogar alle die gleichen Behandlungsziele. Die Informationen über die Untersuchungen, über Begleiterkrankungen und Medikation sollte den beteiligten Ärzten zugänglich sein und somit die abgestimmte Behandlung ermöglichen.

Praxisnetze sichern damit medizinische Qualität zum Wohle der Patientinnen und Patienten. Auch für die Ärzte ist die abgestimmte Zusammenarbeit von Vorteil: Statt bei jedem einzelnen Patienten haben sie die Behandlungsunterschiede einmal grundsätzlich geklärt. Gerade der Informationsfluss kann in Behandlungspfaden gut organisiert werden: Welche Untersuchungen sollen schon vor der Überweisung zum Facharzt stattgefunden haben, in welcher Qualität und welche Informationen werden mitgegeben oder auf anderem Weg zur Verfügung gestellt. Fortan sollten die Behandlungsfälle diesem Standard verlässlich folgen.

Praxisnetze können als ambulante „Ankerpunkte“ zudem im Rahmen des Entlassungsmanagement zu einer sektorenübergreifenden kontinuierlichen Versorgung ihrer Netzpatienten beitragen.

MANAGED-CARE-ANSÄTZE NUTZEN

Behandlungserfolge lassen sich oft durch regelmäßige professionelle nichtärztliche Begleitung, Versorgung zu Hause durch entsprechende Unterstützung sichern – es gibt viele konkrete Ansätze von Managed Care. Gemeint ist damit alles, was koordinierte Zusammenarbeit von nichtärztlichen Leistungserbringern mit den Ärzten im Sinne einer guten Gesamtbehandlung umfasst. Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren sukzessive Möglichkeiten der Delegation von Leistungen im Gesetz implementiert. So kann seit 2015 die ‚Nichtärztliche Praxisassistentin‘ (NäPa) mit Anweisung des Arztes – aber eigenständig abrechenbar – Hausbesuche durchführen. Davor sind bereits viele andere Assistenzfunktionen in Regionen implementiert worden (AGnES, VERAH®, EVA, MoNi u. v. m.), die z. B. in strukturschwachen Regionen die Ärzte unterstützen. Wenn die Ressource Arzt weniger wird, werden Managed-Care-Ansätze mit nichtärztlichen Assistenzberufen zunehmend wichtiger. Diese können jedoch meist nur in einem Netz oder Verbund ihre Effizienz darstellen.

Neben nichtärztlichen Assistenzberufen kann in einem Vertrag nach § 140a SGB V die Industrie als weiterer Vertragspartner, neben den Gesetzlichen Krankenkassen, involviert werden. Der Gesetzgeber hat diese Vertragsoption seit 2011 möglich gemacht, damit alle im Gesundheitswesen verfügbaren Ressourcen und Potenziale sinnvoll und effizient genutzt werden können.

PRÄVENTION AUSBAUEN

Nach vielen Anläufen hat ein Präventionsgesetz 2015 die parlamentarischen Hürden genommen und bietet einen ganzen Strauß von Möglichkeiten für Ärztenetze, sich im Bereich der Prävention zu engagieren. Das neue Präventionsgesetz sieht vor, dass die Krankenkassen ab 2016 für jeden Versicherten einen Betrag von jährlich sieben Euro (vorher drei Euro) für Präventionsleistungen investieren müssen. Es sieht sowohl verhaltensbezogene Prävention als auch Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben sowie im Rahmen von Settingansätzen (z. B. in Kindergärten, Pflegeheimen etc.) vor.

Gerade im Hinblick auf verhaltensbezogene Präventionsmaßnahmen – ein durchaus sensibles Thema – können insbesondere Hausärzte gut auf ihre Patienten einwirken. Sie kennen die familiären und sozialen Hintergründe und wissen um die private Situation, in der sich einzelne Familienmitglieder befinden. Darüber hinaus genießen sie ein hohes Maß an Vertrauen bei ihren Patienten.

Im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung kann ein Ärztenetz vor allem in mittelständischen Unternehmen Präventionsleistungen anbieten, sei es als Angebot von Einzelmaßnahmen, sei es als Gesamtkonzept (Gesundheitstag, Risiko-Screenings, Präventionskurse usw.). Die Notwendigkeit einer betriebswirtschaftlichen Effizienz ist auch bei Präventionsangeboten notwendig. Diese lässt sich in der Regel nur darstellen, wenn die Präventionsmaßnahmen von einem Netz oder Verbund angeboten werden. Für Einzelpraxen ist dies aus Gründen der fehlenden Ressourcen kaum möglich.

SONSTIGE FINANZIERUNGSMÖGLICHKEITEN FÜR ÄRZTENETZE

SELEKTIVVERTRÄGE

Das Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) hat die Selektivverträge neu geordnet. Der neue § 140a SGB V ‚Besondere Versorgung' ist für alle bisherigen Partner der verschiedenen Selektivverträge eine einheitliche Grundlage. Mit Vor- und Nachteilen: Alle Verträge müssen sich der Ausschreibung stellen. Und alle bisherigen Vertragspartner einzelner Vertragsarten können an allen Ausprägungen der Verträge teilnehmen.

Mit der Erweiterung potenzieller Vertragspartner in Versorgungsverträgen kann eine Krankenkasse die Industrie nicht nur als Arzneimittellieferant vorsehen, sondern aktiv in Versorgungsmodelle einbinden – und sie auf den gemeinsamen Erfolg verpflichten.

FÖRDERUNG NACH § 87B SGB V FÜR PRAXISNETZE

Die schwarz-gelbe Regierungskoalition hat 2011 im Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) erstmalig die finanzielle Förderung für vernetzte Praxen mit dem Ziel verankert, die ambulanten Versorgungsstrukturen zu optimieren und damit die Qualität sowie die Effizienz und Effektivität der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen einer intensivierten Zusammenarbeit zu steigern (Vgl. Begründung zum GKV-VStG). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) Kriterien und Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung zur Identifikation bzw. Anerkennung von förderungswürdigen Praxisnetzen erstellt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben auf Grundlage dieser Kriterien Richtlinien zur Anerkennung von besonders förderungswürdigen Praxisnetzen erlassen. Im Rahmen dieser gesetzlichen Regelung werden zunehmend Arztnetze anerkannt und erhalten zusätzliches Honorar. Die ‚Kann-Regelung' für ein eigenes Honorarvolumen für Praxisnetze wurde 2015 mit dem Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) als ‚Muss-Regelung' in so weit ausgestaltet, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen Praxisnetze fördern müssen, sofern diese anerkannt sind.

INNOVATIONSFONDS

Das GKV-VSG schuf mit dem Innovationsfonds ein neues Instrument, innovative Versorgungskonzepte zu fördern. Der Innovationsfonds stellt 300 Millionen Euro jährlich aus dem Gesundheitsfonds zur Verfügung, die nach einem Antragsverfahren ausgeschüttet werden. Antragsberechtigt sind alle, allerdings ist in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen. Ziel der Förderung ist es, Ansätze zu finden, die für das Gesundheitssystem insgesamt übertragbar sind, daher ist die Evaluation schon bei der Beantragung mit zu denken. Ohne Evaluationskonzept, das Rückschlüsse auf die Übertragbarkeit in die Regelversorgung zulässt, wird es keine Förderung geben. Diese Festlegung ist ein Learning aus der Anschubfinanzierung – mangels verpflichtender Evaluation gibt es kaum Erkenntnisse über die Wirksamkeit und Übertragbarkeit der damals finanzierten Konzepte. Erklärtermaßen finanziert der Innovationsfonds nun genau die Leistungen, die über die Regelversorgung hinausgehen – also auch Managementleistungen und Investitionen in die Infrastruktur der Versorgung. Verlagerung von Leistungen aus der Regelversorgung in

den Selektivvertragsbereich wie bei der Anschubfinanzierung oft beobachtet, lohnt sich also nicht mehr. Die Chance auf echte Innovationsförderung ist gegeben.

FÖRDERUNGEN AUF LÄNDER-, BUNDES- UND EU-EBENE

Darüber hinaus gibt es zahlreiche Fördermöglichkeiten auf Bundes- und Länderebene, die von den jeweiligen Ministerien ausgeschrieben werden. Aber auch private Stiftungen bieten Förderungen an. Die EU bietet meist längerfristige Förderprogramme an, wie aktuell (2014 bis 2020) das forschungs- und innovationsrelevante Förderprogramm ‚Horizon 2020'. Förderungen dieser Art erfordern mindestens ein Netzmanagement mit einschlägigen Erfahrungen oder einen externen Dienstleister. Neben der Antragstellung, die leider nicht einheitlich geregelt ist, erfordert die Dokumentation und der Nachweis der Mittelverwertung einiges an Know-how und personellen Ressourcen. Ärztenetze, die einen großen Schritt in der Professionalisierung gehen wollen oder eine größere oder längerfristige Investition benötigen, werden nicht daran vorbeikommen sich mit Fördermöglichkeiten dieser Art zu beschäftigen und/oder sich diesbezüglich beraten zu lassen.

VERBINDLICHKEIT SCHAFFEN

Ärztenetze sind in der Regel ‚lose Netzwerke'. Selbst eine Rechtsform (z. B. GmbH & Co. KG, e. V., e. G.) bindet die einzelnen Ärzte nicht zwingend an Absprachen. Die Praxen sind nach wie vor selbstständig tätig und für ihren Praxisbetrieb wirtschaftlich verantwortlich. Ein Ärztenetz ist demnach auf ein Mindestmaß an Verbindlichkeit, sowohl nach innen als auch nach außen, angewiesen. Absprachen Dritten gegenüber können nur eingehalten werden, wenn im Binnenverhältnis aufgestellte Regeln befolgt werden. Das Vereinbaren von Sanktionsmaßnahmen ist eine Möglichkeit – dafür braucht es aber jemanden, der sie exekutiert. Meist sind es monetäre Abzüge, die bei der Ausschüttung von Gewinnen als ‚Strafe' zum Tragen kommen. Ob eine Kontroll- und Sanktionskultur aufrechterhalten werden kann hängt vom Selbstverständnis und von der Vereinbarung der Netzmitglieder untereinander ab. Soll die nachhaltige Verbindlichkeit über einen Motivationsansatz hergestellt werden, wird es erforderlich sein, dass der Nutzen, den ein Netzmitglied für sich persönlich erfährt nicht höher ist als die zeitlichen und finanziellen Ressourcen, die er in das Netz investiert. Um die Motivatoren zu identifizieren ist es hilfreich, sich die Funktionen von ärztlichen Netzwerken vor Augen zu halten. Diese sind exemplarisch:

- Verbesserung der Versorgung (Versorgungsdefizite vermeiden oder beheben, Notdienste organisieren, Komplexe Versorgungssituationen managen, Kontinuität über Sektorengrenzen hinweg),
- Ökonomische Vorteile (Verträge mit Krankenkassen abschließen, Einkaufsgemeinschaften bilden, Praxisnachfolge sichern, Fördermöglichkeiten nutzen),
- Qualitätssteigerung (kollegialer Austausch, Reflexionsmöglichkeit, Kommunikation zwischen den Fachdisziplinen optimieren) oder einfach das
- Bilden einer Solidargemeinschaft, um z. B. sich gegenüber großen Anbietern zu stärken.

Werden eine oder mehrere dieser Funktionen für den einzelnen Netzpartner als Nutzen angesehen, wird er seinen Beitrag leisten, um diese Netzstruktur aufrecht zu erhalten. Für das Netzmanagement wird es daher immer wichtig sein, die Nutzenstiftung des Netzes für den Einzelnen mit seinen Erwartungen abzugleichen. Ein kontinuierlicher Dialog oder regelmäßige Befragung zum Abgleich über das ‚Wichtigkeit-Zufriedenheits-Profil' der Netzmitglieder bleibt daher unumgänglich und ist vermutlich zielführender, als ein bunter Strauß von Dienstleistungen und Aktionen, die am Bedarf der Netzmitglieder vorbeigehen. Die Kooperation als solche wird auf lange Sicht nur funktionieren, wenn Geben und Nehmen im Einklang sind. Dafür braucht es ein klares Commitment und Engagement jedes Einzelnen.

Kontakt
Susanne Eble, M. A.
Leiterin Abteilung Gesundheitsmanagement
BERLIN-CHEMIE AG
Glienicker Weg 125
12489 Berlin
Tel.: 030 – 67 07 31 36
E-Mail: seble@berlin-chemie.de
www.berlin-chemie.de

KAPITEL 2

RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Dr. iur. Christian Rybak
Rechtsanwalt und Wirtschaftsjurist (Univ. Bayreuth)
Partner der Ehlers, Ehlers & Partner Rechtsanwaltsgesellschaft mbB
Lehrbeauftragter der Universität Münster; School of Tax and Business Law

Zur Gründung von Praxisnetzen – Überlegungen zu Inhalten und Strukturen

A. AUSGANGSSITUATION

Nicht erst seit den jüngsten Gesundheitsreformen steht fest, dass den aktuellen und künftigen Herausforderungen nicht durch das Festhalten an überkommenen Strukturen begegnet werden kann. Das deutsche Gesundheitssystem steht im Umbruch und die damit zusammenhängenden Umgestaltungsprozesse sind tiefgreifend und stellt gerade die Leistungserbringer im ambulanten Bereich vor immer neue Situationen, für die es adäquate Lösungsansätze zu finden gilt. Neben der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens erhöht auch die stark anwachsende Regelungsdichte den Handlungsdruck auf alle beteiligten Akteure. Dies ist auch eine Folge des zunehmenden wirtschaftlichen Drucks, der auf dem Gesamtsystem lastet. Neben der steigenden Lebenserwartung der Bevölkerung dürfte hierbei natürlich auch der medizinisch-technische Fortschritt eine wesentliche Ursache darstellen.

Dabei ist von Bedeutung, dass gerade im Rahmen der jüngsten Reformen dem Aspekt des Wettbewerbs eine zunehmende Rolle beigemessen wurde. Zugleich kann dabei immer wieder die Tendenz zu einer erheblichen Aufweichung der bisher streng getrennten Sektoren erkannt werden, die letztlich dazu führt, dass die ambulante und stationäre Versorgung immer stärker ineinander übergehen (werden), wobei hier zweifelsohne noch erhebliches Verbesserungspotenzial herrscht.

Vor allem auch im ambulanten Sektor führt dies zu erhöhten strategischen Herausforderungen. Hinzu kommt dabei, dass sich die allgemeinen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für alle Akteure im Gesundheitswesen drastisch verändert haben. So wird von ihnen einerseits abverlangt, die Qualität der Leistungen stetig zu erhöhen. Auf der anderen Seite aber sind sie immer mehr auch wirtschaftlichen Zwängen unterworfen, deren Auswirkungen sowohl die Einnahmen- als auch die Erlösseite betreffen. Fest steht allerdings auch, dass nur ein funktionierender Wettbewerb im Gesundheitswesen – der zugleich aber die Besonderheiten des Sektors hinreichend berücksichtigt – grundlegende Voraussetzung für die Beseitigung unwirtschaftlicher Versorgungsstrukturen sein kann. Er ist ein wesentlicher Innovationsmotor, der dazu beiträgt, dass sich alle Beteiligten im Gesundheitswesen ständig um die Sicherung und Verbesserung des Qualitätsstandards bemühen. Einhergehend mit dem zunehmenden ökonomischen Druck führt dies jedoch auch dazu, dass gerade Ärzte verstärkt neue Wege beschreiten müssen, um den wachsenden Herausforderungen effektiv begegnen zu können. Vor diesem Hintergrund ist es nachvollziehbar, dass die Schaffung von sogenannten Praxisnetzen sich insbesondere in der jüngeren Vergangenheit (wieder) zunehmender Beliebtheit erfreut hat. Leitbild solcher Verbünde ist dabei vor allem der Zusammenschluss von selbstständigen Einzelpraxen, um die interkollegiale Zusammenarbeit zu verbessern und im Regelfall auch eine Ausweitung des individuellen Patientenstamms zu ermöglichen. Häufig wird hierdurch die Schaffung einer integrativen medizinischen Versorgung der Patienten angestrebt. In jedem Falle aber sollen vorhandene medizinische Kapazitäten zielgerichteter genutzt werden können, was letztendlich eine bessere Koordination der ärztlichen Leistungen

voraussetzt. Effekt dieser Koordination soll in erster Linie eine Sicherung bzw. Steigerung der Qualität der ärztlichen Leistungen bei gleichzeitiger Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der medizinischen Leistungen sein. Dies wird vor allem dadurch erreicht, dass unnötige Mehrfachdiagnostik und Mehrfachtherapien nach Möglichkeit vermieden und stationäre Klinikleistungen soweit wie möglich reduziert werden können.

B. BEGRIFFLICHKEITEN

Eine allgemein gültige Begriffsbestimmung im Sinne einer gesetzlichen Definition gibt es letztlich nicht, wenngleich der Begriff des Praxisverbundes bzw. Praxisnetzes in verschiedenen gesetzlichen Normen verankert ist. Nicht selten führt dies zu erheblicher Verunsicherung der Beteiligten, da häufig nicht klar ist, welcher rechtliche Rahmen für die konkret gewählte Kooperationsform tatsächlich anwendbar ist. Ausgangspunkt der Betrachtung ist zunächst § 23d Abs. 1 Musterberufsordnung für Ärzte (MBO-Ä) der den Begriff des Praxisverbunds wie folgt definiert:

„(1) Ärztinnen und Ärzte dürfen, auch ohne sich zu einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammenzuschließen, eine Kooperation verabreden (Praxisverbund), welche auf die Erfüllung eines durch gemeinsame oder gleichgerichtete Maßnahmen bestimmten Versorgungsauftrags oder auf eine andere Form der Zusammenarbeit zur Patientenversorgung, z. B. auf dem Felde der Qualitätssicherung oder Versorgungsbereitschaft, gerichtet ist. Die Teilnahme soll allen dazu bereiten Ärztinnen und Ärzten ermöglicht werden; soll die Möglichkeit zur Teilnahme beschränkt werden, z. B. durch räumliche oder qualitative Kriterien, müssen die dafür maßgeblichen Kriterien für den Versorgungsauftrag notwendig und nicht diskriminierend sein und der Ärztekammer gegenüber offengelegt werden. Ärztinnen und Ärzte in einer zulässigen Kooperation dürfen die medizinisch gebotene oder von der Patientin oder dem Patienten gewünschte Überweisung an nicht dem Verbund zugehörige Ärztinnen und Ärzte nicht behindern.“

Gemäß § 23d Abs. 3 MBO-Ä können zudem unter Berücksichtigung weiterer berufsrechtlicher Vorgaben auch Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken und Angehörige anderer Gesundheitsberufe einem Praxisverbund beitreten.

In sozialrechtlicher Hinsicht war bis zum Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes vor allem § 73a Abs. 1 SGB V von Interesse, der den Begriff der vernetzten Praxen verwendete. Die Vorschrift ging dabei davon aus, dass in vertragsarztrechtlicher Hinsicht vernetzte Praxen eine Möglichkeit sind, mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Versorgungs- und Vergütungsstrukturen zu vereinbaren, die dem Verbund die Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgungen sowie der ärztlich verordneten oder veranlassten Leistungen insgesamt oder für inhaltlich definierte Teilbereiche überträgt. Dabei konnte für die dort festgelegten Leistungen ein Budget vereinbart werden. Inhaltlich besteht diese Möglichkeit nunmehr über den neu gefassten § 140a SGB V („Besondere Versorgung"), wenngleich der Begriff der vernetzten Praxen dort nicht mehr explizit erwähnt wird. In § 87b SGB V ist dagegen wiederum explizit vom Praxisnetz die Rede.

Damit zeigt sich allerdings zugleich auch, dass die Begriffe Praxisverbund und Praxisnetz nicht grundsätzlich deckungsgleich sein müssen, wenngleich sie zumeist synonym verwandt werden. Soweit nachfolgend gerade im Hinblick auf die berufsrechtliche Dimension solcher Kooperationsformen verschiedentlich vom Begriff des Praxisverbundes ausgegangen wird, ist damit keine besondere Wertung des Begriffs verbunden.

