

GRÜNDERFIBEL

Ärztegenossenschaften

Ärztegenossenschaften

Praxisnetze, Medizinische Versorgungszentren
und ärztliche Organisationsgemeinschaften
genossenschaftlich organisieren

Impressum

Herausgeber: DGRV – Deutscher Genossenschafts-
und Raiffeisenverband e. V., Berlin
Autorin: Dr. Elke Schlagintweit, Laaber
Gestaltung: VR-Marketing GmbH, Wiesbaden
Druck: Raiffeisendruckerei GmbH, Neuwied

Nachdruck und Vervielfältigung – auch auszugsweise –
nur mit Quellenangabe und nach vorheriger Genehmigung
durch den Herausgeber gestattet.

Inhalt

| | |
|---|-----------|
| 1 Warum Ärzte genossenschaftlich kooperieren sollten | 4 |
| 2 Medizinische Versorgungszentren genossenschaftlich organisieren | 8 |
| 3 Neue Chancen durch genossenschaftliche Praxisnetze | 12 |
| 4 Weitere Möglichkeiten durch Kooperationen | 16 |
| 5 Die Stärken der genossenschaftlichen Rechtsform | 19 |
| 6 Die Gründung einer Ärztegenossenschaft | 25 |
| a) Bevor es losgeht | 25 |
| b) Analyse des regionalen Versorgungsmarktes | 26 |
| c) Von der Gründungsidee zum Businessplan | 28 |
| d) Geeignete Partner finden | 29 |
| e) Die Satzung individuell gestalten | 31 |
| f) Gemeinsame Spielregeln festlegen | 32 |
| g) Die Investitions- und Finanzierungsplanung | 35 |
| h) Der Tag der Gründung | 37 |
| 7 Die eG – ein flexibles Instrument in einem sich wandelnden Gesundheitsmarkt | 40 |
| Literaturverzeichnis | 42 |

1. Warum Ärzte genossenschaftlich kooperieren sollten

Von den tiefgreifenden Veränderungen in der ambulanten Versorgungslandschaft sind niedergelassene Ärzte in ganz besonderem Maße betroffen.

Niedergelassene Ärzte sind heute vielfach mit sich verschärfenden Rahmenbedingungen konfrontiert. Die mit der demografischen Entwicklung und der Zunahme von chronischen Krankheiten verbundene Ausgabenproblematik innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung trägt ebenso wie die zahlreichen Gesetzesänderungen in den letzten Jahren zu der enormen, insbesondere den ambulanten Gesundheitssektor kennzeichnenden Dynamik bei. Von den tiefgreifenden Veränderungen in der ambulanten Versorgungslandschaft sind niedergelassene Ärzte in ganz besonderem Maße betroffen. Dennoch wünschen sie sich eine wirtschaftlich erfolgreiche Praxis, in der sie ihre Autonomie wahren und qualitativ hochwertige Gesundheitsleistungen erbringen können.

Mit der eingetragenen Genossenschaft (eG) steht eine Kooperationsform zur Verfügung, die wesentlich zur Verwirklichung dieser Zielsetzungen beitragen kann. Spätestens mit der im Jahr 2006 vorgenommenen Novellierung des Genossenschaftsgesetzes eignet sich die **genossenschaftliche Rechtsform ideal für Ärzte, die den Strukturveränderungen im ambulanten Bereich positiv begegnen wollen**. Genossenschaftliche Unternehmen stehen ihren Mitgliedern seit jeher in schwierigen ökonomischen Situationen bei. Ein prägendes Strukturprinzip der eG ist der Grundsatz der Selbsthilfe: Ziel ist es, sachlich-materielle, soziale und politische Abhängigkeiten und ökonomische Problemlagen mittels eines gemeinschaftlichen Geschäftsbetriebs zu überwinden.

Hoher Innovations- und Kostendruck.

Niedergelassene Ärzte werden mit vielfältigen Problemen konfrontiert: Infolge des raschen medizinisch-technischen Fortschritts und der Weiterentwicklung der modernen Kommunikations- und Informationstechnologie lastet auf ihnen

ein besonders hoher Innovations- und Kostendruck. Teure Geräte und Investitionen bringen viele Ärzte und Praxen an die Grenzen ihrer finanziellen Belastbarkeit.

Zugleich müssen Ärzte eine regressive Entwicklung ihrer Honorare hinnehmen. Viele Niedergelassene befinden sich in einem Teufelskreis, in dem sich steigende Patientenzahlen und sinkende GKV-Umsätze gegenüberstehen. Dieser Prozess setzt sich fort. Prognosen zufolge wird die Reorganisation der Vergütung im ambulanten Sektor (EBM 2000plus, Regelleistungsvolumina, morbiditätsbezogene Vergütung ab dem Jahr 2009) in den kommenden zehn bis fünfzehn Jahren dazu führen, dass womöglich jede vierte Arztpraxis geschlossen werden muss.¹

Bereits zum heutigen Zeitpunkt sind niedergelassene Ärzte einem enormen Wettbewerbsdruck ausgesetzt. Infolge der fortschreitenden Deregulierung und des damit verbundenen Abbaus von Markteintrittsbarrieren ist mit einer weiteren Verschärfung des Wettbewerbs zu rechnen. Neue Konkurrenten – allen voran die Krankenhäuser – drängen bereits seit einigen Jahren nachdrücklich in den ambulanten Versorgungsmarkt. Seit der Einführung Medizinischer Versorgungszentren im Jahr 2004 betreibt eine steigende Anzahl von Kliniken ambulante Institutionen, in denen Ärzte als Angestellte beschäftigt sind.

