

ÄRZTLICHE GEMEINSCHAFTEN Teil 5

Klaus Günterberg, Moina Beyer-Jupe, Alfons Gastl (†), Christian Beer

Fazit

Die Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit verändern sich ständig. Längst schon ist eine zeitgemäße Medizin mit Stethoskop und Hausbesuchstasche allein nicht mehr möglich; die Anforderungen an die ärztlichen Räumlichkeiten, an Labor und Medizintechnik, an EDV und Informationstechnik, an Zahl und Ausbildung der Mitarbeiter steigen unaufhaltsam. Auch haben die allgemeinen Preis-, Lohn- und Rahmenbedingungen für die ärztliche Tätigkeit erheblich an Bedeutung gewonnen. Diese zunehmenden wirtschaftlichen Zwänge führen auch im ambulanten Gesundheitswesen zur Zunahme gemeinschaftlicher ärztlicher Tätigkeit, zu einem Konzentrationsprozess.

Das Verhältnis des Arztes zu seinem Patienten ist immer noch das eines Helfers zu einem Notleidenden, wird allerdings zunehmend (im GKV-Bereich) durch begrenzende Budgets und (im Bereich der PKV) durch die fehlende Anpassung der Gebührenordnung an die medizinische Entwicklung und an die steigenden Kosten belastet. Insoweit der Arzt in ganz anderem Ausmaß als früher Räume mieten, Ausstattung, Geräte und Fahrzeuge finanzieren und Mitarbeitern Gehälter zahlen muss ergeben sich für ihn völlig neue Vertrags- und Rechtsbeziehungen mit zahlreichen materiellen Verpflichtungen. Damit hat sich auch sein Status gegenüber seinen Patienten von dem eines Samariters, der noch von milden Gaben leben konnte, zu dem eines mittelständischen Unternehmers, der auf kostendeckende Vergütung angewiesen ist, gewandelt. Aber auch der Staat

behandelt den Arzt rechtlich inzwischen sowohl als Unternehmer mit Gewinnerzielungsabsicht, bei bestimmten Leistungen auch mit Umsatz-Steuerpflicht, aber auch immer als Bürger mit allen anderen Steuerpflichten.

Es sind die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für den Arzt mit denen vergangener Jahrzehnte und Jahrhunderte nicht mehr vergleichbar. Kein junger Facharzt kann, insbesondere bei chirurgischen oder technisch ausgerichteten Fachrichtungen, nach 25-jähriger Gesamt-Ausbildungszeit die Mittel für eine Praxisgründung oder Praxisübernahme oder Praxisteilhabe aufbringen; er muss sich dazu verschulden, wird dabei immer auch Überlegungen zur Rentabilität ärztlicher Arbeit und damit zur gemeinschaftlichen Tätigkeit anstellen.

Es mehren sich die medizinischen und wirtschaftlichen Gründe für eine Zunahme ärztlicher Gemeinschaften. So wird die gemeinschaftliche ärztliche Berufsausübung zur Norm, die Einzelpraxis, abgesehen von Sondereinrichtungen und in dünn besiedelten Gebieten, seltener werden.

Verschuldung, die daraus resultierenden Zwänge und die immer schwieriger werdenden Rahmenbedingungen zwingen Ärzte zu ökonomischen Überlegungen, auch Gemeinschaften zu bilden, die über die reine Berufsausübungsgemeinschaft hinausgehen; die großen ärztlichen KdöR dürfen kaufmännisch für ihre Mitglieder nicht tätig werden, auch zur Interessenvertretung sind sie nur noch rudimentär geeignet. Dagegen eignen sich kaufmännische Gemeinschaftsunternehmen durchaus zum Gruppeneinkauf

von Waren und Dienstleistungen, zur Erzielung von Einsparungen, mitunter auch zur ärztlichen Interessenvertretung.

Zuerst das Partnerschaftsgesetz im Bürgerlichen Recht und sodann das Gesundheits-Modernisierungs-Gesetz erlauben inzwischen größere ärztliche Gemeinschaften zur Ausübung des Heilberufes, Gemeinschaften mit anderen Rechtsverhältnissen, mit größerer und wechselnder Zahl von ärztlichen, auch nichtärztlichen Gesellschaftern, mit unterschiedlichen Geschäftsanteilen, mit größerem Eigentum und auch mit (analog den anwaltlichen Sozietäten) mehreren Standorten. Die Gestaltungsmöglichkeiten sind umfangreicher und komplizierter geworden.

Bei der Wahl der geeigneten Rechtsform für die gemeinschaftliche ärztliche Berufsausübung sollten die verschiedensten Aspekte bedacht werden, schließlich soll die ärztliche Gemeinschaft über Jahrzehnte Bestand haben. Dabei spielen insbesondere Haftungsfragen und ein möglicher Gesellschafterwechsel eine übergeordnete Rolle. Der Gesellschaftervertrag sollte präzise mögliche Konfliktsituationen vorsorglich regeln ohne dass es zur Überregulierung kommt. Je besser vor allem die Zusammenarbeit, die Gewinnverteilung und künftige Veränderungen vertraglich geregelt sind, desto erfolgreicher wird das Gemeinschaftsunternehmen sein.

Auch bei Gemeinschaften zur wissenschaftlichen Kooperation, überwiegend in der Rechtsform eines gemeinnützigen e.V., sind zahlreiche Vorschriften, insbesondere des Vereinsrechts und des Steuerrechts, zu beachten. Diese gemeinnützigen e.V. dürfen aber nur sehr begrenzt mit ihrer Tätigkeit Einnahmen erzielen. Verwaltung und Haftung werden mit zunehmender Größe eines e.V. bedeutsamer.