C. RECHTLICHE ANFORDERUNGEN IM ÜBERBLICK

Der Praxisverbund ist Organisationsgemeinschaft, nicht aber eine Form der Berufsausübungsgemeinschaft im engeren Sinne. Dies resultiert letztlich aus der Tatsache, dass sich zwar im Rahmen des Verbundes Vertragsärzte zusammenschließen, um durch abgestimmte Maßnahmen die Untersuchungs- und Behandlungsqualität zu sichern und damit auch Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben. Eine gemeinsame ärztliche Leistungserbringung gegenüber dem Patienten dergestalt, dass eine vertragliche Beziehung nicht mehr zwischen Patient und einzelnen Arzt, sondern nur noch mit dem Verbund als solchem zustande kommt, ist aber weder Sinn eines Praxisverbundes, noch wäre dies nach gängigem Verständnis im Rahmen der derzeit geltenden rechtlichen Möglichkeiten zulässig. Das schließt allerdings nicht aus, dass der Praxisverbund die Vorstufe für engere gesellschaftsrechtliche Bindungen zwischen den beteiligten Praxen sein kann.

Die Gründung eines Praxisverbundes kann ebenso wenig wie der Betrieb desselben im rechtsfreien Raum erfolgen. Derartige Strukturen werden von einer Vielzahl rechtlicher Determinanten beeinflusst, von denen insbesondere die berufsrechtlichen und vertragsarztrechtlichen Anforderungen, daneben aber auch gesellschaftsrechtliche Aspekte von besonderem Interesse sind.

Zu beachten sind insbesondere:

- berufsrechtliche Anforderungen,
- vertragsarzt-/sozialrechtliche Anforderungen,
- gesellschaftsrechtliche Anforderungen,
- sonstige Anforderungen (Wettbewerbsrecht etc.).

I. BERUFSRECHTLICHE ANFORDERUNGEN

Die allgemeinen berufsrechtlichen Anforderungen an den Praxisverbund werden durch die Vorschrift des § 23d MBO-Ä geregelt. Zugleich werden hierdurch auch die wesentlichen Aspekte, die für den Praxisverbund im Sinne der berufsrechtlichen Dimension maßgeblich sind, festgelegt. Im Einzelnen sind dies:

- Zusammenschluss von Ärztinnen und Ärzten ohne zugleich Berufsausübungsgemeinschaft zu sein.
- Erfüllung eines durch gemeinsame oder gleichgerichtete Maßnahmen bestimmten Versorgungsauftrags oder auf eine andere Form der Zusammenarbeit zur Patientenversorgung (z. B. Qualitätssicherung etc.) gerichtet.

Grundsätzlich kann dabei der Arzt Mitglied in mehreren Praxisnetzen sein (was aber wiederum sozialrechtlich oder auch selektivvertraglich beschränkt sein kann). Zugleich beinhaltet § 23d MBO-Ä jedoch auch wichtige Kriterien, die für die Rechtmäßigkeit eines Praxisverbundes von essenzieller Bedeutung sind:

1. Schriftform

Gemäß § 23d Abs. 2 MBO-Ä müssen die Bedingungen der Kooperation in einem schriftlichen Vertrag niedergelegt werden. Dieser Vertrag ist grundsätzlich der zuständigen Ärztekammer vorzulegen. Eine schriftliche Genehmigung durch die Ärztekammer ist dagegen nicht vorgesehen. Unabhängig vom berufs- und ggf. auch compliancerechtlichen Erfordernis aber empfiehlt es sich schon aus Beweisgründen, für sämtliche Vereinbarungen und relevanten Entscheidungen – angefangen beim Gesellschaftsvertrag bis hin zu sämtlichen Beschlüssen der Gesellschafterversammlung – die Schriftform zu wählen.

2. Gewährleistung der Selbstständigkeit der Verbundärzte

Grundsätzlich muss sichergestellt sein, dass die beteiligten Ärzte selbstständig und eigenverantwortlich ihre Praxis am Sitz des jeweiligen Praxissitzes ausüben. Insbesondere darf die medizinisch gebotene oder vom Patienten selbst gewünschte Überweisung an einen nicht dem Verbund zugehörigen Arzt nicht behindert werden. Das Patientenrecht auf freie Arztwahl ist somit in jedem Falle zu gewährleisten. Damit korrespondiert umgekehrt das Recht des einzelnen Arztes, auch andere Ärzte – beispielsweise als Konsiliarärzte oder auch als mitbehandelnde Ärzte – heranziehen zu können, selbst wenn diese anderen Ärzte nicht dem Verbund angehören. Modifizierende Regelungen finden sich allerdings nicht selten in Selektivverträgen mit Kostenträgern.

3. Diskriminierungsfreier Zugang

Die Mitgliedschaft in einem Praxisverbund muss grundsätzlich allen interessierten Ärzten offen stehen. Zwar geht § 23d Abs. 1 MBO-Ä davon aus, dass die Teilnahme allen dazu bereiten Ärztinnen und Ärzten ermöglicht werden „soll“. Dies ist allerdings nicht dahingehend zu verstehen, dass die Teilnahme an dem Verbund letztlich allein vom Willen der Gründungsgesellschafter abhängig ist. Vielmehr ist die Regelung so zu interpretieren, dass allen Ärzten der Beitritt ermöglicht werden muss, sofern sie dies wünschen. Eine Beschränkung der Beitrittsmöglichkeit ist dagegen nur in jenen Fällen zulässig, in denen die maßgeblichen, beschränkenden Kriterien (räumlich oder auch qualitativ) für den besonderen Versorgungsauftrag des Verbundes notwendig sind und grundsätzlich nicht diskriminierend sind. Zudem müssen diese Kriterien – ebenso wie die sonstigen vertraglichen Regelungen – der Ärztekammer gegenüber offen gelegt werden. Sinn dieser Regelung ist, dass der Praxisverbund keine abgeschlossene und nur den Mitgliedern der Kooperation offen stehende Einrichtung ist. Die Entstehung von sogenannten „closed shops“ und der willkürliche Ausschluss von Ärzten durch Monopolisierung sollen damit in jedem Falle vermieden werden.

Im Übrigen finden natürlich auch die sonstigen berufsrechtlichen Vorschriften (Regelungen über Honorarforderungen, Zweigpraxis, Werbeverbote etc.) uneingeschränkt auf die Zusammenarbeit in einem Praxisverbund Anwendung. Die Zugehörigkeit zu einem Praxisverbund kann zudem gemäß § 18a Abs. 3 S. 2 MBO-Ä durch Hinzufügung des Namens des Verbundes angekündigt werden.

II. VERTRAGSARZT- UND SOZIALRECHTLICHE ANFORDERUNGEN

Zur Förderung von Ärzteverbünden unter niedergelassenen Ärzten hat der Gesetzgeber im SGB V mittlerweile verschiedene rechtliche Grundlagen geschaffen. In diesem Zusammenhang ist allerdings wiederum eine Vielzahl von Gestaltungsvarianten möglich, die von der bloßen Schaffung einer Einkaufsgemeinschaft über die gemeinsame Nutzung von Geräten oder der Festlegung einheitlicher Qualitätsstandards bis hin zu sehr festen Strukturen führen können.

1. Praxisnetze als Strukturverträge (§ 73a SGB V a. F.; nunmehr über § 140a SGB V)

Bezieht sich die Tätigkeit eines Praxisverbundes auf die vertragsärztliche Versorgung, so ist es grundsätzlich möglich, dass die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung sowie der ärztlich verordneten oder veranlassten Leistungen unter bestimmten Voraussetzungen auf den Verbund übergeht. Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen bleibt hiervon allerdings grundsätzlich unberührt.

In sozialrechtlicher Hinsicht basiert somit das Modell der Praxisnetze bzw. der Praxisverbünde auf einer Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten, die sich nach den vertraglichen und gesetzlichen Vorgaben mehr oder weniger lose zusammenschließen. Solche Vorgaben können dabei insbesondere sein:

- Qualifikation der teilnehmenden Ärzte,
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung,
- erweiterte Präsenz- und Dokumentationspflichten,
- Vorgaben zur Kommunikation und Kooperation der Teilnehmer,
- Rahmenvorgaben für Arzneimittel etc.

Entscheidet sich in diesem Falle der Versicherte freiwillig für die Behandlung durch ein derartiges Versorgungssystem, übernimmt der Praxisverbund letztlich die Verantwortung für die fachübergreifende medizinische Betreuung insgesamt oder auch nur für bestimmte Teilbereiche daraus. Von Bedeutung ist dies hier deshalb, weil für die Leistungen des Praxisverbundes die Bildung von Finanzierungsbudgets vereinbart werden kann und dabei beispielsweise das Honorar auf der Basis von bestimmten Fallpauschalen verteilt werden kann.

2. Praxisnetze als Modellvorhaben (§§ 63 ff. SGB V)

Im Rahmen von Modellvorhaben ist es den Krankenkassen möglich, Direktverträge mit den einzelnen vernetzten Ärzten bzw. den Netzen als solchen über die Versorgung von Versicherten abzuschließen. Dies kann etwa über § 140a SGB V geschehen (siehe oben), wobei diese Verträge regelmäßig auch Elemente der hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V enthalten. Auch Kassenärztliche Vereinigungen können solche Modellvorhaben mit den Krankenkassen vereinbaren. Ausweislich des insoweit eindeutigen Gesetzeswortlauts ist das Ziel derartiger Vorhaben die Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringer (§ 63 Abs. 1 SGB V). Dabei können sogar Regelungen im Hinblick auf die Vergütung für solche Leistungen getroffen werden, die keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Modellvorhaben sind im Regelfall auf längstens acht Jahre zu befristen.

3. Vergütung / Förderung

Gemäß § 87 b Abs. 2 S. 3 SGB V müssen für Praxisnetze, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt sind, gesonderte Vergütungsregelungen vorgesehen werden. Für solche Netze können auch eigene Honorarvolumen als Teil der morbiditätsorientierten Gesamtvergütungen vorgesehen werden.

Die für die Anerkennung von Praxisnetzen maßgeblichen Kriterien und Qualitätsanforderungen hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf der Grundlage von § 87b Abs. 4 SGB V in einer Rahmenvorgabe in Abstimmung mit den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen und im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband ausgearbeitet. Leitmotiv dieser Rahmenvorgabe, die zum 01.05.2013 in Kraft trat, ist einerseits die strukturelle und qualitative Sicherung und Verbesserung der wohnortnahen Versorgung in einer Region durch kooperative Strukturen, nicht zuletzt aber auch die Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit und Neutralität.

Die Rahmenvorgabe der KBV wird von den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen weiter konkretisiert und ausgestaltet, wobei insbesondere regionale Besonderheiten berücksichtigt werden können. Nur wenn die hierin niedergelegten Voraussetzungen erfüllt sind, kommt eine Anerkennung in Betracht. Entscheidend ist dabei insbesondere die Ausrichtung auf die insoweit maßgeblichen Versorgungsziele (Patientenzentrierung, Kooperative Berufsausübung und Verbesserung der Effizienz bzw. Prozessoptimierung).

Neben der Einhaltung der in der Rahmenvorgabe niedergelegten einheitlichen Struktur- und Qualitätsanforderungen muss das Netz zudem wenigstens drei Jahre lang bestanden haben und auch die hier interessierenden Voraussetzungen während dieser Zeit erfüllt wurden. Sofern dies gegeben ist, besteht die Möglichkeit zur Anerkennung in drei Entwicklungsstufen.

Auch wenn eine Anerkennung unter Umständen nicht angestrebt ist, so ist dennoch zu empfehlen, davon unabhängig die grundlegenden Anforderungen der Rahmenvorgabe bzw. der regionalen Richtlinien von vornherein zu berücksichtigen. Gerade vor dem Hintergrund der Versorgungssicherheit, aber auch im Hinblick auf die Qualität der medizinischen Versorgung und dem Leitgedanken ärztlicher Kooperation enthalten sie wichtige Grundsätze, deren Berücksichtigung im Rahmen der strukturellen und inhaltlichen Gestaltung sinnvoll ist (nicht zuletzt vor allem auch dann, wenn selektivvertragliche Vergütungsmodelle angestrebt sind).

III. SONSTIGES

Die berufsrechtlichen und sozialrechtlichen Aspekte sind naturgemäß nur ein Ausschnitt der gesamten rechtlichen Regelungen, die im Rahmen der Gründung eines Praxisnetzes zu beachten sind. Insbesondere in wettbewerbsrechtlicher Hinsicht (Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb, UWG bzw. Heilmittelwerbegesetz, HWG) ist strikt auf die Konformität der Tätigkeit des Verbundes mit den jeweils einschlägigen Regelungen zu achten. Von Interesse ist dabei auch, dass die Frage des diskriminierungsfreien Zugangs zu einem Praxisverbund nicht nur eine Angelegenheit des Berufsrechts ist. Vielmehr ist anerkannt, dass beispielsweise auch auf der Grundlage zivilrechtlicher Anspruchsgrundlagen ein Anspruch auf Zugang zu einem Verbund durch einen möglicherweise abgelehnten Arzt geltend gemacht werden kann. Die Ablehnung eines Vertragsarztes, der die Anforderungen an die Mitgliedschaft in einem Praxisverbund grundsätzlich erfüllt, kann zudem gegen § 1 UWG verstoßen, sodass in diesem Falle auch das wettbewerbsrechtliche Sanktionsinstrumentarium greifen kann.

Interessant wird in Zukunft zudem sein, welche Auswirkungen das Wettbewerbsrecht auf die Bildung von Praxisverbünden haben wird. So unterliegen Zusammenschlüsse von Ärzten sowohl dem Wettbewerbsrecht im engeren Sinne (UWG, HWG etc.) als auch den Bestimmungen des Kartellrechts, sofern dies etwa aufgrund der Größe des jeweiligen Verbundes einschlägig ist. Die Beziehungen der Krankenkassen zu den einzelnen Leistungserbringern waren dagegen in der Vergangenheit im Wesentlichen durch das SGB V geregelt, wenngleich dieser Grundsatz seit jeher kontrovers diskutiert worden ist und daher nicht zuletzt im Zuge der letzten Reformen zunehmend infrage gestellt wurde. Seit den im Jahre 2011 erfolgten weitreichenden

Änderungen durch das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) finden neben dem allgemeinen Missbrauchsverbot gemäß §§ 19 ff. GWB auch die Vergaberegeln gemäß §§ 97 ff. GWB Anwendung wie auch das allgemeine Kartellverbot (Verbot wettbewerbsbeschränkender Vereinbarungen), das in den §§ 1 ff. GWB niedergelegt ist. Gerade die in der Praxis häufig vorkommenden Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Praxisverbünden sind somit auch an diesen Regelungen zu messen, wenngleich in diesem Zusammenhang noch Vieles ungeklärt ist.

Auch die Regelungen bezüglich der Sicherstellung der ärztlichen Neutralität, die in erster Linie berufsrechtlich und sozialrechtlich verankert sind (vgl. etwa § 128 SGB V), künftig aber auch im Rahmen des geplanten § 299a StGB eine strafrechtliche Dimension erhalten sollen, sind strikt zu beachten. So darf insbesondere im Rahmen der Kooperation nicht gegen das Verbot der Zuweisung von Patienten an andere Leistungserbringer ohne sachlichen Grund verstoßen werden. Die Auswahlentscheidung des Patienten ist, sofern dieser sich diesbezüglich nicht anderweitig (etwa gegenüber seiner Krankenkasse) gebunden hat, zwingend zu gewährleisten.

D. STRUKTURELLE GESTALTUNG / RECHTSFORMWAHL

I. VORÜBERLEGUNGEN

Vernetzte Strukturen werden aus unterschiedlicher Motivation heraus gebildet – die mit ihnen verbundenen Ziele variieren in der Praxis oft erheblich. In der Konsequenz haben sich deshalb viele, unterschiedlich ausgeprägte Modelle der Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten aber auch intersektoral herausgebildet. Die Gestaltungsvarianten reichen dabei von einer losen Zusammenarbeit bis hin zu stark durchorganisierten und integrierten Netzen, die letztlich bereits den Charakter eines Gesundheitsunternehmens aufweisen (können).

In gesellschaftsrechtlicher Hinsicht muss Ausgangspunkt der Wahl der konkreten Gesellschaftsform letztendlich der mit der jeweiligen Gesellschaft verfolgte Zweck, der geplante Umfang und die Frage der gewünschten Flexibilität der Gesellschaft bzw. der ihr zugrunde zu legenden Rechtsform sein. Auch steuerliche Aspekte sind dabei zu berücksichtigen. Für die Überlegungen ist letztendlich auch maßgeblich, wie eng die rechtlichen Beziehungen ausgeprägt sein und welche Qualität ihnen beizumessen ist. Dies gilt nicht nur im Verhältnis der Ärzte untereinander bzw. zwischen Arzt und Netzwerk, sondern auch zwischen Netz, Arzt und Patient.

1. Rechtsbeziehungen der Ärzte untereinander

Es konnte bereits festgehalten werden, dass der Praxisverbund keine Berufsausübungs-, sondern vielmehr lediglich eine Organisationsgemeinschaft darstellt. Sinn des Zusammenschlusses ist es, durch abgestimmte Maßnahmen die Steigerung bzw. Sicherung der Untersuchungs- und Behandlungsqualität zu gewährleisten und damit auch den Geboten wirtschaftlichen Handelns Rechnung zu tragen. Die gemeinsame ärztliche Leistungserbringung gegenüber den Patienten ist allerdings grundsätzlich nicht Zweck der zu gründenden Gesellschaft.

2. Rechtsbeziehungen zu den Patienten

Aus dem Vorgesagten folgt zugleich, dass die eigentliche Behandlungstätigkeit bei den jeweiligen Einzelpraxen verbleibt. Der Patient schließt demzufolge den Behandlungsvertrag nicht mit dem Praxisverbund selbst, sondern vielmehr mit seinem persönlichen Arzt bzw. der behandelnden Einrichtung. Daraus folgt, dass für die Frage der Wahl der richtigen Gesellschaftsform die Partnerschaftsgesellschaft von vornherein ausscheiden muss, da die Gesellschafter ihren Beruf nicht in der Gesellschaft ausüben.

II. DIE FESTLEGUNG DER RECHTSFORM

Die in der Praxis anzutreffenden Gesellschaftsformen sind neben der GbR (Gesellschaft bürgerlichen Rechts) sowohl die Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) als auch der eingetragene Verein (e. V.). Denkbar sind auch die eingetragene Genossenschaft bzw. eine Organisation im Rahmen einer GmbH & Co. KG

(Letztere wäre für Kooperationsformen, die selbst ärztliche Leistungen erbringen nicht möglich, da sie kraft Gesetzes ein Handelsgewerbe betreibt). Zu beachten ist allerdings, dass die Rahmenvorgabe der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (siehe oben) lediglich eine Organisation in Form einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft, eines eingetragenen Vereins oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung vorsieht (wobei die Voraussetzungen für eine Anerkennung des Netzes bei der Antragstellung bereits wenigstens drei Jahre erfüllt sein müssen).

Häufig bedienen sich Praxisverbünde zur organisatorischen Umsetzung einer separaten Betriebsgesellschaft, die dann zumeist in Form einer GmbH organisiert wird. Bei der Gründung eines Praxisnetzes in der Rechtsform einer Aktiengesellschaft ist vor allem problematisch, dass hier – bedingt durch aktienrechtliche Vorschriften – ein Mindestgrundkapital in Höhe von 50.000 Euro erforderlich ist. Insofern erweist sich diese Gesellschaftsform gerade in der Gründungsphase eines Praxisverbundes in den allermeisten Fällen als ungeeignet.

Vor der Festlegung auf eine bestimmte Rechtsform müssen daher insbesondere die strategische Ausrichtung, allerdings auch der quantitative und qualitative Umfang des Netzes eindeutig festgelegt werden, da hiervon letztlich die Auswahl einer sinnvollen und mit den Zielen der Gesellschafter korrespondierenden Rechtsform abhängt. Insofern sollten vor Gründung eines Netzes folgende Aspekte diskutiert werden:

- zu erwartende Mitgliederzahl im Netz,
- Teilnehmerkreis (sind ausschließlich Ärzte am Netz beteiligt?),
- mögliche Beteiligung einer Klinik,
- mögliche Beteiligung einer Laborgemeinschaft oder Ähnlichem,
- Flexibilität,
- mögliche Beteiligungsstruktur,
- Ausrichtung der Gesellschaft auf wirtschaftliche/nichtwirtschaftliche Zwecke.

Gerade vor dem Hintergrund des letztgenannten Aspekts erweist sich die Wahl des eingetragenen Vereins in der Praxis häufig als nicht zielführend, wenn die Tätigkeit des Verbundes über die Schaffung gemeinsamer Qualitäts-, Behandlungs- und Fortbildungsstandards o. ä. hinausgeht. Problematisch hieran ist nämlich, dass für die Aufrechterhaltung des Status als e. V. die nichtwirtschaftliche Tätigkeit zwingend erforderlich ist. Dennoch ist der eingetragene Verein auch im vorliegenden Kontext noch immer häufig anzutreffen, wenn und soweit die vorbeschriebenen Zwecke nicht überschritten werden.

Dies allerdings steht häufig bei Gründung eines Praxisverbundes noch nicht fest, sodass hier ggf. im weiteren Verlauf die Notwendigkeit eines Rechtsformwechsels zwingend entstehen könnte. Um dies zu vermeiden empfiehlt es sich in vielen Fällen, von vornherein entweder auf eine GbR oder auf eine GmbH zurück zu greifen, um eine gewisse Flexibilität von vornherein zu gewährleisten. Insofern sollen nachfolgend beide Gesellschaftsformen kurz näher dargestellt werden.

1. Die Gesellschaft bürgerlichen Rechts

Die Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR), oft auch nur als BGB-Gesellschaft bezeichnet, ist die Grundform der Personengesellschaften. Ihre rechtliche Grundlage findet sich vor allem in den §§ 705 ff. BGB. Die Gründung der Gesellschaft erfolgt aufgrund vertraglicher Vereinbarung und setzt voraus, dass sich die Gesellschafter darin verpflichten, gegenseitig die Erreichung eines gemeinsamen Zwecks in der durch den Vertrag bestimmten Weise zu fördern, insbesondere die vereinbarten Beiträge zu leisten (vgl. § 705 BGB).

Wesentliche Aspekte der GbR sind damit:

- gemeinsamer Zweck,
- Gesellschaftsvertrag,
- Förderungspflicht.

Die GbR ist keine eigenständige juristische Person wie etwa die GmbH, sondern letztlich „nur“ eine Personenvereinigung. Sie verfügt insofern auch nur über eine beschränkte Rechtsfähigkeit (Teilrechtsfähigkeit), was allerdings nicht heißt, dass sie im Rechtsverkehr weniger handlungsfähig wäre. Insbesondere ist sie nämlich berechtigt, selbst Verträge abzuschließen oder auch gesetzliche Ansprüche geltend zu machen.

Die Gründung einer GbR ist vor allem deshalb interessant, weil dies mit vergleichsweise wenig bürokratischem Aufwand betrieben werden kann und zugleich ein Wechsel der Gesellschafter aufgrund der fehlenden Pflicht zur notariellen Beurkundung leicht möglich ist.

Zweck des Verbundes ist in aller Regel die Optimierung bestehender ambulanter Versorgungsstrukturen, wobei die Steigerung von Qualität, Effizienz und Effektivität unter Berücksichtigung der Grundsätze von Humanität und Zweckmäßigkeit im Vordergrund steht. Logisch verknüpft mit dem Umstand, dass die mit der GbR verbundenen Zwecke umfassend und nahezu unüberschaubar sind, weist die GbR als solche in der Praxis zugleich auch sehr vielgestaltige Ausprägungen auf. Insofern ist bereits bei Gründung der Gesellschaft genau festzulegen, welche Zielsetzung die Gesellschaft überhaupt verfolgen soll und auf welche Art und Weise dies durch die Beiträge der Gesellschafter erreicht werden kann. Die Erreichung des gemeinsamen Zwecks ist im Vertrag für alle Beteiligten verbindlich festzulegen und von jedem einzelnen Gesellschafter zu fördern.

Zu berücksichtigen ist aber, dass die GbR mit einem weitreichenden Haftungsrisiko verbunden ist, da hier – anders als bei der GmbH – im Grundsatz nicht nur auf das „Gesellschaftsvermögen“ zurückgegriffen werden kann, sondern vielmehr auch jeder einzelne Gesellschafter in Anspruch genommen werden kann. Eine Begrenzung der Haftung gegenüber Dritten ist grundsätzlich nicht von vornherein und schon gar nicht aufgrund einer alleinigen Abrede zwischen den Gesellschaftern möglich. So ist etwa eine Haftungsbeschränkung nicht durch einen bloßen Zusatz „mit beschränkter Haftung“ zu realisieren, da eine „GbRmbH“ dem deutschen Recht bislang fremd ist. Auch eine im Gesellschaftsvertrag vorgesehene Haftungsbegrenzungsregelung ist Dritten gegenüber grundsätzlich nicht wirksam, sodass eine Begrenzung der Haftung nur aufgrund individueller Abrede zwischen der GbR bzw. ihren einzelnen Gesellschaftern und dem Dritten möglich ist, was in der Praxis häufig eine kaum lösbare Aufgabe darstellen dürfte. Insofern verbleibt es bei dem Grundsatz, dass für die im Namen der GbR begründeten Verpflichtungen auch die Gesellschafter persönlich haften, sofern keine individualvertragliche Vereinbarung mit dem Dritten einen Haftungsausschluss vorsieht.

2. GmbH

Die Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) ist eine Kapitalgesellschaft mit eigener Rechtspersönlichkeit. Für ihre Verbindlichkeiten haftet, sofern keine Sondertatbestände dazu treten, grundsätzlich nur das Gesellschaftsvermögen.

Die GmbH kann sowohl von juristischen als auch natürlichen Personen gegründet werden und bedarf zu ihrer Errichtung eines Gesellschaftsvertrages (Satzung), der notariell beurkundet werden muss. Genau hierin liegt jedoch auch einer der Nachteile der GmbH, da diese in der Praxis vor allem bei häufigem Mitgliederwechsel wegen der Pflicht zur notariellen Beurkundung und Eintragung in das Handelsregister regelmäßig nur wenig flexibel ist. Zudem muss das Stammkapital der Gesellschaft mindestens 25.000 Euro betragen. Gerade bei sehr kleinen Praxisverbünden, die mit einem vergleichsweise geringen organisatorischen und finanziellen Aufwand verbunden sind, dürfte dieser Aspekt ebenfalls nicht zu vernachlässigen sein. Allerdings besteht seit geraumer Zeit auch die Möglichkeit der sogenannten Unternehmergesellschaft (haftungsbeschränkt), die in der Umgangssprache weithin als Mini-GmbH bekannt geworden ist. Letztlich handelt es sich hier um eine GmbH mit erheblich reduziertem Stammkapital, für die allerdings einige Sonderregelungen gelten. Zu beachten ist weiterhin, dass die GmbH umfangreichen Buchführungs- und Publizitätspflichten unterliegt, deren Verletzung mit erheblichen Geldbußen sanktioniert werden kann.

3. Weitere Rechtsformen

Natürlich ist mit den vorstehenden Erläuterungen der Kreis der in Betracht zu ziehenden Rechtsformen keineswegs erschöpft. So hat sich in der Praxis – je nach den individuellen Bedürfnissen der Gesellschafter – eine Vielzahl verschiedener Ausprägungen von Praxisverbünden entwickelt. Neben den bereits besprochenen Formen sind beispielsweise auch die GmbH & Co. KG oder auch die Genossenschaft zu beobachten, wobei Erstere einen erhöhten Gründungsaufwand aufweist, aufgrund ihrer Doppelstruktur allerdings auch einige Vorteile, insbesondere in steuerrechtlicher Hinsicht, aufweisen kann. Der besseren Übersicht halber sollen nachfolgend einige der infrage kommenden Rechtsformen überblicksartig dargestellt werden:

E. INHALTLICHE AUSGESTALTUNG / GESELLSCHAFTSVERTRAG

I. GRUNDSATZ

Eine genaue Planung und detaillierte Festlegung der Ziele und Strukturen eines Netzes sind für dessen Erfolg unerlässlich. Dabei geht es nicht nur um die Wahl der richtigen Rechtsform, sondern vielmehr auch um die Frage der inhaltlichen Ausgestaltung, welche Ziele mit dem Netz verbunden sind und auf welchem Wege diese erreicht werden sollen. Nur wenn die essentiellen Fragen, die die Struktur und die Inhalte des Netzes betreffen, vollumfänglich beantwortet sind, kann eine verlässliche Grundlage für den nachhaltigen Betrieb des Netzes bzw. des Praxisverbundes gelegt werden.

	NICHTWIRTSCHAFTLICHER VEREIN (E. V.)	GBR	GMBH	AG / „KLEINE AG“	GENOSSENSCHAFT
Gründung	Satzung; Eintragung im Vereinsregister; Bestellung Vorstand	(auch) formlos möglich	Notarielle Beurkundung des Gesellschaftsvertrags/Eintragung im Handelsregister; Bestellung Geschäftsführer	Notarielle Beurkundung des Gesellschaftsvertrags/Eintragung im Handelsregister; Bestellung Vorstand, Aufsichtsrat	Satzung/Wahl von Vorstand und Aufsichtsrat/Beitritt Prüfverband/Eintragung im Genossenschaftsregister
Gründer (Minimum)	7	2	1	1	3
Leitung	Vorstand	Grds. Gesellschafter	Geschäftsführer	Vorstand (Überwachung durch Aufsichtsrat)	Vorstand (Überwachung durch Aufsichtsrat)
Mindestkapital	nein	nein	25.000 € (Unternehmergesellschaft: 1 €)	50.000 €	Möglich, aber nicht zwingend
Haftung	Vereinsvermögen	Gesellschafter (unbeschränkt)	Gesellschaftsvermögen	Gesellschaftsvermögen	Genossenschaftsvermögen/ggf. Nachschusspflicht
Buchführungs-/ Publizitätspflichten	nein	nein	ja	ja	ja

II. WESENTLICHE GESICHTSPUNKTE

Lange vor der eigentlichen Vertragsgestaltung bedarf es nicht nur einer eingehenden Analyse des Ist-Zustandes und einer Beschreibung der anzustrebenden Ziele, sondern nicht zuletzt bereits im Vorfeld einer Festlegung der wesentlichen strukturellen Kriterien. Hierauf aufbauend lässt sich sodann in rechtlicher Hinsicht auch eine sinnvolle und dem Zweck des Netzes entsprechende Struktur erarbeiten, wozu natürlich auch die Festlegung auf die konkrete Rechtsform gehört. Für einen erfolgreichen Start sollten insbesondere folgende wesentliche Aspekte definiert bzw. diskutiert werden, um die Voraussetzung für die Schaffung eines effektiven Verbundes zu schaffen:

- Analyse der Ausgangssituation und Identifizierung struktureller, qualitativer und sonstiger Defizite,
- Zielanalyse und -definition,
- Inhalte & Bestandteile,
- mögliche Kooperations- und Vertragspartner,
- Festlegung besonderer Versorgungsformen,
- selektivvertragliche Lösungen,
- Konzeptentwicklung und Festlegung,
- Qualitätsmanagement,
- Mitglieder,
- finanzielle Aspekte,
- Kommunikationsstrategie,
- Netzstruktur/Gesellschaftsvertrag im engeren Sinne.

Im Einzelnen gilt hierbei Folgendes:

1. Analyse der Ausgangssituation

Die Gründung eines Praxisverbundes birgt zwar einerseits erhebliche Chancen. Andererseits ist dies natürlich auch mit dem umfassenden Einsatz sowohl personeller als auch finanzieller Ressourcen verbunden. Um die vorhandenen Mittel überhaupt sinnvoll und sachgerecht einsetzen zu können, zugleich aber auch Wege und Lösungen für die richtige Struktur zu erhalten, ist eine genaue Analyse der Ausgangssituation unerlässlich.

Folgende Aspekte können dabei u. a. von Interesse sein:

- Versorgungsbedarf in der Region,
- Angebot in der Region durch Haus- und Fachärzte, ambulante Einrichtungen, soziale Einrichtungen und Krankenhäuser,
- Fach- und hausärztliche Struktur im weiteren Sinne; Angebot einer sektorenübergreifenden Versorgung,
- Altersstruktur und sonstige, die Versorgung der Patienten bestimmenden Faktoren.

Daneben sind aber die Existenz besonderer Versorgungsformen (bzw. die Möglichkeit der Etablierung derselben), das Bestehen von Selektivverträgen bzw. die Bereitschaft von Krankenkassen, auf regionaler Ebene die Schaffung von entsprechenden Praxisverbünden zu unterstützen, von erheblicher Bedeutung. Ausgangspunkt aller Überlegungen muss jedoch sein, ob und in welchem Umfang überhaupt ein Bedarf für die Schaffung eines Praxisverbundes besteht und worin die Vorteile einer solchen Struktur im konkreten Fall zu sehen sind. Nicht zuletzt ist dabei auch die Bereitschaft innerhalb der Ärzteschaft bzw. möglicher Kooperationspartner zur Integration zu prüfen. Vor allem ist es wichtig, engagierte Partner und Mitglieder zu identifizieren, die gleichermaßen integrierend und fördernd agieren und dem Netz die notwendige Dynamik verleihen.

2. Ziele

Am Anfang der Überlegungen muss nach dem Vorgesagten letztlich auch die Frage stehen, welche Ziele mit der Schaffung des Praxisverbundes erreicht werden sollen. Dabei ist – ausgehend von der Analyse der Ausgangssituation – zu klären, welche Probleme im Rahmen der aktuellen Versorgung durch die Schaffung des Praxisverbundes zu lösen sind und woraus diese Probleme letztendlich resultieren. Nur die genaue Kenntnis der Ursachen lässt letztlich auch ein schlüssiges und vor allem erreichbares bzw. umsetzbares Ziel definieren.

3. Inhalte

Von Bedeutung ist schließlich auch, wie der Verbund inhaltlich aufgestellt ist, d.h. welcher Mittel er sich im Hinblick auf die gesetzten Ziele und angestrebten Zwecke bedient. Die Gestaltungsvarianten sind diesbezüglich vielfältig, wobei stets darauf zu achten ist, dass die gesetzten Ziele auch erreichbar und die geplanten Inhalte und Bestandteile gerade auch in der Anfangsphase tatsächlich umsetzbar sind. Zu große und komplexe Strukturen führen nicht selten in der Gründungs- bzw. Anlaufphase eines Verbundes zu dessen Scheitern, weil die geplanten Bestandteile des Verbundes in der Praxis häufig in der zunächst beabsichtigten Form nicht umsetzbar sind. Vor diesem Hintergrund ist vor allem zu klären, welche Bestandteile des Netzes für einen sinnvollen Betrieb und damit zur Zielerreichung tatsächlich notwendig sind. Dies gilt zum einen für organisatorische Aspekte, zum anderen aber auch im Hinblick auf die mit den zu schaffenden Strukturen verbundenen Synergievorteile. Dabei ist es häufig hilfreich, nicht nur die einzelnen Bestandteile des Verbundes als solche zu definieren, sondern vielmehr auch eine Priorisierung der einzelnen Aspekte vorzunehmen. Auch in zeitlicher Hinsicht sollte hier eine genaue Planung erfolgen, wann und in welchem Umfang welcher Bestandteil des Netzes realisiert werden soll.

Der Ausgestaltung dieser Bausteine sind naturgemäß kaum Grenzen gesetzt. So sind in der Praxis kleinere Aktivitäten wie beispielsweise die Schaffung eines Patientenbegleitbriefes bis hin zur Schaffung von großen Strukturen wie etwa die Bildung von Einkaufsgemeinschaften, Mitarbeiter- und Gerätepools oder auch Netzleitstellen bzw. Anlaufpraxen zu verzeichnen. Auch die Fragen der Regelung des Notdienstes oder etwa der elektronischen Vernetzung der einzelnen Praxen sind mittlerweile nahezu unverzichtbare Bestandteile von Praxisverbünden.

4. Mitglieder, Kooperations- und Vertragspartner

Gerade der Aspekt der Auswahl der richtigen Kooperationspartner ist häufig von großer Wichtigkeit, um effektive Strukturen und vor allem attraktive Leistungsangebote überhaupt erst zur Verfügung stellen zu können. Dies gilt nicht zuletzt für die Möglichkeit des Abschlusses von Selektivverträgen.

Zu beachten ist, dass eine der wesentlichen Voraussetzungen für die Anerkennung eines förderungswürdigen Praxisnetzes (vgl. § 87b Abs. 4, 2 S. 2 SGB V, siehe oben) die Einbeziehung anderer Gesundheitsberufe bzw. von Krankenhäusern ist. Insofern müssen förderungswürdige Praxisnetze wenigstens eine entsprechende (und verbindliche) Kooperation vorweisen können.

Insofern ist auch zu klären, ob der Verbund weitgehend autonom, d.h. innerhalb der eigenen Strukturen agieren soll oder ob bzw. inwieweit er sich in die Struktur anderer Verbünde oder anderer Anbieter einfügen kann. Bei der Wahl der richtigen Kooperations- bzw. Vertragspartner ist zudem zu berücksichtigen, ob und in welchem Umfang auch neue Vergütungsstrukturen geschaffen werden sollen. Insofern ist bereits die frühzeitige Aufnahme zu den infrage kommenden Kostenträgern empfehlenswert. Dies gilt auch dann, wenn mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eine entsprechende Vereinbarung getroffen werden soll. Dabei ist bereits im Vorfeld zu klären,

- welche Praxen in welchem Umfang am Praxisverbund teilnehmen sollen,
- ob und inwieweit ggf. weitere Leistungserbringer eingeschlossen werden sollen,
- welche Leistungserbringer für die Versorgung und die Ziele des Verbundes relevant sind, zugleich aber auch zur Verfügung stehen,
- in welcher Höhe ein Budget bzw. die jeweiligen Fallpauschalen notwendig sind, um insbesondere die Zwecke der Gesellschaft bzw. des Netzes wirkungsvoll und nachhaltig zu erfüllen,
- in welchem Umfang Versorgungsleistungen notwendig sind bzw. erbracht werden müssen,
- wie mit Fallzahlzuwächsen bzw. Budgetänderungen zu verfahren ist.

Von erheblicher Bedeutung sind dabei zudem auch die Aspekte der Abrechnung und Qualitätssicherung sowie Fragen der Wirtschaftlichkeit einschließlich entsprechender Prüfverfahren.

Die Anerkennung als förderungswürdiges Praxisnetz setzt zudem voraus, dass mindestens drei Fachgruppen im Praxisnetz vertreten sind, wobei ein Netz ohne Beteiligung von Hautärzten den Vorgaben nicht genügen würde. Insofern sind auch diese zwingend zu beteiligen. Damit soll letztendlich der fachübergreifende, interdisziplinäre Charakter von Praxisnetzen sichergestellt werden.

5. Qualitätsmanagement / Datenschutz

Der Identifizierung und Festlegung der maßgeblichen Ziele und deren Umsetzung in entsprechenden Strukturen steht auf der anderen Seite die Notwendigkeit der umfassenden Überwachung der Zielerreichung gegenüber. Dabei muss systematisch überprüft werden, ob zwischen den angestrebten Zielen und den tatsächlich erreichten Resultaten Unterschiede bestehen, sodass dann entsprechende Maßnahmen etwa auf operativer Ebene, ggf. aber auch struktureller Natur ergriffen werden können. Dies schließt natürlich auch eine genaue Ursachenanalyse etwaiger Abweichungen ein.