Die ärztlichen Gemeinschaften zur Vertretung auch öffentlicher Interes-

sen (KV'en, KBV, regionale ÄK, KBV) sind als Körperschaft des öffentlichen Rechts organisiert. Sie werden von den Mitgliedern finanziert; diese haften bei Liquiditätsproblemen zunächst bedingt über die Erhöhungsmöglichkeit der Verwaltungskostenumlage bzw. Beiträge, letztlich unbeschränkt für die Verpflichtungen ihrer Körperschaft.

Für jeden heilberuflich tätigen Arzt besteht nach deutschem Kammerrecht die Pflicht zur Mitgliedschaft in der regionalen ÄK; die Mitgliedschaft bei den KV'en ist dagegen freiwillig, allerdings Voraussetzung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.

Die KdöR und ihre Leitungen haben nur beschränkte Rechte, unterliegen der behördlichen Rechtsaufsicht. Alle Beschlüsse der Selbstverwaltung einschl. Satzungsänderungen unterliegen ggf. der Kassation durch die Aufsichtsbehörde. Ursprüngliche Ausschließlichkeitsrechte der KV'en in Verhandlungs-, Inkasso- und Verteilungsfragen für ihre ärztlichen Mitglieder und deren Vergütung existieren heute so nicht mehr. Inzwischen greift der Gesetzgeber bereits tief in die inneren Strukturen der ärztlichen KdöR ein und überträgt ihnen zunehmend Aufgaben, die über die Ziele der Selbstverwaltung hinaus gehen, die allein in öffentlichem Interesse liegen. Für die Mitgliedern der KV'en hat sich ein Regelungswerk entwickelt, das von diesen nicht mehr überblickt und überprüft werden kann. Gleichzeitig sehen sich die Vertragsärzte nicht mehr angemessen vergütet. Und schließlich lassen die Leitungen der ärztlichen KdöR öffentlichkeitswirksame Vorschläge zur Zukunft des Gesundheitswesens und jede Programmatik zur eigenen Zukunft vermissen. Es werden daher die KV'en und die KBV von außen und von innen immer wieder zur Disposition gestellt.

Die KV'en mögen von allen ungeliebt sein, ihre Rückbesinnung, ihre Lösung aus körperschaftlicher öffentlich-

rechtlicher Bindung, ihre Autonomie und ihre Reform mögen überfällig sein; ihre Abschaffung aber brächte für alle Beteiligten auch wesentliche Nachteile.

Das Gesundheits- und Sozialwesen einschließlich Pharmazie und Medizintechnik ist längst zu einem großen und stetig wachsenden Wirtschaftsfaktor geworden. Alle wesentlichen Entscheidungen zur Entwicklung des Gesundheitswesens, zu Investitionen und zur Verteilung der vorhandenen Mittel erfolgen entweder nach ärztlicher Erkenntnis und nach ärztlichem Rat oder durch Ärzte. Insoweit stehen Ärzte im Zentrum vieler Entscheidungen, und im Mittelpunkt vieler Begehrlichkeiten von Politik, Versicherungsträgern, Industrie, Firmen und gesellschaftlichen Gruppen. Gegen diese geschulten, gut organisierten und finanzkräftigen Mächte ist der einzelne Arzt machtlos, sind auch die vielen Fachgesellschaften und die zerstrittenen ärztlichen Berufsverbände zu schwach. Zukünftig ist deshalb auch bei den Gemeinschaften zur ärztlichen Interessenvertretung ein Konzentrationsprozess zu erwarten, eine Konzentration auf wirtschaftlichen Erfolg versprechende Rechtsformen, auf Rechtsformen, die Begehrlichkeiten von Staat und Wirtschaft begegnen sowie die persönliche und unbeschränkte Haftung der ärztlichen Mitglieder begrenzen.

Selbstverständlich kann gemeinschaftliche ärztliche Interessenvertretung nur

nach geltendem Recht erfolgen, d.h. ärztliche Gemeinschaften müssen sich in den gesetzlich vorgegebenen Körperschaften organisieren. Bei der Entscheidung für eine Rechtsform müssen immer Vor- und Nachteile gegeneinander abgewogen werden: Die verschiedenen, vom Gesetz vorgegebenen Körperschaften sind für sehr unterschiedliche Zwecke vorgesehen, der e.V. für die gemeinsamen nichtkaufmännischen Interessen der Bürger, die KdöR für überwiegend öffentliche Interessen, die anderen Körperschaften vor allem für kaufmännische Ziele.

Für größere ärztliche Gemeinschaften sind vor allem die Handhabbarkeit des ständigen Gesellschafter-(Mitglieder-) Wechsels, eine unabhängige Kontrollinstanz und eine Haftungsbegrenzung von besonderer Bedeutung. Langfristig muss vor allem die Finanzierung gesichert und muss eine gesundheitspolitische Interessenvertretung der Ärzteschaft möglich sein, müssen Fremdeinflüsse verhindert werden. Von den verschiedenen Körperschaften und ihren Konstrukten kommt die eingetragene Genossenschaft diesen Anforderungen am nächsten.

Literatur auf Anfrage von den Verfassern

In Druck:
Der Arzt/Zahnarzt und sein Recht
Jahrg. 20(2008)