Qualitätsmanagement bedeutet in diesem Kontext allerdings nicht nur die kontinuierliche Überprüfung und Sicherstellung der Qualität der Versorgungsprozesse im Netz, sondern auch die Gewährleistung der Funktionsfähigkeit des Netzes auf dem durch den Zweck des Netzes definierten Niveau. Eine ständige Überprüfung, aber auch Weiterentwicklung ist hierfür unerlässlich. Insofern sollte von Anfang an diskutiert werden, wie ein solches Qualitätsmanagement sowohl in inhaltlicher, aber nicht zuletzt auch personeller Hinsicht realisiert werden kann. Auch ist grundsätzlich zu überlegen, ob eine zentrale Anlaufstelle, beispielsweise in Form eines Qualitätssicherungsbeauftragten, eingerichtet werden soll.

Dies gilt auch für den Aspekt des Datenschutzes, der schon aufgrund der Schutzbedürftigkeit des Patienten und der betroffenen Rechtsgüter einen hohen Stellenwert genießt. Gerade der Vernetzungscharakter aber birgt gerade in datenschutzrechtlicher Hinsicht nicht unerhebliche Risiken, die durch entsprechende strukturelle, aber auch organisatorische Vorkehrungen im Rahmen der Datenverarbeitung zu begegnen ist. Hierzu gehört nicht zuletzt auch die Bestellung eines entsprechend geschulten Datenschutzbeauftragten.

6. Mitglieder

Der Erfolg eines Verbundes hängt in erster Linie von den in ihm tätigen Mitgliedern. Insofern müssen Netzgröße und Netzstruktur auf die Bedürfnisse der Mitglieder abgestimmt werden. Vor allem die Frage qualitativer Auswahlkriterien ist hierbei ein wesentlicher Aspekt, der auch in berufsrechtlicher Hinsicht von Bedeutung ist. So ist die genaue Festlegung von Qualifikationsmerkmalen bzw. der personellen und technischen Ausstattung der teilnehmenden Praxen von essenzieller Bedeutung, um die selbst gesteckten Ziele des Verbundes auch tatsächlich erreichen zu können.

Besonderes Augenmerk ist dabei allerdings auch auf die netzinternen Vereinbarungen zu richten. Gerade die verbindliche Festlegung von Regeln und Verhaltensstandards ist für einen einheitlichen Außenauftritt des Verbundes unerlässlich. Dabei sollte zudem auch geprüft werden, wie die Einhaltung der aufgestellten Regeln tatsächlich überprüft werden kann bzw. wie netzintern bestimmte Regelverstöße geahndet werden sollen.

7. Finanzen

Nicht selten scheitern Praxisnetze und sonstige Verbünde bereits in einem sehr frühen Stadium an Finanzierungsfragen. Insofern dürfen gerade die finanziellen Aspekte nicht vernachlässigt werden. So stellt sich zunächst die Frage, ob und in welchem Umfang finanzielle Verpflichtungen der einzelnen Mitglieder bestehen sollen, um nicht nur die Errichtung, sondern auch den laufenden Betrieb zu finanzieren. Dabei ist insbesondere von Interesse, ob der Betrieb des Netzes beispielsweise (auch) durch laufende Beiträge finanziert werden soll. Ein genauer Geschäfts- und Finanzierungsplan ist hierbei unerlässlich. Vor allem in der Gründungsphase des Verbundes ist genau zu prüfen, wie hoch der Investitionsbedarf zunächst ausfällt und welche Leistungen auch künftig und fortlaufend finanziert werden müssen. Erfahrungsgemäß wird der finanzielle Bedarf regelmäßig zu niedrig eingeschätzt, was dann ggf. die Notwendigkeit der ungleich schwieriger umzusetzenden Nachfinanzierung zur Folge hat. Zudem sollte geprüft werden, welche weiteren Finanzierungsquellen neben den eigentlichen Beiträgen der Gesellschafter erschlossen werden können. Auch die Frage der Gewinn- und Verlustaufteilung bzw. der steuerrechtlichen Beratung ist bereits im Vorfeld zwingend zu erörtern.

8. Netzstruktur

Die sorgfältige Analyse und Klärung der vorstehenden Fragen mündet letztlich in der Aufstellung des Konzepts und dabei in die Wahl der richtigen Rechtsform bzw. der konkreten Ausgestaltung des Gesellschaftsvertrages. Gerade die Vertragsgestaltung birgt jedoch im Einzelfall erhebliche Fehlerquellen, die schlussendlich in spätere Auseinandersetzungen münden können.

Folgende (nicht abschließende) Aspekte sind daher bei der Ausgestaltung des Gesellschaftsvertrages und bei der Festlegung der finalen Struktur besonders zu berücksichtigen:

- Festlegung des Gesellschaftszwecks,
- Konkretisierung der einzelnen Gesellschafterpflichten einschließlich Treue- und Förderpflichten,
- Ausgestaltung der Erbringung von Einlagen und Dienstleistungen,
- Hervorhebung der strikten Unabhängigkeit der einzelnen Praxen im Hinblick auf die Behandlung der Patienten,
- Regelungen zur Geschäftsführung und Vertretung,
- Rechte und Pflichten der Gesellschafterversammlung einschließlich Bestimmungen zu den jeweiligen Mehrheitsverhältnissen; ggf. Einrichtung weiterer Organe,
- Partizipationsmöglichkeiten,
- Regelungen zur Aufnahme neuer Gesellschafter bzw. zum Ausschluss einzelner Ärzte/Gesellschafter,
- Bestimmungen zur Auflösung der Gesellschaft,
- Wettbewerbsverbote.

a) Leistungen der Gesellschafter

Der Gesellschaftsvertrag bedarf in jedem Falle eindeutiger Regelungen im Hinblick auf die einzelnen Leistungen der Gesellschafter. Dabei empfiehlt sich die explizite Herausstellung, dass sich die Gesellschafter zu enger kollegialer und kooperativer Zusammenarbeit und Kommunikation verpflichten. Zudem sind eindeutige und genaue Regelungen im Hinblick auf die Leistung finanzieller Beiträge zur Verwirklichung des Gesellschaftszwecks in den Gesellschaftsvertrag aufzunehmen, wobei als Orientierungspunkt regelmäßig das Kostendeckungsprinzip gelten dürfte.

b) Aufnahme neuer Gesellschafter

Die Größe von Praxisverbünden ist letztlich nicht rechtlich reglementiert und wird allein durch Zweckmäßigkeitserwägungen begrenzt. Vor allem aber die Tatsache, dass prinzipiell jedem, der die Qualitätsanforderungen des Praxisverbundes erfüllt, der Zugang zu gewähren ist, führt in der Praxis sehr häufig dazu, dass auch zu späteren Zeitpunkten weitere Partner dem Verbund beitreten können. Insofern sollten jedoch bereits im Gesellschaftsvertrag Regelungen getroffen werden, die die Aufnahme neuer Gesellschafter nicht übermäßig erschweren oder sogar zur Handlungsunfähigkeit der Gesellschaft im Falle von Meinungsverschiedenheiten führen können.

Die Anerkennung als Praxisnetz auf der Grundlage des § 87b Abs. 4 SGB V setzt jedoch entsprechend der Rahmenvorgabe der KBV bestimmte Größen voraus, um eine regionale Versorgungsstruktur darstellen und engen fachlichen Austausch ermöglichen zu können. Vor diesem Hintergrund sieht die Regelung einen Rahmen von mindestens 20 und höchstens 100 vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxen für ein Netz vor.

c) Organe des Verbundes / Regelungen zur Geschäftsführung und Vertretung

Wesentliches Organ eines jeden Praxisverbundes ist letztendlich die Gesellschafterversammlung, da auf dieser Ebene die wesentliche Willensbildung der einzelnen Gesellschafter stattfinden dürfte. In Abhängigkeit von der konkret gewählten Rechtsform können daneben weitere Organe treten, wobei dies letztlich natürlich auch von der Größe des jeweiligen Praxisverbundes abhängig ist. Geht man vom Praxisverbund in Form einer GbR aus, so sollte neben der Gesellschafterversammlung zweckmäßigerweise auch ein Vorstand installiert werden, dem weitere Gremien wie etwa ein wissenschaftlicher oder strategischer Beirat an die Seite gestellt werden können.

Dem gesetzlichen Leitbild des Bürgerlichen Gesetzbuches zufolge ist allerdings die Vertretungsmacht nach außen an die Geschäftsführungsbefugnis geknüpft, wenngleich im Gesellschaftsvertrag auch anders lautende Regelungen vorgesehen sein können. Handelt es sich dagegen um eine GmbH, so ist die Geschäftsführung zwingend einem oder mehreren Geschäftsführern zu übertragen. Im Falle von sehr großen Strukturen empfehlen sich daneben noch weitere Organe, wie etwa die Einrichtung eines Aufsichtsrates. Im Einzelnen hängt die konkrete Ausgestaltung der Gesellschaft vor allem von Zweckmäßigkeitsgesichtspunkten, aber auch von den mit dem Verbund verfolgten Zielsetzungen ab und ist daher immer an den besonderen Erfordernissen des Einzelfalls auszurichten. In jedem Falle ist dabei sicherzustellen, dass die Rechte jedes Einzelnen in hinreichendem Maße sichergestellt sind, ohne dass die Gesellschaft dabei zugleich handlungsunfähig wird – etwa durch die Berücksichtigung zu vieler Partikularinteressen durch Einräumung weitreichender Minderheitenrechte. Insofern empfiehlt sich im Falle der GbR beispielsweise eine Regelung, nach der eine Einberufung der Gesellschafterversammlung zwingend erforderlich ist, wenn sie von mindestens 25 % der stimmberechtigten Gesellschafter verlangt wird. Wie die Beschlussfassung im Einzelnen ausgestaltet wird, ist weitgehend der Vereinbarung zwischen den Gesellschaftern überlassen.

In jedem Falle sollte – vor allem, wenn die Organisation in Form einer GbR erfolgt – eine Regelung dahingehend aufgenommen werden, wie mit unter Umständen fehlerhaften Gesellschafterbeschlüssen umzugehen ist. Insbesondere die Modalitäten der „Anfechtung" derartiger Beschlüsse sollte zwingend geregelt werden. So empfiehlt sich beispielsweise eine Festlegung, dass Beschlüsse nach Ablauf einer Frist von einem Monat seit Beschlussfassung „bestandskräftig" werden, das heißt, dass sie ab diesem Zeitpunkt nicht mehr mit rechtlichen Mitteln angegriffen werden können. Auch sollte bei der Frage der Ausübung der Stimmrechte darauf geachtet werden, dass durch schriftliche Bevollmächtigung die Ausübung des Stimmrechts auf einen anderen Gesellschafter übertragen werden kann. Gerade im Falle sehr großer Gesellschaften ist hierdurch die Wahrung der eigenen Rechte umfassend und effektiv sichergestellt.

Die Regelungen über die Gesellschafterversammlung sollten neben anderen Aspekten auch die folgenden Punkte beinhalten:

- Beschlussfassung innerhalb der Gesellschafterversammlung regelmäßig mit einfacher Mehrheit der anwesenden Gesellschafter, sofern nicht außerordentlich wichtige Aspekte der Gesellschaft betroffen sind,
- regelmäßige Durchführung der ordentlichen Gesellschafterversammlung, (mindestens einmal jährlich),
- rechtzeitige Einberufung der Gesellschafterversammlung unter Angabe der zu behandelnden Tagesordnungspunkte,
- Anfertigung einer Niederschrift über die gefassten Beschlüsse.

d) Regelungen über die Auflösung der Gesellschaft

Vor allem (aber nicht nur) dann, wenn der Praxisverbund als GbR organisiert ist, empfehlen sich weitreichende und detaillierte Regelungen für den Fall, dass ein Gesellschafter die Kündigung erklärt. Dem gesetzlichen Leitbild der GbR nach führt nämlich die Kündigung eines Gesellschafters zur Auflösung der Gesellschaft. Insofern sollte für den Fall der Kündigung eine sogenannte Fortsetzungsklausel vereinbart werden, so dass die Gesellschaft auch ohne den ausscheidenden Gesellschafter fortgeführt werden kann.

F. SCHLUSSBEMERKUNG

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bei der Gestaltung von Praxisverbünden eine Vielzahl von wirtschaftlichen und rechtlichen Aspekten zu berücksichtigen ist. Vor diesem Hintergrund empfiehlt es sich in jedem Falle, nicht nur bei der Gründung, sondern bereits auch in der frühen Konzeptionierungsphase eines Praxisverbundes, umfassende Rechtsberatung einzuholen, um die Gesellschaft nicht nur an den Gesichtspunkten Effizienz und Zweckmäßigkeit auszurichten, sondern vielmehr von vornherein mögliche Konfliktpotenziale zu vermeiden und der Gesellschaft somit langfristig zum Erfolg zu verhelfen.

Kontakt

Dr. iur. Christian Rybak
Rechtsanwalt und Wirtschaftsjurist
Partner der Rechtsanwaltssocietät
Ehlers, Ehlers & Partner
Lehrbeauftragter der Universität Witten/Herdecke
Dozent an der School of Tax and Business Law der Universität Münster
Widenmayerstraße 29
80538 München
Tel.: 089 – 21 09 690
E-Mail: c.rybak@eep-law.de
www.eep-law.de

KAPITEL 3

STEUERRECHTLICHE GRUNDLAGEN

Dipl. Kfm. Wilfried Bridts
Wirtschaftsprüfer, Steuerberater

Steuerliche Rahmenbedingungen innovativer Versorgungsformen (Praxisverbünde)

Vor dem Hintergrund der aktuellen gesetzlichen Regelungen im Gesundheitswesen erbringen zahlreiche Ärzte ihre Leistungen in steigendem Umfang im Rahmen von Verbund- (Netzwerk-) Zusammenschlüssen, die in unterschiedlichen Rechtsformen organisiert sein können (siehe 2 Rechtliche Grundlagen). Dies hat für die Beteiligten jedoch zahlreiche steuerliche Auswirkungen. In diesem Beitrag wird die aktuelle steuerliche Situation für Praxisverbünde dargestellt.

EINLEITUNG

Der Zusammenschluss zu Praxisverbünden eröffnet den Ärzten die Möglichkeit, unter Beibehaltung der selbständigen Tätigkeit durch eine verbindliche, strukturierte Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und anderen im Gesundheitswesen Unternehmen und Beschäftigten Qualität und Wirtschaftlichkeit der Patientenversorgung zu optimieren, finanzielle Vorteile zu erzielen sowie die Lebensqualität entscheidend zu verbessern.

Solange ein Verbund lediglich aus Hausarztpraxen, Facharztpraxen sowie weiteren arztnahen Leistungserbringern besteht, die sich im Rahmen der Patientenbehandlung abstimmen, ihre Kommunikation anpassen und daran arbeiten, regional oder bezogen auf ein bestimmtes Krankheitsbild, eine verbesserte Versorgung sicherzustellen, ergeben sich steuerlich keine Besonderheiten.

Das ändert sich dann, wenn zwischen den Ärzten oder mit Krankenkassen und anderen Auftraggebern finanzielle Leistungsbeziehungen entstehen oder die Ärzte sich in Gesellschaften organisieren und gemeinsam wirtschaftliche Interessen verfolgen. Dann sind steuerliche Auswirkungen unvermeidbar.

Bei den Steuern muss beachtet werden, dass nicht nur einkommensbezogene Steuern wie die Einkommensteuer (ESt) und die Gewerbesteuer (GewSt) sondern in zunehmendem Maße auch Verkehrssteuern, wie z. B. die Umsatzsteuer (USt), in die Überlegungen einzubeziehen sind.

EINKOMMENSTEUER FÜR ÄRZTE

Ärzte werden bei der ESt den freien Berufen zugeordnet. Sie erzielen deshalb aus ihrer Praxis regelmäßig Einkünfte aus freiberuflicher, selbständiger Tätigkeit (§ 18 EStG). Sie dürfen wahlweise ihren Gewinn nach der Methode der Einnahmen-/Überschussrechnung oder durch Bilanzierung ermitteln.

GEWERBESTEUER BEI ÄRZTEN

Ärzte erzielen aus ihrer heilberuflichen Tätigkeit freiberufliche Einkünfte und müssen deshalb keine Gewerbesteuer (GewSt) auf ihre Praxisgewinne bezahlen, soweit sie ausschließlich ärztlich tätig sind. Üben Ärzte neben oder im Rahmen ihrer ärztlichen Tätigkeit auch gewerbliche Tätigkeiten aus, z. B. Verkauf von Nahrungsergänzungsmitteln, Verkauf von Kontaktlinsen, Entgegennahme von Kick-Backs, Vermittlung von gewerblichen Geschäftsabschlüssen etc., so unterliegen sie mit den Gewinnen aus diesen Geschäften grundsätzlich der Gewerbesteuer.

Aktuell treten gewerbesteuerliche Probleme bei der Beschäftigung von angestellten Ärzten auf. Diese knüpfen daran, dass die Rechtsprechung bei Ärzten hinsichtlich der Eigenverantwortlichkeit und leitenden Tätigkeit besonders enge Grenzen setzen, wenn sie sich der Mithilfe fachlich vorgebildeter Personen bedienen. Wenn die Organisation der Praxis es nicht zulässt, dass diese Personen vom Arzt kontrolliert, überwacht und angeleitet werden und sie keine Erstuntersuchungen durchführen, droht die Gewerblichkeit, zumindest hinsichtlich eines Teils der ärztlichen Einkünfte.

Die GewSt ist in Bezug auf ihre Belastungswirkung nicht mehr so bedeutend, weil derzeit die bezahlte GewSt auf die ESt natürlicher Personen weitgehend angerechnet werden kann. Nur in Gemeinden mit sehr hohen Hebesätzen verbleibt nach der Verrechnung noch eine signifikante GewSt-Belastung.

UMSATZSTEUER BEI ÄRZTEN

Die USt knüpft im Gegensatz zu den Ertragsteuern (= ESt und GewSt) nicht an eine Saldogröße wie den Gewinn, sondern an einzelne Lieferungen und Leistungen an, bei denen jeweils zu überprüfen ist, ob sie der Umsatzsteuer unterliegen oder nicht.

Die Leistungen der Ärzte sind ausdrücklich von der Umsatzsteuer befreit. Dies gilt jedoch nur, soweit sie Heilbehandlungen erbringen, also Tätigkeiten die zum Zweck der Vorbeugung, Diagnose, Behandlung und, soweit möglich, der Heilung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen bei Menschen vorgenommen werden. Dem Vorteil der Umsatzsteuerbefreiung steht der Nachteil gegenüber, dass der Arzt die Umsatzsteuer, die ihm selbst in Rechnung gestellt wird (= sog. Vorsteuer) nicht vom Finanzamt erstattet bekommt.

Daneben können Ärzte aber auch Leistungen erbringen, die der USt unterliegen, wie z. B. die Erstattung bestimmter Gutachten, Schönheitsbehandlungen, Wellness-Behandlungen etc. Soweit dabei die sog. Kleinunternehmergrenze von 17.500 Euro überschritten wird, sind diese Leistungen regelmäßig mit einem USt-Satz von 19 % zu versteuern. Für die damit verbundenen Vorsteuern (= bezahlte MwSt) steht der Vorsteuerabzug offen.

STEUERN BEI GEMEINSCHAFTSPRAXEN

Diese Grundlagen der steuerlichen Behandlung von Ärzten gelten grundsätzlich auch für Berufsausübungsgemeinschaften/Gemeinschaftspraxen in der Rechtsform der Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) oder der Partnerschaftsgesellschaft (PartG). Einnahmen und Ausgaben, die betrieblich bedingt sind, aber nur einzelne Gesellschafter betreffen (= sog. Sonderbetriebseinnahmen und -ausgaben) werden gesondert aufgezeichnet und nur diesen zugerechnet, sind aber zwingend in der Steuererklärung der Gesellschaft zu erfassen.

Ein Einzelarzt kann neben seinen freiberuflichen Einkünften auch gewerbliche Einkünfte haben. Die ver-

schiedenen Einkünfte beeinflussen sich gegenseitig nicht, wenn in der Buchführung sowohl hinsichtlich der Einnahmen als auch der Ausgaben eine klare Trennung erfolgt oder diese zumindest sachlich nachvollziehbar getrennt werden können.

Anders ist dies bei Gemeinschaftspraxen. Diese können nach derzeitigem Rechtsstand insgesamt nur eine Einkunftsart haben. Wenn eine ärztliche Gemeinschaftspraxis neben ihren freiberuflichen Einkünften auch solche aus Gewerbebetrieb hat, so „färben diese auf die freiberuflichen Einkünfte durch“ bzw. „infizieren diese gewerblich“ (sog. gewerbliche Infizierung). Die gesamten Gewinne der Gemeinschaftspraxis unterliegen dann der GewSt (Ausnahme: gewerbliche Einkünfte bis etwa 1,5 bis 3 Prozent der Gesamteinnahmen).

Entgegen einem weit verbreiteten Irrtum gibt es eine solche Infizierung bei der USt nicht. Es ist also nicht möglich, dass umsatzsteuerpflichtige Leistungen die steuerbefreiten Leistungen des Arztes infizieren und damit umsatzsteuerpflichtig machen.

STEUERN BEI ORGANISATIONSGEMEINSCHAFTEN INNERHALB DES NETZES

Im Rahmen der losen Zusammenarbeit können einzelne Ärzte bereits Apparategemeinschaften, Laborgemeinschaften oder Leistungserbringergemeinschaften bilden, für die besondere steuerliche Regelungen gelten. Diese besonderen Organisationseinheiten bestehen ggf. neben den Arztpraxen und ergänzen oder unterstützen deren Tätigkeit. Ihnen ist gemeinsam, dass die erbrachten ärztlichen Leistungen den einzelnen beteiligten Ärzten zugerechnet werden, auch wenn teilweise der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung durchbrochen wird. Überwiegend handelt es sich um Kostenverteilungsgemeinschaften.

Ganz eindeutig ist dies bei der sog. Praxisgemeinschaft, die den Zweck der gemeinsamen Kostentragung hat, sich aber nur auf die Grundlagen der ärztlichen Tätigkeit, wie Personal, Miete, Geräte usw. beziehen sollte.

Wenn an einer solchen Organisationsgemeinschaft ausschließlich Ärzte beteiligt sind und ausschließlich Leistungen gegenüber diesen Ärzten erbracht werden, so handelt es sich steuerlich um eine sog. Hilfsgesellschaft, die nur den Zwecken ihrer Mitglieder dient, keinen direkten Patientenkontakt hat und deshalb auch keine Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit erzielt. Die beteiligten Ärzte leisten Kosteneinlagen und erhalten über eine gesonderte Feststellung am Jahresende den auf sie entfallenden Kostenanteil steuerlich zugewiesen.

Bei der Umsatzsteuer gibt es eine spezielle Regelung, nach der die Umsätze dieser Organisationsgemeinschaften mit den beteiligten Ärzten steuerbefreit sind. Dies gilt aber nur, wenn die Kostenanteile exakt ermittelt und verursachungsgerecht verteilt werden sowie keine reinen Verwaltungstätigkeiten, wie Abrechnung, Buchführung, usw. erbracht werden.

STEUERN MIT EINER MANAGEMENTGESELLSCHAFT

Damit ein Netz erfolgreich arbeiten kann, müssen die Vereinbarungen zwischen den Verbundteilnehmern nach und nach einen höheren Grad an Verbindlichkeit annehmen. Dieser kann grundsätzlich durch Verträge hergestellt werden. Meist werden auch wirtschaftliche Ziele verfolgt, deren Umsetzung betriebswirtschaftlich organisierte und im Rechtsverkehr übliche Strukturen erforderlich macht. Diese können durch Verträge zwischen einzelnen Teilnehmern oder Auftraggebern oder durch die gesellschaftsrechtliche Einbindung der Verbundmitglieder in eine Rechtsform gestaltet werden.

Ein Praxisverbund kann nur funktionieren, wenn er aktiv gemanagt wird. Neben der organisierten Verbundstruktur (GbR, Verein etc.) der Ärzte wird deshalb häufig eine Betreibergesellschaft/Managementgesellschaft etabliert, wie in Abbildung 1 dargestellt. Als Rechtsformen werden für Managementgesellschaften überwiegend die GbR, die GmbH & Co. KG, die GmbH und die Genossenschaft eingesetzt.

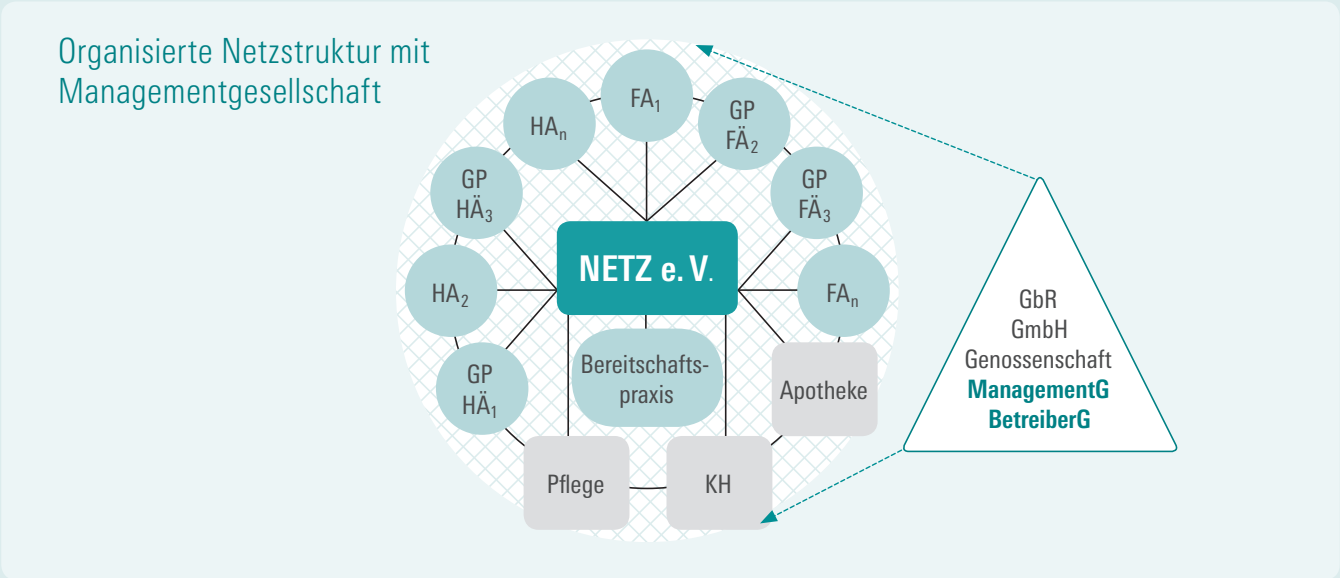

Abbildung 1: Organisierte Netzstruktur mit Managementgesellschaft; eigene Abbildung des Autors (HA: Hausarztpraxen; GP Gemeinschaftspraxen; FA: Facharztpraxen; KH: Krankenhaus)

STEUERLICHE ASPEKTE BEI EINER MANAGEMENT-GBR

Eine Management-GbR bzw. Betreiber-GbR kann unterschiedliche Aufgaben haben. So ist es möglich, dass sie lediglich die innere Verwaltung des Netzes übernimmt und nicht nach außen auftritt und tätig wird. Sie wird dann steuerlich wie die Netz-GbR selbst behandelt. Da sie keine auf die Erzielung von Einnahmen bzw. Gewinnen ausgerichtete Tätigkeit ausübt, ist sie steuerlich neutral. Damit besteht auch keine Gefahr der gewerblichen Infizierung für die daran beteiligten Ärzte und Gemeinschaftspraxen.

In der Regel soll die Management-GbR aber Vertragsabschlüsse für das Netz vorbereiten, verhandeln und abschließen, gemeinsame Einkäufe organisieren und abwickeln sowie andere finanzielle Transaktionen für das Netz managen. Verträge der Praxisverbünde mit Krankenkassen sehen regelmäßig vor, dass die Managementgesellschaft Vertragspartner der Krankenkasse wird und die ärztlichen Leistungen bei den Ärzten als Subunternehmer „einkauft“. Dann geht die Tätigkeit der Managementgesellschaft weit über die einer bloßen Hilfsgesellschaft hinaus und hat eine nachhaltige Außenwirkung.

Je nach dem Umfang der Tätigkeit und der damit verbundenen Verwaltung kann deshalb aus der GbR auch eine vollkaufmännische offene Handelsgesellschaft (OHG) werden. Steuerlich werden beide Gesellschaftsformen gleich behandelt.

Wenn die finanziellen Transaktionen der Managementgesellschaft umfangreicher und damit auch risikoreicher werden, ist weder die GbR noch die OHG eine geeignete Rechtsform, da beide neben der Haftung mit dem meist geringen Gesellschaftsvermögen mit der unbeschränkten persönlichen Haftung aller Gesellschafter verbunden sind.

Sobald an einer Management-GbR gewerbliche Unternehmen und/oder Kapitalgesellschaften (z. B. Krankenhäuser) als Gesellschafter beteiligt sind bzw. wenn die GbR zumindest teilweise gewerbliche Tätigkeiten entfaltet, ist sie grundsätzlich gewerbesteuerpflichtig mit allen ihren Einkünften.

Steuerliche Folgen ergeben sich dann auch für die Anteilseigner. Wenn sich freiberuflich tätige ärztliche Gemeinschaftspraxen direkt an einer gewerblichen Personengesellschaft beteiligen, die eine steuerliche Mitunternehmerschaft ist und von dieser Gewinnan-

teile beziehen, so infizieren sie sich gewerblich. D. h. die gesamten Einkünfte der Gemeinschaftspraxis werden in Einkünfte aus Gewerbebetrieb umgewidmet und die Ärzte müssen auch Gewerbesteuer auf ihre Praxisgewinne aus ärztlicher Tätigkeit bezahlen.

Es ist deshalb zu empfehlen, dass sich nur die einzelnen Gesellschafter der ärztlichen Gemeinschaftspraxen an der Management-GbR beteiligen oder die Beteiligung in einer gesonderten beteiligungsgleichen, gewerblichen Personengesellschaft gehalten wird (sog. Ausgliederungsmodell).

Neben der Beteiligung sind aber auch die einzelnen Leistungsbeziehungen der Ärzte und ihrer Gemeinschaftspraxen zur Management-GbR von Bedeutung.

In der Praxis werden die Leistungsbeziehungen der Gesellschafter zu einer Management-GbR unterschiedlich gestaltet. Teilweise erhalten die Ärzte über ihre Stellung als Gesellschafter der Managementgesellschaft z. B. die anteiligen Einnahmen aus einem IV-Vertrag im Rahmen der Gewinnverteilung der GbR.

In anderen Fällen stellen sie an die Managementgesellschaft Rechnungen für die einzelnen erbrachten Leistungen. Wenn der beteiligte Arzt seine ärztlichen Tätigkeiten der (gewerbesteuerpflichtigen) Management-GbR in Rechnung stellt, so handelt es sich bei ihm nicht um freiberufliche Einnahmen aus seiner Arztpraxis, sondern nach der Systematik des Steuerrechts um gewerbliche Sonderbetriebseinnahmen aus seiner Beteiligung an der GbR. Diese werden ihm persönlich, aber im Rahmen der Steuererklärung der Management-GbR zugerechnet. Entsprechend werden Betriebsausgaben des Arztes in seiner Praxis, die der Beteiligung zuzuordnen sind, aus den Betriebsausgaben der freiberuflichen Praxis ausgegliedert und zu Sonderbetriebsausgaben bei der Management-GbR. Diese Zuordnung gilt grundsätzlich auch für beteiligte Gemeinschaftspraxen.

Die Gründung einer Management-GbR sollte daher auch aus steuerlichen Gründen vermieden werden, sofern sich daran Ärzte und Gemeinschaftspraxen beteiligen wollen.

STEUERLICHE ASPEKTE BEI EINER MANAGEMENT-GMBH

Die Management-GmbH ist eine Kapitalgesellschaft, die mit ihren Gewinnen der Körperschaftsteuer (KSt) (seit 2008: 15 Prozent) und nach Berücksichtigung von Kürzungen und Hinzurechnungen auch der Gewerbesteuer (je nach Hebesatz der Gemeinde 7 bis 17 Prozent) unterliegt. Diese Steuerbelastung der Gesellschaft ist definitiv, d. h. unabhängig davon ob sie Gewinne an die Anteilseigner ausschüttet oder nicht. Verluste bleiben in der GmbH gefangen, können also nicht, wie bei Personengesellschaften, an die Anteilseigner durchgereicht werden. Bei ungenügender Kapitalausstattung besteht die Gefahr der Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung der GmbH. Beide Tatbestände lösen die Insolvenzantragspflicht aus und können weitreichende Haftungsfolgen für die Geschäftsführer, aber auch die Gesellschafter, haben.

Für eine Management-Gesellschaft, in welcher Rechtsform sie auch immer betrieben wird, sollte vor ihrer Gründung ein Businessplan erarbeitet werden. Daraus ist ersichtlich, ob die Gesellschaft überhaupt Gewinne erwirtschaften kann. Infolge davon kann auch die Problematik einer Ertragsteuerbelastung, z. B. bei einer Management-GmbH, angemessen berücksichtigt werden. Grundsätzlich sollte eine Management-GmbH nicht nur als Serviceunternehmen ohne eigene Gewinnerzielungsabsicht verstanden werden. Die Anteilseigner werden der Gesellschaft nur Kapital zur Verfügung stellen, wenn sich dieses marktgerecht verzinst. Ferner sind zukünftige Investitionen der Gesellschaft z. B. in Personal oder IT-Ausstattung etc., nur aus Gewinnen möglich, es sei denn es soll jedes Mal eine Kapitalerhöhung durchgeführt werden. Dies ist in der Praxis nicht durchführbar.

Wenn Chancen zur nachhaltigen Erzielung von Gewinnen und nachfolgend zur Ausschüttung von Gewinnen bestehen, ist zu klären, welche steuerlichen Folgen diese Ausschüttungen bei den Anteilseignern auslösen.

Bezüglich der Ausschüttungen aus einer GmbH ist zu unterscheiden, von wem und wie die Anteile gehalten werden. Die Beteiligung kann im steuerlichen Betriebsvermögen der Arztpraxis, der Gemeinschaftspraxis oder

eines Krankenhauses, MVZ etc. gehalten werden. Dann gilt seit 2008 das sogenannte Teileinkünfteverfahren, das heißt 60 Prozent des Brutto-Ausschüttungsbetrags sind mit dem vollen Steuersatz des Anteilseigners zu versteuern.

Werden die Anteile von einer anderen Kapitalgesellschaft (z. B. GmbH) in deren steuerlichem Betriebsvermögen gehalten, ist die Ausschüttung bei der empfangenden Körperschaft zunächst steuerfrei, mit Ausnahme von fünf Prozent nicht abzugsfähigen Betriebsausgaben.

Werden die Anteile an der Management-GmbH im Privatvermögen der Gesellschafter (z. B. der Ärzte) gehalten, so unterliegen Ausschüttungen seit 2009 der pauschalen Abgeltungssteuer von 25 Prozent (ggf. zuzügl. Kirchensteuer) und tauchen grundsätzlich in der Einkommensteuererklärung des beteiligten Arztes nicht mehr auf.

Bei der Gewerbesteuer hängt die Besteuerung von der Beteiligungshöhe ab. Beträgt die Beteiligung mindestens 15 Prozent (sog. Schachtelprivileg), so unterliegt die Ausschüttung bei der empfangenden Kapitalgesellschaft nicht der Gewerbesteuer. Ist die Beteiligungsquote niedriger, fällt Gewerbesteuer auf den Ausschüttungsbetrag an.

Bei der Beteiligung von Gemeinschaftspraxen tritt die Frage auf, ob deren freiberufliche Einkünfte, wie bei der Beteiligung an einer gewerblichen Personengesellschaft, auch durch die Beteiligung an einer Kapitalgesellschaft gewerblich infiziert werden. Das oberste Steuergericht (BFH) hat diese Frage mehrfach verneint, also keine Infektion angenommen.

Bei Geschäften jeder Art, der Management-GmbH mit den Gesellschaftern, ist grundsätzlich zu beachten, dass diese wie unter fremden Dritten abgewickelt werden müssen. Den Gesellschaftern dürfen keine Vorteile zugewendet werden, die den Gewinn oder das Vermögen der GmbH schmälern. Die Differenz zu den Marktpreisen wird steuerlich korrigiert. Sie stellt eine sog. verdeckte Gewinnausschüttung dar und wird dem Gewinn der GmbH außerbilanziell wieder hinzugerechnet. Eine entsprechende Korrektur findet beim Anteilseigner / Gesellschafter statt.

STEUERLICHE ASPEKTE BEI EINER MANAGEMENT-GENOSSENSCHAFT

Förderwirtschaftlicher Sinn einer eG ist es, im Wege der gemeinschaftlichen Selbsthilfe, die Angebots- oder Nachfragemacht der Mitglieder zu bündeln und diesen durch den gemeinschaftlichen Geschäftsbetrieb besondere wirtschaftliche Vorteile zu verschaffen, die die Mitglieder als Einzelne am allgemeinen Markt nicht erlangen können.

Den auf diese Weise erwirtschafteten Überschuss hat die eG an ihre Mitglieder auszukehren, soweit sie ihn nicht in die Rücklagen einstellt, um ihren Förderzweck auch künftig zu sichern. Dazu stehen ihr genossenschaftsrechtlich verschiedene Wege offen:

- Sie kann den Mitgliedern im Fördergeschäftsverkehr (z. B. gemeinsamer Einkauf) mit dem genossenschaftlichen Unternehmen von vornherein günstigere Konditionen bieten.
- Sie kann den Mitgliedern, falls sich die Geschäftslage günstiger entwickelt als geplant, am Ende des Geschäftsjahres nachträglich eine sog. genossenschaftliche Rückvergütung (umsatzbezogen) gewähren.
- Sie kann den Mitgliedern in bestimmten gesetzlichen Grenzen ihre Geschäftsguthaben verzinsen.
- Sie kann den verbleibenden Überschuss an die Mitglieder als sog. Dividende (bezogen auf Geschäftsguthaben) auszahlen.
- Die Rückvergütungen können von der Genossenschaft steuerlich als Betriebsausgaben (wie nachträgliche Rabatte) abgezogen werden (§ 22 KStG) und mindern dementsprechend den Gewinn der Genossenschaft.

Daraus ist ersichtlich, dass für die Genossenschaft hinsichtlich der Zuwendung von Vorteilen an Gesellschafter (hier: Genossen) auch steuerlich andere Kriterien gelten müssen, als für andere Kapitalgesellschaften, die hier nicht im Einzelnen dargestellt werden können. Im Übrigen werden Genossenschaften aber ertragsteuerlich wie andere Kapitalgesellschaften (z. B. GmbH) behandelt, so dass auf die diesbezüglichen Erläuterungen verwiesen werden kann.

DER ÄRZTEVERBUND MIT SONDERVERTRÄGEN MIT DEN KRANKENKASSEN

Sonderverträge dieser Art können Verträge der integrierten Versorgung, der hausarztzentrierten Versorgung, Verträge zu Modellvorhaben und Strukturverträge u. a. sein. Deren vertragsarztrechtliche Grundlagen sind kompliziert und unterliegen fortwährenden Veränderungen.

Das Steuerrecht ist weitgehend weder an diese Vertragsformen, noch an deren Veränderungen angepasst worden. Deshalb müssen die jeweiligen Verträge immer nach allgemeinen steuerlichen Grundsätzen geprüft werden. Dabei knüpft das Steuerrecht sowohl an der Art der einzelnen Leistungen sowie an der Rechtsform der Leistungserbringer und der Art der Vergütung an.

Das Ärztenetz mit Sonderverträgen mit den Krankenkassen

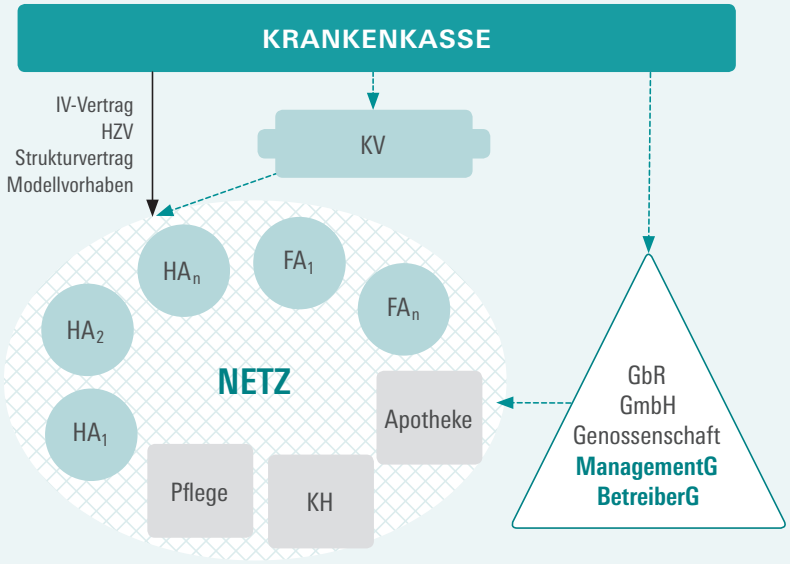

Abbildung 2: Sonderverträge mit Krankenkassen im Rahmen einer organisierten Netz-(Verbund-)struktur; eigene Abbildung des Autors
Die Beziehungen der Beteiligten untereinander sind in Abbildung 4 dargestellt.

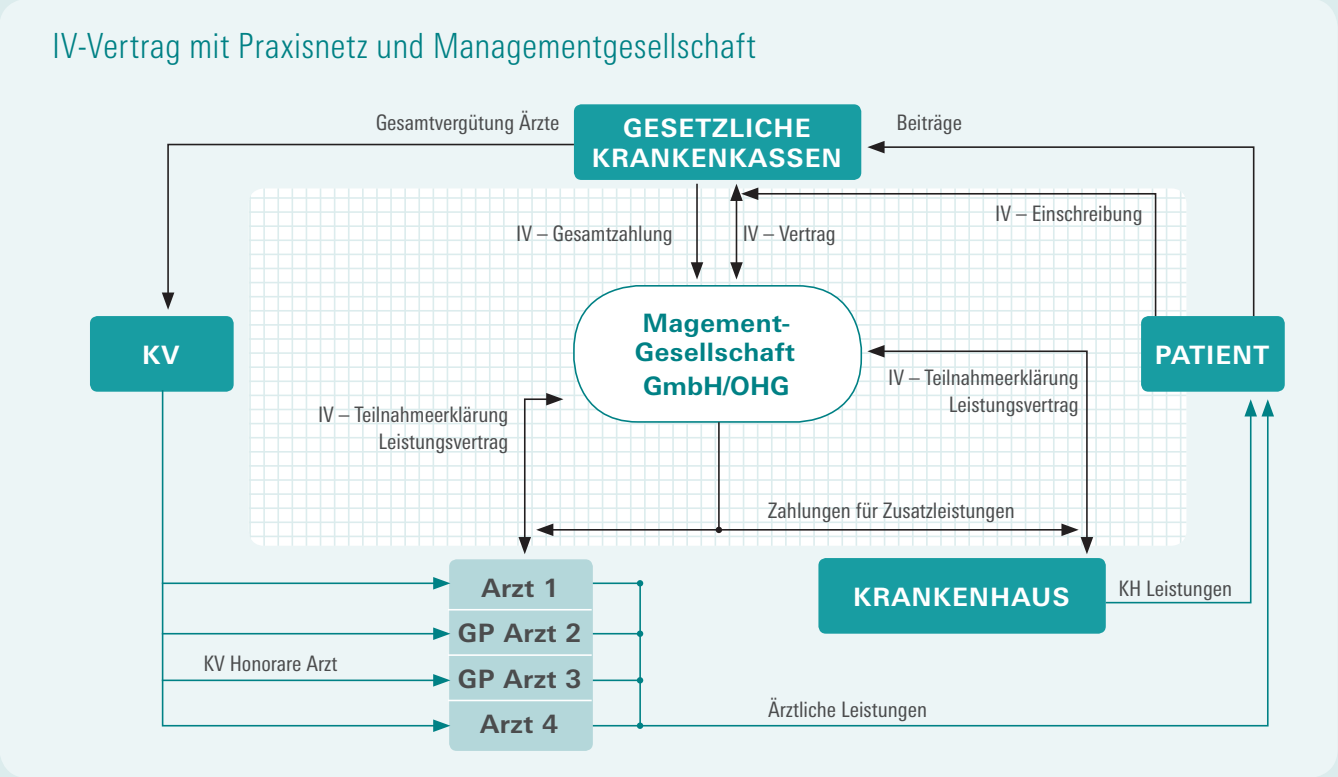

Abbildung 3: Eigene Abbildung des Autors

STEUERLICHE PROBLEME BEI SONDERVERTRÄGEN DARGESTELLT AM BEISPIEL DER INTEGRIERTEN VERSORGUNG

Systematischer Überblick

Bei der heilberuflichen Tätigkeit eines Einzelarztes, die von den Krankenkassen über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) im Rahmen der sog. Gesamtvergütung abgerechnet wird, kann ohne weiteres unterstellt werden, dass es sich ertragsteuerlich um freiberufliche Einkünfte handelt, die umsatzsteuerlich befreit sind.

Bei Sonderverträgen tritt regelmäßig das Problem auf, dass zum Teil neuartige Leistungen (z. B. Anlage und Führung einer elektronischen Patientenakte oder Mitwirkung an Einsparcontractings, Abgabe von Hilfsmitteln oder Medikamenten) von gesetzlichen Krankenkassen direkt an Ärzte oder deren Verbünde oder Managementgesellschaften vergütet werden. Die Unterstellung, dass das, was von gesetzlichen Krankenkassen an Ärzte bezahlt wird, grundsätzlich Vergütung für Heilbehandlung ist, kann in diesen Fällen steuerlich nicht mehr ohne weiteres gelten.

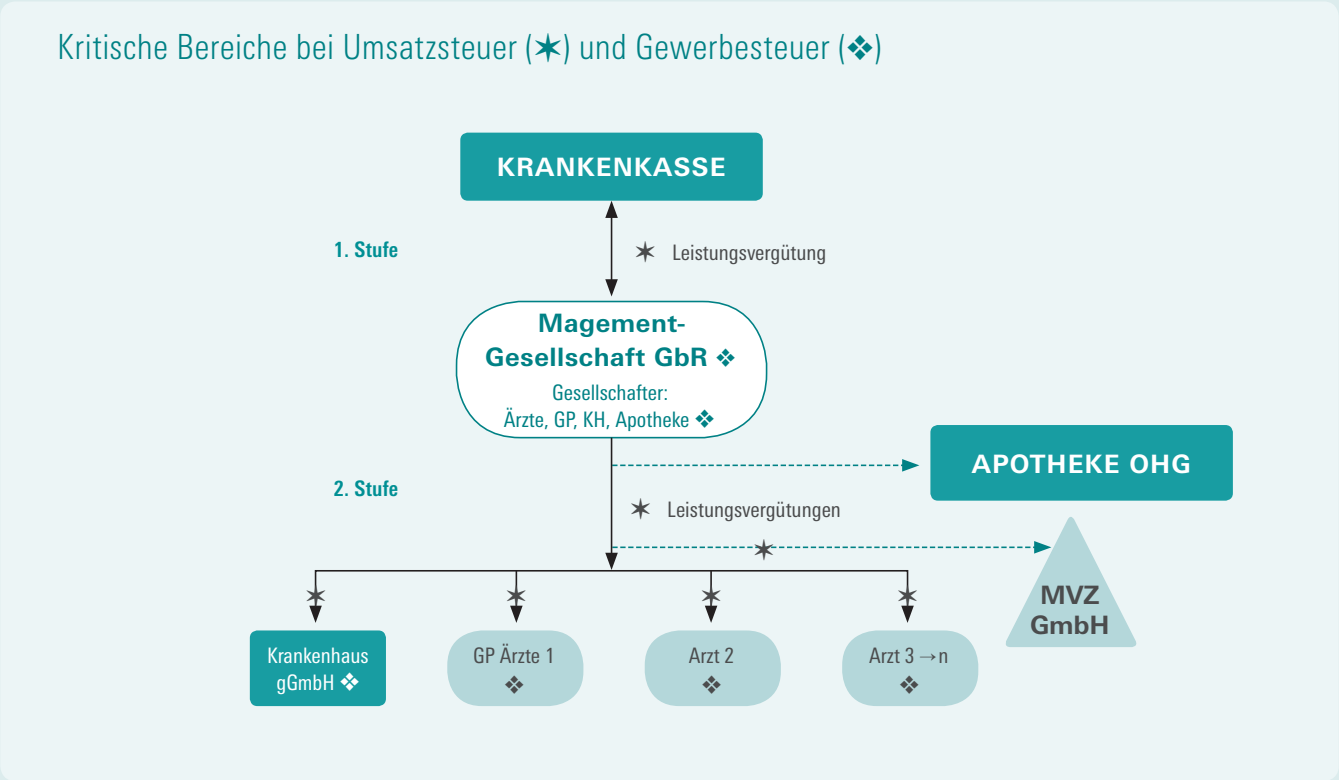

Abbildung 4: Eigene Abbildung des Autors

PROBLEMBEREICHE BEI DER UMSATZSTEUER

Für Ärzte und Zahnärzte ergibt sich die Umsatzsteuerbefreiung aus § 4 Nr. 14a UStG, für Krankenhäuser aus § 14b UStG. Diese Befreiungsvorschriften wurden zum 01.01.2009 völlig neu gefasst und in einem Anwendungserlass erläutert, der ständig fortgeschrieben wird. Damit sind nunmehr ambulante und stationäre Leistungen, die der medizinischen Betreuung von Personen durch das Diagnostizieren und Behandeln von Krankheiten und anderen Gesundheitsstörungen dienen in einer Befreiungsvorschrift zusammengefasst.

Bei ambulanten Leistungen von Ärzten gilt die Befreiung nur insoweit, als der Arzt eine ärztliche Heilbehandlung erbringt, eine Leistung also, bei der das therapeutische Ziel im Vordergrund steht. Nicht umsatzsteuerbefreit sind, wie schon erwähnt, andere Leistungen wie z. B. die Erstellung bestimmter Gutachten, viele IGeL-Leistungen etc. Im Bereich der USt ist aber nicht nur das nationale Recht, bzw. die Rechtsprechung deutscher Finanzgerichte zu beachten, sondern in zunehmendem Maße auch die Rechtsprechung des EUGH, die letztlich sogar deutsches Recht bricht.

In § 4 Nr. 14 Buchst. c UStG werden die Leistungen von Managementgesellschaften im Rahmen von IV-Verträgen und anderen Sonderverträgen ausdrücklich angesprochen und weitgehend umsatzsteuerfrei gestellt.

Bei Zwischenschaltung einer Managementgesellschaft, in welcher Rechtsform auch immer, zwischen die Ärzte als Leistungserbringer und die Krankenkasse, besteht zunächst lediglich eine vertragliche Beziehung zwischen der Krankenkasse und der Managementgesellschaft (1. Stufe), nicht aber Vertragsbeziehungen der gesetzlichen Krankenkasse mit den einzelnen Leistungserbringern. Die Managementgesellschaft selbst verpflichtet sich gegenüber der Krankenkasse, die vertraglichen

Behandlungs-, Dokumentations- und sonstigen Leistungen über zugelassene Leistungserbringer sowie eigene Verwaltungsleistungen zu bewirken.

Die Managementgesellschaft erbringt aber selbst keine medizinischen oder pflegerischen Leistungen, sondern kauft diese Leistungen bei Ärzten, Krankenhäusern, Pflegeheimen etc. ein und schließt hierüber Verträge mit diesen Leistungserbringern als Subunternehmer ab (2. Stufe).

Vor der Regelung des § 14c UStG war strittig ob die Honorare für ärztliche Tätigkeiten, die im Rahmen des IV-Vertrages von der Krankenkasse bezahlt und durch die Managementgesellschaft vereinnahmt werden, auch auf Ebene der Managementgesellschaft nach § 4 Nr. 14 UStG von der Umsatzsteuer befreit sind, denn die Managementgesellschaft selbst erbringt ja definitiv keine ärztlichen Leistungen.

Nunmehr werden Managementgesellschaften als Träger definiert, die nicht selbst Versorger sind, sondern eine Versorgung durch dazu berechtigte Leistungserbringer anbieten. Sie erbringen mit der Übernahme der Versorgung (von den Krankenkassen) von Patienten und dem „Einkauf" von Behandlungsleistungen Dritter (z. B. Ärzte) steuerfreie Leistungen, wenn die Leistungserbringer die jeweiligen Heilbehandlungsleistungen unmittelbar mit der Managementgesellschaft abrechnen.

Daneben erbringt sie üblicherweise eigenständige Managementleistungen im Rahmen der Beschaffung des IV-Vertrags, dessen Umsetzung und der Abrechnung der einzelnen Leistungen. Mit diesen eigenen Managementleistungen erbrachten Managementgesellschaften vor 2009 umsatzsteuer*pflichtige* Dienstleistungen. Diese werden mit 19 Prozent USt besteuert. Auch dieser Bereich ist nun anders geregelt. In den vorgenannten Fällen wird die Wahrnehmung von Managementaufgaben als unselbständiger Teil der Heilbehandlungsleistungen der Managementgesellschaft gegenüber den jeweiligen Krankenkassen angesehen und so dass auch diese Leistungen umsatzsteuerbefreit sind.

Anders ist dies, wenn in einem Vertrag zur integrierten Versorgung nach § 40a SGB V lediglich Steuerungs-, Koordinierungs- und/oder Managementaufgaben von der Krankenkasse auf eine Managementgesellschaft übertragen werden. Dann handelt es sich um eine reine Auslagerung von Verwaltungsaufgaben. Solche Leistungen einer Managementgesellschaft sind umsatzsteuerpflichtig (19 % MwSt). Dies muss bei der Kalkulation der Preise bzw. in den Verträgen berücksichtigt werden.

Weitere wichtige umsatzsteuerliche Fragen im Zusammenhang mit der Einschaltung von Managementgesellschaften bei IV-Verträgen wurden durch die Rechtsprechung des EUGH und die neuere Rechtsprechung des BFH geklärt:

- **Rechtsform:** Es kommt für die Umsatzsteuerbefreiung nicht darauf an, in welcher Rechtsform die ärztliche Tätigkeit ausgeübt wird. Eine Managementgesellschaft, aber auch eine Berufsausübungsgesellschaft, wie ein MVZ darf z. B. also auch in der Rechtsform der GmbH betrieben werden.
- **Einschaltung von Subunternehmern und Angestellten:** Die Umsatzsteuerbefreiung ärztlicher heilberuflicher Leistungen ist auch zu gewähren, wenn für die Leistungserbringung angestellte Berufsträger oder freiberufliche Berufsträger (Subunternehmer) eingeschaltet werden. Erforderlich ist nur, dass die ausreichende fachliche Qualifikation der die Leistung ausführenden natürlichen Personen nachgewiesen werden kann.

PROBLEMBEREICHE BEI DER GEWERBESTEUER

Ungeplante Gewerbesteuerbelastungen im Rahmen der integrierten Versorgung können auftreten:

- bei Ärzten und arztähnlichen Berufen durch Umqualifizierung der freiberuflichen Einkünfte in gewerbliche Einkünfte:
  - durch die Art der Tätigkeit, also Verlassen der Grenzen des § 18 EStG (Freiberuflichkeit),
  - durch gesellschaftsrechtliche Verhältnisse, also die Abfärbetheorie bei Gemeinschaftspraxen,
- bei gemeinnützigen Krankenhäusern, Pflegeheimen, Reha-Einrichtungen etc.
  - durch Nichtanwendbarkeit der sonst einschlägigen Gewerbesteuer-Befreiungsvorschrift,
  - durch ungewollte Begründung eines sog. wirtschaftlichen Geschäftsbetriebs, insbesondere Gefährdung der Gemeinnützigkeit ausgelöst durch die Art der Tätigkeit (nicht begünstigt) oder durch gesellschaftsrechtliche Verhältnisse (Beteiligung an Personengesellschaften).

Bei den teilnehmenden Ärzten besteht die Gefahr der Umqualifizierung ihrer an sich freiberuflichen Einkünfte in gewerbliche Einkünfte u. a. dadurch, dass der Arzt berufsuntypische bzw. typisch gewerbliche Tätigkeiten entfaltet, wie z. B. mit dem Verkauf von Kontaktlinsen, Hilfsmitteln oder Weitergabe von Medikamenten.

Problematisch können im Rahmen von IV-Verträgen z. B. auch die Vergütungen für die Einrichtung und Pflege der elektronischen Patientenakte, die Vergütung für ein Qualitätsmanagement, aber auch die Vergütung zur Mitwirkung an einem Pharmarabattvertrag bzw. ganz allgemein für die Reduzierung der Medikamentenausgaben sein, wie sie z. B. früher im weithin bekannten BARMER-Vertrag vorgesehen waren.

Während der einzelne Arzt ggf. gewerbliche von den freiberuflichen Einkünften organisatorisch und buchhalterisch so abgrenzen kann, sodass es nicht zur Infizierung kommt, ist das bei Gemeinschaftspraxen nicht möglich. Für diese gewinnt die Zuordnung der einzelnen Tätigkeiten zum freiberuflichen oder gewerblichen Bereich also eine große Bedeutung.

Den Fall, dass in einem IV-Vertrag die Fallpauschale der Ärzte, die in einer Gemeinschaftspraxis arbeiten, neben der medizinischen Betreuung auch die Abgabe von Arzneien und Hilfsmitteln abdeckt, haben die Finanzverwaltung und die Rechtsprechung so beurteilt, dass es nur dann nicht zu einer gewerblichen Infizierung der Einkünfte kommt, wenn sich die Abgabe von Medikamenten und/oder Hilfsmitteln und die ärztliche Tätigkeit derart bedingen und miteinander verflochten sind, dass die Durchführung der ärztlichen Leistung ansonsten nicht möglich wäre (z. B. bei Verwendung von Implantaten und den dabei benötigten Medikamenten).

Dieser Grundsatz gilt auch bei der Abgabe von Impfstoffen im Rahmen von Impfungen durch Ärzte oder beim Einkauf von Materialien und medizinischen Hilfsmitteln zum Zwecke der Heilbehandlung. Umgekehrt besteht immer dann die Gefahr der gewerblichen Infizierung, wenn die Verflechtung eben nicht so eng ist und die Ärzte einen Bedarf abdecken, der sonst von Gewerbetreibenden wie Apotheken, Sanitätshäusern, Optikern und anderen Heil- und Hilfsmitteldistributoren besetzt ist.

Die Gewerblichkeit führt, wie eingangs dargestellt wurde, nicht mehr zwangsläufig zu hohen zusätzlichen Belastungen, da die Gewerbesteuerzahlungen bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen zumindest teilweise auf die ESt-Zahlungen der Ärzte bzw. Gesellschaftern von Gemeinschaftspraxen angerechnet werden können.

Viele der angesprochenen Probleme können durch eine sorgfältige, auf die steuerrechtlichen Erfordernisse angepasste Abfassung der IV-Verträge (oder anderer Sonderverträge) eingegrenzt oder ganz vermieden werden.

SCHLUSSBEMERKUNGEN

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die steuerlichen Probleme bei Praxisverbünden komplex sind. Deshalb sollten bereits bei deren Gründung und Aufbau die rechtlichen und steuerlichen Fragen umfassend und sorgfältig geprüft werden.

Generell gibt es bei ärztlichen Kooperationen und Sonderverträgen immer wieder offene steuerliche Fragen, weil sie sich in ihrer rechtlichen Struktur und nach der Art der Leistungserbringung sehr stark unterscheiden können. Unerwartete und unerwünschte steuerliche Belastungen können deshalb sowohl bei den Leistungserbringern als auch bei ihren Organisationsgesellschaften bzw. Managementgesellschaften auftreten.

Die Tendenz der steuerlichen Gesetzesentwicklung und der Haltung der Finanzverwaltung zu neuen Versorgungsformen ist insgesamt positiv zu beurteilen. Steuerliche Probleme werden deshalb bei der Umsetzung neuer Versorgungsformen weiter in den Hintergrund rücken und kein unüberwindliches Hindernis mehr darstellen. In Zweifelsfällen ist zu empfehlen, sich rechtzeitig mit der Finanzverwaltung abzustimmen bzw. eine sog. verbindliche Auskunft einzuholen.

Kontakt
Wilfried Bridts
Diplom-Kaufmann
Wirtschaftsprüfer, Steuerberater, Rechtsanwalt
Maximiliansplatz 12
80333 München
Tel.: 089 – 20 40 00 50
E-Mail: kanzlei@bridtsnebl.de
www.bridtsnebl.de

KAPITEL 4

BETRIEBSWIRTSCHAFTLICHE GRUNDLAGEN

Stefan Hoch
Diplom-Kaufmann
Geschäftsführer der Frielingsdorf Consult GmbH

Was gilt es bei der Netzgründung zu beachten?

Der Schaffung einer geeigneten Struktur eines Netzes kommt eine besondere Bedeutung zu, da mit dieser die grundsätzlichen Möglichkeiten der Netzentwicklung bereits in der Aufbauphase festgelegt werden. Die Netzstruktur umfasst Regelungen für die Aufbau- und Ablauforganisation in einem Netz. Es geht hierbei also um die Festlegung, wie ein Netz funktionieren soll.

Nachfolgend werden folgende Fragen betrachtet:

- Welche Voraussetzungen müssen zur erfolgreichen Gründung eines Netzes gegeben sein?
- Welche Aufgaben gibt es im Netz und wer ist dafür zuständig?
- Welche Finanzierungsmöglichkeiten gibt es für Netze?
- Welche Bedeutung hat die Vergütung innerhalb eines Netzes?
- Inwieweit kann ein gemeinsames Datenmanagement helfen, Ziele des Netzes zu unterstützen?

Grundsätzlich ist beim Aufbau eines Netzes zu beachten, dass bereits mit der Wahl der Rechtsform die ersten Weichen für die Entfaltung der Netzstruktur gestellt werden. Aus diesem Grund müssen Überlegungen zur Wahl der Rechtsform und zur Ausgestaltung der Netzstruktur grundsätzlich parallel erfolgen. Hier wird jedoch nur die Netzstruktur im engeren Sinne betrachtet.

1. ERFOLGSVORAUSSETZUNGEN FÜR DIE NETZGRÜNDUNG

Überlegungen zur Gründung eines Netzes beginnen grundsätzlich mit einem (kleineren) Personenkreis, der sich zusammengefunden und der ein gemeinsames Ziel identifiziert hat. An die Gründung eines Netzes wird von diesem Personenkreis die Erwartung gestellt, eine Struktur zu schaffen, die hilft, die Beteiligten (z. B. autonome Ärzte und deren Praxen) über ausgewählte Themen und Projekte zusammenzuführen, um somit das gemeinsame Ziel erreichen zu können.

Beispiel: *Im Rahmen eines unverbindlichen Stammtisches treffen sich regelmäßig je ein niedergelassener Nervenarzt, zwei Neurologen und ein Psychiater einer Region. Diese beklagen schleichende Honorareinbußen im Bereich der Gesetzlichen Krankenkasse (GKV) durch das sich laufend ändernde Vergütungssystem und durch allgemeine Strukturänderungen. Da die einzelnen Arztpraxen bisher autonom agieren, einigen sich die Ärzte des Stammtisches darauf, ein Netz zu gründen. Das Netz soll das Ziel haben, durch den Zusammenschluss die vorhandenen Potenziale der einzelnen Praxen zu bündeln und dadurch alternative Einnahmequellen erschließen zu können.*

FESTLEGEN DER NETZZIELE

Ziele von Netzen können sehr unterschiedlich sein. Originär waren Arztnetze Zusammenschlüsse, die sich vor allem auf ein gemeinsames Marketing bezogen. Dazu gehören beispielsweise ein gemeinsames Logo, eine gemeinsame Internetseite und Flyer, gemeinsamer Einkauf und – zumindest im Privatbereich – eine gemeinsame Patientenansprache.

Auch gemeinsame medizinische Ziele, wie die Optimierung der regionalen ärztlichen Versorgungsqualität, finden sich schon lange in Arztnetzen wieder. Mit der Wandlung des deutschen Gesundheitssystems haben diese Ziele jedoch einen neuen Charakter erhalten. Marktbeobachtungen zeigen, dass in den meisten deutschen Arztnetzen drei Primärziele fest verankert sind:

- Medizinische und organisatorische Ziele: Sicherung und ggf. Verbesserung der regionalen Versorgungsqualität durch abgestimmte Leistungserbringung im Netz.
- Strategische Ziele: Ausbau der Stellung im regionalen Markt.
- Monetäre Ziele: Verbesserung bzw. Erhalt der (ärztlichen) Vergütung.

Bevor ein Netz gegründet wird, sollte sich die (ärztliche) Kernzelle im Klaren darüber sein, was mit dem Netz überhaupt erreicht werden soll, also welche Ziele verfolgt werden. Bereits im Vorfeld lässt sich im Groben ableiten, welche Maßnahmen zur Erreichung der Ziele erforderlich sein werden. Der Umfang und die Komplexität des Maßnahmenkataloges können der Kernzelle als Anhaltspunkt dienen, um abzuleiten, welche Netzstruktur erforderlich ist.

Beispiel: *Der Stammtisch möchte das Netz gründen, um alternative Einnahmequellen erschließen zu können (Ziel). Als Maßnahme ist dazu aus Sicht der Ärzte erforderlich, dass Direktverträge mit Kostenträgern abgeschlossen werden. Dazu sollen u.a. Behandlungen standardisiert, aufeinander abgestimmt und Möglichkeiten der Einsparungen für Kostenträger abgeleitet werden. Die Aufgaben sollen unter den Netzmitgliedern aufgeteilt werden. Innerhalb des Netzes soll es jedoch eine zentrale Stelle geben, die übergeordnete Aufgaben übernimmt und die Aktivitäten innerhalb und außerhalb des Netzes leitet. Die Ärzte sind sich einig, dass es für die übergeordnete Koordination und Leitung einen Vorstand geben muss. Weiterhin legen die Ärzte fest, dass die Konzeptentwicklungen idealerweise über Arbeitsgruppen erfolgen.*

NETZSTRUKTUR FESTLEGEN

Es ist sinnvoll, die Grundstruktur eines Netzes durch die ärztliche Kernzelle festlegen zu lassen, bevor das Netz gegründet wird und sich weitere Personen oder Institutionen anschließen. Erfahrungen zeigen, dass in einer kleinen Gruppe weniger Schnittstellen vorhanden sind und Entscheidungen, insbesondere für die Netzstruktur, schneller getroffen werden können. Da eine ärztliche Kernzelle eines Netzes (z. B. 5 bis 10 Personen) aufgrund der geringen Personenzahl häufig die Netzziele nicht alleine umsetzen kann, muss im Vorfeld festgelegt werden, welche Personengruppen zur Unterstützung der Netzziele in das Netz aufgenommen werden müssen. Folgende Fragestellungen können zur Festlegung der infrage kommenden Netzmitglieder helfen:

- Welche Fachgruppen sollen aufgenommen werden?
- Müssen die Netzmitglieder bestimmte Qualifikationen haben?
- Ist das Netz auf eine bestimmte Region beschränkt?
- Gibt es eine Mindest- und eine Maximalanzahl von Mitgliedern? Welche weiteren Voraussetzungen müssen gegeben sein, damit eine Mitgliedschaft möglich ist? Gibt es ggf. weitere Ausschlusskriterien?

Beispiel: *Die Ärzte des Stammtisches einigen sich darauf, dass zunächst niedergelassene Nervenärzte, Neurologen und Psychiater Mitglieder des Netzes werden können. Das Netz soll regional auf die drei umliegenden Landkreise beschränkt werden, weil damit vermutlich eine ausreichende, aber immer noch überschaubare Größe abgedeckt werden kann. Hinzu kommt, dass in den anderen benachbarten Landkreisen teilweise ähnliche Netze schon vorhanden sind, denen man sich aber nicht anschließen möchte. Ob auch fachgruppengleiche Krankenhausärzte Mitglieder sein dürfen, wollen die Netzärzte zu einem späteren Zeitpunkt entscheiden. Die Einbindung von weiteren Partnern und Förderern (z. B. aus der Pharmabranche) soll in jedem Fall erfolgen, jedoch erst, wenn das Netz in seiner Grundstruktur aufgebaut ist.*

TRITTBRETTFAHRER-PROBLEM

Ein Problem im Zusammenhang mit der Gründung von Netzen ist häufig, dass sich Personen anschließen, die von vornherein nicht beabsichtigen, im Netz mitzuarbeiten. Die Mitgliedschaft wird von diesen Teilnehmern als Sicherheit angesehen, im Erfolgsfall an den Ergebnissen des Netzes partizipieren zu können. Eine Teilnahme solcher „Trittbrettfahrer“ am Netz kann meist nicht verhindert werden und findet sich in jedem Netz.

Wird jedoch die Anzahl der Trittbrettfahrer gegenüber den aktiven Mitgliedern zu groß, kann der gesamte Bestand des Netzes gefährdet werden, weil die Zielerreichung ausgebremst wird. Möglichkeiten, dies im Vorfeld zu verhindern, sind definierte Einstiegs- und Ausschlusskriterien.

Beispiel: *Das Trittbrettfahrer-Problem ist der Kerngruppe bekannt. Als Einstiegskriterium wird deshalb festgelegt, dass mit einer neuen Mitgliedschaft ein Einstiegsgeld in Höhe von 500 Euro und jeden Monat ein Mitgliedsbeitrag in Höhe von 100 Euro gezahlt werden muss. Die Gruppe hofft, dass dadurch nur Personen am Netz teilnehmen, die sich mit dem Netz identifizieren können und sich für den gemeinsamen Erfolg einsetzen werden. Weiterhin überlegen die Mitglieder, eine regelmäßige Übersicht zu erstellen, an der erkennbar ist, welches Mitglied sich an welchen Aktivitäten beteiligt hat. Ein Mitglied, das zwei Jahre hintereinander keine Netzaktivität wahrgenommen hat, kann ausgeschlossen werden.*

WERTEKODEX VERABSCHIEDEN

In vielen Praxisnetzen fällt je nach Netzausrichtung auf, dass das Netz ein heterogener Zusammenschluss von ganz unterschiedlichen Mitgliedern ist. Dies ist plausibel, da die meisten ärztlichen Praxen in hohem Maße individuell geprägt sind. Grundsätzlich gilt, dass die Gemeinschaft der Netzmitglieder umso homogener ist, je eingegrenzter der Fachgruppen- und der regionale Bereich sind. Der Grad der Homogenität in einem Netz bestimmt entscheidend, ob Schnittstellenprobleme entstehen, die ggf. die Zielerreichung negativ beeinflussen. Schnittstellenprobleme können z. B. dadurch entstehen, dass die einzelnen Mitgliedspraxen unterschiedliche Auffassungen in Bezug auf bestimmte Vorgehensweisen (strategisch, organisatorisch oder medizinisch) haben.

Bei der Netzgründung sollte darauf geachtet werden, dass Schnittstellen identifiziert und Maßnahmen ergriffen werden, mit denen vorhersehbaren Reibungsverlusten an diesen Schnittstellen vorzubeugen ist. In der Praxis werden kritische Schnittstellen regelmäßig erst im Laufe der Zeit identifiziert, weil die Netzentwicklung dynamisch ist, um auf Umweltveränderungen reagieren zu können.

Beispiel: *Nachdem die ärztliche Kernzelle des ursprünglichen Stammtisches einzelne fachgruppengleiche Ärzte aus der festgelegten Region angesprochen hat, haben sich der Gruppe mittlerweile 20 weitere Ärzte angeschlossen. Bei einem ersten Treffen wird deutlich, dass nicht klar ist, welche Regelungen für die grundsätzliche kollegiale Zusammenarbeit untereinander zu beachten sind. Mit der Gründung des Netzes beschließen die Mitglieder, einen gemeinsamen Wertekodex zu entwickeln, der Regelungen für das Verhalten innerhalb des Netzes und gegenüber Externen enthalten soll.*

NETZ-FÜHRUNG BESETZEN

Eine wichtige Voraussetzung für die Netzgründung ist, dass von der Gruppe die personelle Besetzung der Netz-Führung (je nach Rechtsform Vorstand oder Geschäftsführer) festgelegt wird. Dabei ist darauf zu achten, dass die Netzführung folgende Eigenschaften mitbringen sollte:

- Fähigkeit und Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen,
- Bereitschaft zu erhöhtem Arbeitseinsatz,
- Fähigkeit zur Gruppenführung,
- Durchsetzungsvermögen,
- diplomatisches Geschick,
- konsequente Zielorientierung, Verhandlungsstärke,
- Anerkennung in der Gruppe (Vorbildfunktion),
- Überblick und Koordination.

Beispiel: *Die Gruppe ist sich einig, dass aus dem Kreise der drei Initiatoren des Netzes die Führung besetzt werden soll, da diese insgesamt alle entsprechenden Eigenschaften abdecken und sich zur Übernahme dieser Aufgabe bereit erklären. Im Rahmen einer Netzgründungsveranstaltung sollen zwei der drei Initiatoren offiziell zum Vorstand und dessen Stellvertreter gewählt werden.*

KOMMUNIKATION IM NETZ

Grundlegend für das Funktionieren des Netzes ist, dass die Mitglieder sich darauf verständigen, wie die Kommunikation untereinander erfolgt. Grundsätzlich kommen persönliche Treffen oder Telefon, Fax und E-Mail als Kommunikationsmedien infrage. Je nach Art des Kommunikationserfordernisses können diese Möglichkeiten unterschiedlich zum Einsatz kommen.

Beispiel: *Die Mitglieder stimmen darüber ab, dass Vorstandssitzungen und Mitgliederversammlungen persönlich erfolgen, wobei die Termine frühzeitig festgelegt werden, sodass alle Mitglieder die jeweiligen Termine einplanen können. Reine einseitige Informationen (z. B. Terminbekanntgaben) sollen grundsätzlich per E-Mail verbreitet werden, da dieses Kommunikationsmedium von allen Mitgliedern genutzt wird und keine zusätzlichen Kosten verursacht. Arbeitsgruppentreffen sollen persönlich und Abstimmungen zwischen den Arbeitsgruppentreffen per E-Mail und telefonisch erfolgen.*

MOTIVATION SCHAFFEN

Eine wichtige Erfolgsvoraussetzung zur Gründung eines Netzes ist, dass sich die beteiligten Mitglieder im Netz wiederfinden und sich mit dem Netz identifizieren können. Neben den Zielen und Werten des Netzes gehört dazu, dass die Netzarbeit nicht zur Belastung wird, sondern motiviert.

Insbesondere in der Aufbauphase eines Netzes stehen i. d. R. keine finanziellen Mittel zur Verfügung, um aktiven Netzmitgliedern deren Aufwand zu vergüten. Hinzu kommt, dass die Netzarbeit neben der originären Praxistätigkeit erfolgt, sodass nur eine eingeschränkte Zeit für die Netzarbeit zur Verfügung steht. Aus diesem Grund sollten die ersten Projektaufgaben in einem Netz überschaubar sein und in einer absehbaren sowie festgelegten Zeit erledigt werden können.

Bei erfolgreichem Abschluss eines (Teil-)Projektes sollte dies den gesamten Mitgliedern kommuniziert werden, sodass diese erfahren, dass die Netzentwicklung voranschreitet und die Mitglieder, die sich um die Erledigung der Aufgabe gekümmert haben, Anerkennung erhalten.

Beispiel: *Da das Netz zum Ziel hat, die Potenziale der Netzmitglieder zu bündeln und einen Kassenvertrag abzuschließen, beschließt die Gruppe, zunächst einmal den Status aller Praxen zu erheben. Dazu werden zwei Mitglieder gebeten, einen Fragebogen zur Statuserhebung zu erstellen, an die Praxen zu verteilen und die Ergebnisse zusammenzustellen. Bei der Ergebniszusammenstellung wird u.a. festgestellt, dass 80 % der Praxen ein netzinternes Treffen für die leitenden Arzthelferinnen wünschen, damit auch diese das Netz vorantreiben können. Auch aus den anderen Ergebnissen ergeben sich einzelne Maßnahmen. Die Ergebnisse und die damit verbundenen Maßnahmen möchte der Vorstand unter Benennung und Dank an die beiden Projektleiter allen Mitgliedern per E-Mail zur Verfügung stellen.*

ZUSAMMENFASSUNG

Anhand der nachfolgend aufgeführten Checkliste können die grundsätzlichen Erfolgsvoraussetzungen für die Netzgründung noch einmal kurz überprüft werden:

- Welche Ziele soll das Netz verfolgen und welche Maßnahmen werden dazu vermutlich erforderlich sein?
- Wer soll / kann Netzmitglied werden?
- Gibt es Schnittstellen im Netz, die die Zielerreichung negativ beeinflussen? Wenn ja, können diese durch Regelungen behoben oder minimiert werden?
- Wer übernimmt die Führung des Netzes? Wie erfolgt die Kommunikation im Netz?
- Wie wird die Motivation zur Durchführung der ersten Netzaktivitäten festgelegt?

2. NETZFUNKTIONÄRE UND AUFGABEN-VERTEILUNG

Unabhängig von der Rechtsform eines Netzes gibt es in den meisten Netzen eine klar strukturierte Aufgabenverteilung. Dies ist sinnvoll, da die Zielerreichung in einem Netz oft nicht einfach ist. Zum einen ist das Netz nicht das Hauptgeschäftsfeld der Mitglieder, zum anderen sind die Netzmitglieder teilweise sehr unterschiedlich. Dies erhöht den Grad der Komplexität eines Netzes, was eine klar strukturierte Aufgabenverteilung im Netz erforderlich macht, um die Netzziele erreichen zu können.

Die Verteilung der Aufgaben erfolgt meist auf einzelne, manchmal aber auch auf mehrere Personen des Netzes, die die Verantwortung haben, die jeweilige Aufgabe zu erledigen. Die Übernahme einer Aufgabe im Netz erfolgt freiwillig, jedoch sollte sich die Bestimmung des Verantwortlichen an dessen individuellen Kompetenzen orientieren. So ist beispielsweise nicht jedes Netzmitglied geeignet, die Funktion des Vorstandes oder Geschäftsführers zu übernehmen.

Hinsichtlich der Aufgaben ist zu unterscheiden, dass es Aufgaben gibt, die dauerhaft, und solche, die nur zeitweise im Netz bestehen. Die dauerhaften Aufgaben resultieren aus Funktionen, die sich aus der rechtlichen und organisatorischen Struktur des Netzes ergeben. Diese Funktionen müssen personell dauerhaft besetzt sein. Dazu zählen zum Beispiel:

VORSTANDSVORSITZ / GESCHÄFTSFÜHRUNG UND VERTRETUNG

Der Vorstand oder Geschäftsführer sowie dessen Vertreter sind für die Leitung des Netzes und in diesem Zusammenhang für übergeordnete Entscheidungen zuständig. Die Netzleitung wird, je nach Rechtsform, meist für längere Zeit von den Mitgliedern bestimmt.

Für Netze, die in Form von Vereinen oder Genossenschaften gegründet sind, ist zu berücksichtigen, dass die Netzleitung (hier Vorstand) aus dem Kreise der Mitglieder kommt. Demgegenüber kann für Netze, die in anderen Rechtsformen bestehen (z. B. Personen- oder Kapitalgesellschaften) die Netzleitung (hier Geschäftsführung) auch aus externen Personen, also Personen, die nicht gleichzeitig Mitglieder sind, bestehen.

MANAGEMENT

Es ist möglich, dass der Netzleitung ein gesondertes Management als Stabstelle zur Verfügung steht. Das Management berät die Netzleitung hinsichtlich Netzentwicklung und Entscheidungen und übernimmt die Ausführung von Aufgaben im direkten Auftrag der Netzleitung. Das Management kann aus einer externen Person oder einer Institution bestehen, die nicht Mitglieder des Netzes sind. Beobachtungen zeigen, dass für das Netzmanagement meist Betriebswirte abgestellt werden, die Erfahrung im Bereich des Netzmanagements haben.

KASSENWART

Insbesondere bei Netzen in der Form von Vereinen und Genossenschaften findet sich die Funktion des Kassenwartes. Der Kassenwart ist zuständig für die Finanzmittel des Netzes und deren Verwendung. In diesem Zusammenhang trägt der Kassenwart Verantwortung für die korrekte Dokumentation und steht dazu in einem engen Kontakt zum betreuenden Steuerberater, der in seinem Auftrag tätig wird.

NETZSEKRETARIAT

Das Netzsekretariat kümmert sich um die allgemeine Verwaltung und den Back-Office-Bereich des Netzes. Diese Funktion wird umso wichtiger, je größer, komplexer und ausgereifter das Netz ist. Ähnlich wie beim Management zeigen Marktbeobachtungen, dass häufig für das Netzsekretariat keine eigenen Personen über das Netz angestellt werden, sondern das diese Funktion an externe Unternehmen ausgelagert wird, die in diesem Bereich Erfahrung haben.

FORTBILDUNG UND QUALITÄTSMANAGEMENT

Um die Netzmitglieder auf einen möglichst einheitlichen Wissens- und Strukturstand in den angeschlossenen Praxen zu bringen, wird in vielen Netzen eine Person

aus dem Kreise der Mitglieder bestellt, die sich um Fortbildungen und Qualitätsmanagement kümmert. Dies hilft, die Netzmitglieder zu homogenisieren.

DIALOGPARTNER(IN)

Um die Identifikation der angeschlossenen Mitgliedspraxen im Netz zu unterstützen, setzen einige Netze auf die Einrichtung der Funktion „Dialogpartner(in)“. In den Mitgliedspraxen wird dazu jeweils eine Arzthelferin bestimmt, die zentrale Ansprechpartnerin für Netzangelegenheiten in der Praxis ist. Darüber soll sichergestellt werden, dass das Netz auch auf der operativen Ebene funktioniert.

Neben den oben aufgeführten dauerhaften Funktionen im Netz gibt es auch Funktionen, die lediglich für eine bestimmte Zeit, nämlich bis zur Erledigung der Aufgabe, bestehen. Solche Aufgaben resultieren aus Projekten, wie z. B. „Definition eines Behandlungspfades“ für eine bestimmte Indikation. Projekte werden entweder von einer oder mehreren Personen durchgeführt. Sind mit der Durchführung eines Projektes mehrere Personen betreut, handelt es sich um eine so genannte Arbeitsgruppe. In einem solchen Projekt hat es sich bewährt, wenn eine Person aus der Arbeitsgruppe als Projektleiter bestellt wird. Dieser hat die Funktion, die Aufgaben innerhalb der Gruppe zu koordinieren.

3. NETZFINANZIERUNG

Bereits in der Aufbauphase eines Netzes sollte es einen klaren Plan zur Netzfinanzierung geben. Da sich Netze von ihrer ursprünglichen Funktion als reine Marketingverbünde immer mehr zu eigenständig funktionierenden Wirtschaftsunternehmungen hin bewegen, spielt die Finanzierung für den dauerhaften Bestand eines Netzes eine entscheidende Rolle. In Netzen werden heute Aufgaben gestellt, die den Verbrauch von finanziellen Mitteln als Investition für die Zielerreichung verursachen.

Beispiel: *Ein Netz hat sich zum Ziel gesetzt, einen Kassenvertrag abzuschließen. Dazu möchte das Netz zunächst über eine Patientenbefragung herausfinden, welches Thema aus Sicht der Patienten geeignet ist und bei dem sich die Patienten auch in einen Vertrag einschreiben würden. Für die Durchführung der Patientenbefragung erwirbt das Netz eine Software, die einen geeigneten Fragebogen enthält und über die die Auswertung erfolgen kann.*

Bei der Finanzierung eines Netzes können folgende Einnahmequellen unterschieden werden:

EINSTIEGS- UND MITGLIEDERBEITRÄGE

Einstiegs- und Mitgliederbeiträge, besonders bei Vereinen und Genossenschaften, sind klassische Finanzierungsmöglichkeiten eines Netzes.

In der Praxis zeigt sich, dass Beiträge eine erhebliche Steuerungsfunktion im Netz verursachen können. Je nach festgelegter Höhe der Beiträge werden nur solche Personen Mitglieder des Netzes, die sich mit dem Netz identifizieren können. Dadurch kann die Anzahl der inaktiven Mitglieder im Netz (so genannte „Trittbrettfahrer“) verringert werden.

SPONSORING

Je nach Ziel, Größe und Funktionsfähigkeit des Netzes, kann dieses für Unternehmen und Institutionen interessant sein, die für ihre eigenen Ziele eine Zusammenarbeit mit dem Netz als förderlich betrachten. Dazu zählen z. B. Pharmaunternehmen, Unternehmen des Heil- und Hilfsmittelbereichs, Krankenhäuser und Kliniken, Therapieeinrichtungen, Lieferanten etc.

Sofern das Netz diesen Interessenten keine unmittelbare und volle Netz-Mitgliedschaft anbieten möchte oder kann, besteht die Möglichkeit, diese als Partner oder Förderer aufzunehmen. In beiden Fällen wird das Netz durch Sponsorengelder unterstützt. Förderer haben hingegen eine engere Anbindung an das Netz, weil diese das Netz regelmäßig (z. B. monatsweise) finanziell unterstützen. In diesem Zusammenhang wird

der Förderer auch häufig als Fördermitglied bezeichnet. So erhalten Förderer in der Praxis häufig auch das Recht, an Mitgliederversammlungen und ähnlichen Netzaktivitäten teilzunehmen. Sie haben dabei jedoch i. d. R. keine Entscheidungskompetenzen. Partner hingegen unterstützen das Netz sporadisch (z. B. Anmietung einer Standfläche bei einer Fortbildungsveranstaltung des Netzes) oder gewähren dem Netz und seinen Mitgliedern günstigere Konditionen als üblich (z. B. reduzierter Stundensatz eines Partner-Steuerberaters).

Die Möglichkeiten des Sponsorings sind sehr vielfältig. Netze, die Firmen und Institutionen eine Partnerschaft oder Fördermitgliedschaft anbieten möchten, sollten im Vorfeld prüfen, für wen dies interessant sein könnte, und einen Leistungskatalog mit festen Preisen definieren.

Beispiel: *Ein Pharmaunternehmen möchte eine Fördermitgliedschaft bei einem Netz haben. Das Netz bietet dem Pharmaunternehmen an, dass das Logo des Unternehmens auf der Internetseite des Netzes fest eingebunden wird. Dafür zahlt das Unternehmen monatlich einen Betrag von 300 Euro an das Netz.*

FÖRDERUNG DURCH DIE KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG

Auf Basis des § 87b Abs. 4 SGB V hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Rahmenvorgaben für die Anerkennung besonders förderungswürdiger Praxisnetze erarbeitet. Diese Rahmen vorgaben bilden einen Kriterienkatalog ab, den die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen in dieser oder abgewandelter Form nutzen können, um zunächst fachübergreifende Netze als regionale Versorger im Rahmen eines Akkreditierungsverfahrens über mehrere Stufen anzuerkennen. Den gesetzlichen Status als Leistungserbringer haben Netze damit allerdings noch nicht erreicht. Neben der Anerkennungsmöglichkeit der Netze können die Kassenärztlichen Vereinigungen Netze auch finanziell unterstützen. Hierbei besteht jedoch bundesweit ein sehr unterschiedliches Bild. Bisher leisten nur wenige Kassenärztliche Vereinigungen eine finanzielle Netzunterstützung, wie bspw. die KV Schleswig Holstein mit einer Fördersumme von 100.000 Euro. Andere Kassenärztliche Vereinigungen hingegen leisten keine finanzielle aber ggfs. organisatorische Unterstützung.

FINANZIERUNG AUS NETZARBEIT

Ist ein Netz erfolgreich aufgestellt, wird ggf. die Möglichkeit geschaffen, dass sich das Netz selber aus den Aktivitäten im Netz finanziert.

Beispiel: *Ein erfolgreich arbeitendes Netz hat einen Direktvertrag mit einer großen Krankenkasse abgeschlossen. Das Netz hat sich bereit erklärt, den Vertrag zu verwalten und die Abrechnung zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer selber vorzunehmen. Das Netz berechnet (ähnlich, wie die Abrechnungsstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen) für die Vertragsverwaltung eine Gebühr und erzielt so im Jahr zusätzliche Einnahmen in Höhe von 10.000 Euro.*

4. VERGÜTUNG VON NETZAKTIVITÄTEN ALS ANREIZINSTRUMENT

Insbesondere bei jungen Netzen zeigt sich, dass die Bereitschaft zur Übernahme von Aufgaben und grundsätzlichen Aktivitäten im Netz tendenziell zunächst hoch ist und dann im Laufe der Zeit abnimmt, sofern das Netz keine entsprechenden Gegenmaßnahmen einleitet. Für eine Abnahme der Aktivitäten in einem Netz gibt es verschiedene Ursachen. Besonders bedeutsam ist jedoch, dass bei Gründung eines Netzes Motivation und Erwartungen der Mitglieder zunächst hoch sind.

Eine positive Erwartungshaltung und die Lust auf Neues rufen entsprechendes Engagement hervor. Im Laufe der Zeit wird den Mitgliedern jedoch klar, dass die Ziele eines Netzes häufig nur schrittweise zu erreichen sind und dies entsprechende Zeit erfordert. Mit steigender Anforderung an die Netzarbeit wird diese zeitlich intensiver und kann auch die übliche

Praxiszeit beschneiden. Erwartungshaltung und Engagement nehmen ab.

Der Vorstand eines Netzes sollte sich bereits frühzeitig mit einer möglichen Abnahme der Motivation der Netzmitglieder auseinandersetzen und überlegen, welche Maßnahmen ergriffen werden können, um dies zu verhindern. Erfahrungsgemäß ist es erforderlich, dass die Mitglieder für ihre Aktivitäten im Netz belohnt werden, indem sie eine Vergütung für ihren Aufwand erhalten. Voraussetzung dafür ist, dass das Netz entsprechende Finanzmittel bereitstellen kann (vgl. Vorkapitel).

Beispiel: *Mittlerweile besteht schon seit drei Jahren ein Netz mit 30 Mitgliedern. Das Netz hat die Finanzierung über Mitgliederbeiträge und Partner-Sponsoring sichergestellt. Dem Vorstand des Netzes fällt auf, dass sich zwischenzeitlich immer nur die gleichen Personen an den Netzaktivitäten beteiligen. Alleine bei der letzten Mitgliederversammlung gab es lediglich eine Teilnahmequote von 40 %. Von den fehlenden Mitgliedern waren insgesamt zwei Personen entschuldigt. Die anderen Personen fehlten unentschuldigt. Auf einer außerordentlichen Mitgliederversammlung wird nun von den anwesenden Mitgliedern beschlossen, dass eine Vergütung für Aktivitäten im Netz eingeführt werden soll. Hierdurch soll die Motivation zum Mitmachen erhöht werden. Verschiedene Modelle werden diskutiert. Man einigt sich auf einen Stundensatz in Höhe von 50 Euro. Um sicherzustellen, dass das Vergütungsmodell nicht missbraucht wird, wird vom Netz eine gegenseitige Kontrolle eingerichtet.*

5. DATENMANAGEMENT

Datenmanagement spielt für Netze, deren Ziel in einer gemeinsamen und aufeinander abgestimmten Behandlung von Patienten liegt, eine immer wichtigere Rolle. Erforderlich ist ein netzweites Datenmanagement, wenn Selektivverträge mit Krankenkassen abgeschlossen werden sollen. Zum einen fordern dies die Krankenkassen, zum anderen bietet ein gemeinsames Datenmanagement die Möglichkeit zum eigenen Netz-Controlling.

Jede Arztpraxis besitzt – unabhängig vom Netz – eine erhebliche Menge an Bestandsdaten. Dazu zählen z. B. quartalsweise erhobene Behandlungs- und Verordnungsdaten. Die Daten liegen in den einzelnen Praxisverwaltungssystemen brach und können für das Netz gehoben werden. Dies erfolgt durch eine Aggregation der Daten, für die es unterschiedliche Möglichkeiten gibt. Voraussetzung ist jedoch, dass die Daten pseudonymisiert werden. Dies bedeutet zunächst, dass aus datenschutzrechtlichen Gründen personen- bzw. patientenbezogene Daten so verschlüsselt werden, dass eine Rückverfolgung nicht mehr möglich ist. Der Patient selber kann damit nicht mehr identifiziert werden (so genannte Anonymisierung). Gleichzeitig erfolgt die Verschlüsselung in den einzelnen Praxen nach einem Schema, bei dem Patienten, die in mehreren Praxen parallel behandelt wurden, eine eindeutige Kennung erhalten. Dies bedeutet, dass im Rahmen der Datenauswertung gesehen werden kann, wie der Weg eines Patienten im Netz ist, jedoch nicht gesehen werden kann, wer der jeweilige Patient ist (so genannte Pseudonymisierung).

Mithilfe pseudonymisierter Daten aller Netzpraxen ist es möglich, Verhandlungen mit bestimmten Krankenkassen vorzubereiten. So kann es für das Netz vor Ansprache einer Krankenkasse strategisch interessant sein zu sehen, wie viele Patienten einer Krankenkasse im Netz behandelt wurden. Auch Selektionen nach Diagnosen etc. sind möglich.

Über das Management und die Interpretation bestehender Daten kann genau geprüft werden, welche Ansatzpunkte für einen möglichen Vertrag mit der Krankenkasse bestehen. Mittlerweile erstellen einige Krankenkassen aus den Strukturdaten eigene Netzauswertungen, bei denen das Netz über verschiedene wirtschaftliche und qualitative Kennzahlen einer Vergleichsgruppe gegenüber gestellt wird.

Neben dem oben beschriebenen retrospektiven Datenmanagement gibt es auch die Möglichkeit, ein gemeinsames Datenmanagement in Bezug auf die gemeinsame Patientenbehandlung zu nutzen (netzweite Patientenakte). Im Zuge des Datenmanagements können dann auch Befundberichte unter den Netzärzten schnell ausgetauscht werden. Weiterhin können Patientenpfade abgelegt werden und ein Zusammenschluss mit dem Datenverwaltungssystem eines Krankenhauses ist möglich.

In Bezug auf die technischen Lösungen des Datenmanagements in einem Netz gibt es verschiedene Möglichkeiten, wenngleich es bisher noch keine Ideallösung gibt. Beim retrospektiven Datenmanagement müssen lediglich die Bestandsdaten aggregiert werden. Dazu gibt es verschiedene Unternehmen, die dies anbieten.

Für die Einrichtung einer alltagstauglichen gemeinsamen Patientenakte gibt es zum einen die Lösung, ein einheitliches Praxisverwaltungssystem für alle Netzpraxen anzuschaffen. Diese Lösung wird von vielen Netzen verworfen, weil dafür hohe Investitionen erforderlich sind, die die Netzpraxen nicht bereit sind zu tätigen. Eine andere Möglichkeit ist, Zusatzmodule einzusetzen. Es gibt Netze, die den Einsatz eines USB-Sticks nutzen, den der Patient mit sich führen muss und auf dem beispielsweise Befundberichte etc. gespeichert werden können. Mit solchen Lösungen entsteht jedoch immer ein Mehraufwand für die Praxen, da die Daten sowohl in das normale Praxisverwaltungssystem, als auch auf den separaten Netz-Datenträger gespeichert werden müssen.

RÜCKENSCHMERZ

Art der Rückenschmerzen	Anzahl der Patienten
Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	1.645
Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	573
Gesamtergebnis	**2.218**
Datenauswertung	
Verordnung 2008 gesamt	3.501.515,18 €
Verordnung 2008 pro Patient	1.578,68 €
AU gesamt 2008	2.353
AU-Tage pro Patient in 2008	1,06
KH gesamt 2008	134
Einweisungsrate pro Patient in 2008	6,04 %
Hausarztbesuche 2008 gesamt	13.369
Hausarztbesuche 2008 pro Patient	6,03
Facharztbesuche 2008 gesamt	9.669
Facharztbesuche 2008 pro Patient	4,36

Abbildung: Netz-Datenauswertung zur Indikation „Rückenschmerz"

Zum heutigen Zeitpunkt ist zu empfehlen, die Entwicklung neuer Lösungsmöglichkeiten, die kostengünstiger als die bisherigen sind, abzuwarten und so lange ausschließlich ein retrospektives Datenmanagement vorzunehmen.

Kontakt

Stefan Hoch
Diplom-Kaufmann
Geschäftsführer der Frielingsdorf Consult GmbH
Frielingsdorf Consult GmbH
Kaiser-Wilhelm-Ring 50
50672 Köln
Tel.: 0221 – 139 83 60
E-Mail: hoch@frielingsdorf.de
www.frielingsdorf.de

Management von Praxisnetzen – das wertvolle Komplett-Know-how!

FRIELINGSDORF CONSULT

Das deutsche Gesundheitswesen: Ein riesiger Wirtschafts-Markt mit beträchtlichem Wachstumspotenzial. Den größten Einfluss in diesem Wirtschafts-System haben die Ärzte. Durch die vorwiegend atomistische Struktur des ambulanten Gesundheitswesens wird dieser Einfluss jedoch nicht in die entsprechenden wirtschaftlichen Vorteile umgesetzt.

Insbesondere in den Jahren 2004 und 2007 hat die Politik die starren Rahmenbedingungen gelockert und dem stagnierenden Gesundheitswesen eine Medizin namens „Wettbewerb“ auf das Rezept geschrieben. Die anschließenden Novellierungen folgen weiter diesem Kurs.

Auch Arzt- und Praxisnetzen wird nun ein Stellenwert als regionaler „Versorger und Koordinator“ eingeräumt. Dabei verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, Praxisnetzen Anreize zu weiterer Professionalisierung zu geben. Dies zeigt sich deutlich durch die Rahmenvorgaben für die Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V. So sind u. a. klare Netzstrukturen hinsichtlich diverser Kriterien und ein professionelles Netz-Management gefordert.

Ein Weg zur Abdeckung dieser Anforderung besteht in der Befähigung eines Netzmitarbeiters oder in der spezifischen Fortbildung eines Vorstands- oder Netz-Mitgliedes.

Unser bewährter und von der IHK zu Köln zertifizierter Fortbildungsgang zum „Netzmanager/in im Gesundheitswesen (IHK)“ vermittelt den Teilnehmern mithilfe von zahlreichen hochkarätigen Experten höchst kompakt und effizient das notwendige Know-how hierzu und berechtigt nach bestandener Abschlussprüfung, persönlich den Titel „Netzmanager/in im Gesundheitswesen (IHK)“ zu führen.

Weitere Informationen zu Terminen, den einzelnen Programmpunkten und über unsere weiteren Fortbildungsgänge erhalten Sie unter der **Rufnummer 0221-139 836-63, per Mail** unter **koenig@frielingsdorf.de** oder auf **www.frielingsdorf-akademie.de.**

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
Glienicker Weg 125, 12489 Berlin

Verantwortlich i. S. d. P.:
Susanne Eble
Pia Maier
Tel.: 030 – 67 07 25 90
E-Mail: pmaier@berlin-chemie.de
www.berlin-chemie.de

Redaktion:
Pia Maier

Erscheinungstermin:
Februar 2016

Bilder:
fotolia: Umschlag © tsepova, S. 4 © AVD, S. 9 © JeremyRichards, S. 26 © lirtlon, S. 39 © Viesinsh, S. 50 © vege, S. 51 © Mopic
Autorenbilder: z. T. privat

Layout:
Göbel + Gröner
Grafisches Atelier GmbH
Berlin

Druck:
Das Druckteam Berlin,
Maik Roller und Andreas Jordan GbR

Auflage:
2.500

BERLIN-CHEMIE AG
Glienicker Weg 125, 12489 Berlin

BERLIN-CHEMIE
MENARINI

M101223