Die ärztliche Selbstbestimmung und der freiberufliche Status Niedergelassener werden hierbei jedoch massiv bedroht. War es früher die Aufgabe des niedergelassenen Arztes, seine Patienten im Behandlungsverlauf zu „steuern“, so greifen in diese ureigene ärztliche Tätigkeit nun verstärkt Kliniken, Krankenkassen, aber auch Pharmaunternehmen ein.²

Mittel- und langfristig könnte der Expansionskurs privater Krankenhauskonzerne dazu führen, dass diese die Gesundheitsversorgung ganzer Regionen dominieren werden. Es ist zu

Gleichzeitig findet eine negative Entwicklung der Arzthonorare statt.

Neue Konkurrenz, vor allem durch Krankenhäuser.

¹ Vgl. Hanika, H., 2007, S. 238.

² Vgl. Wambach, V./Lindenthal, J., 2007, S. 168.

Eine genossenschaftliche Zusammenarbeit kann zu einer Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie der Einkommenssituation der Ärzte beitragen.

Kooperation zahlt sich aus: Investitionen werden gemeinsam geschultert, und die Auslastung der Geräte wird verbessert. Kollegiale Beratung, gemeinsame Vertretung und stärkere fachliche Spezialisierung sind möglich.

befürchten, dass Anlegerinteressen und das Prinzip der Gewinnmaximierung hierbei unverhältnismäßig stark in den Vordergrund treten.

Führt man sich vor Augen, dass in den nächsten fünf Jahren weit über 40.000 Ärzte ihren Ruhestand antreten werden und dass zugleich ein Mangel an qualifizierten Nachwuchskräften vorliegt, so wird deutlich, wie wichtig es ist, die Position der Ärzte in den Regionen zu stärken. Nachdem bislang insbesondere ländliche Regionen in den neuen Bundesländern betroffen waren, sind nun – in Anbetracht steigender Patientenzahlen – erstmals westdeutsche Gebiete von einem spürbaren Ärztemangel bedroht.³ Eine genossenschaftliche Zusammenarbeit kann dem entgegenwirken. Sie trägt sowohl zu einer Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen als auch der Einkommenssituation der Ärzte bei. Genossenschaften verbessern damit auch langfristig die ärztliche Versorgung in den Regionen.

Angesichts der aufgezeigten Entwicklungen ist niedergelassenen Ärzten die Bildung größerer genossenschaftlicher Einheiten zu empfehlen, denn es gilt, im Wettbewerb einen entscheidenden Vorsprung zu sichern. Auch aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive ist die ärztliche Zusammenarbeit unter dem Dach einer eG zu begrüßen, stellt sie doch gewissermaßen ein Gegenmodell zur Wettbewerbsstrategie vieler Krankenhauskonzerne dar. Geleitet von der Idee der Selbsthilfe, können hier demokratische Prinzipien gelebt werden – die Selbstbestimmung der Ärzte bleibt folglich gewahrt. Hiervon profitieren letztlich auch die Patienten vor Ort.

War früher die Einzelpraxis obligatorisch für die Ausübung des Arztberufes, so muss heute – wie in den meisten Bereichen der Wirtschaft – zunehmend auch im ambulanten Bereich kooperiert werden. Kooperation zahlt sich schließlich aus. Teure Investitionen können gemeinsam geschultert, die Auslastung der Geräte verbessert und die Amortisation der An-

schaftungsinvestitionen beschleunigt werden. Die Arbeitsbedingungen werden verbessert, da kollegiale Beratung und gemeinsame Vertretung ebenso möglich sind wie eine stärkere fachliche Spezialisierung der Kooperationsbeteiligten. Überdies können Synergien ausgenutzt und Behandlungsabläufe optimiert werden. Neben Einkommensverbesserungen stellt auch die **Sicherung des Praxiswertes** einen wichtigen Beweggrund für eine Zusammenarbeit dar. Einzelpraxen werden in Zukunft eine negative Wertentwicklung hinnehmen müssen – mittels Kooperation können dagegen dauerhaft neue werthaltige Strukturen geschaffen werden.⁴

Eine Zusammenarbeit unter Medizinern nützt zudem auch den Patienten, denen zum Beispiel Doppeluntersuchungen erspart bleiben. Öffentliche Hand und Krankenkassen werden durch eine effizientere kooperative Herangehensweise entlastet, sodass der Kostendruck langfristig gesenkt werden kann.

Dabei darf aber nicht vergessen werden, dass das Spektrum ärztlicher Kooperationen mittlerweile überaus breit ist: Es reicht von losen Zusammenkünften über Praxis- und Apparatgemeinschaften bis hin zu Berufsausübungsgemeinschaften oder einer Zusammenarbeit mit Krankenhäusern. Auch der Gesetzgeber hat die Vorteilhaftigkeit kollektiven Handelns erkannt und in den letzten Jahren peu à peu zusätzliche richtungsweisende Anreize und Wege geschaffen.

Entscheidende Flexibilisierungen wurden im Jahr 2004 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) sowie im Jahr 2007 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) und dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) vorgenommen. Seither können noch mehr Kooperationen eingegangen werden.

Das Spektrum ärztlicher Kooperationen reicht von losen Zusammenkünften über Praxis- und Apparatgemeinschaften bis hin zu Berufsausübungsgemeinschaften oder einer Zusammenarbeit mit Krankenhäusern.

³ Vgl. Richter-Kuhlmann, E., 2007.

⁴ Vgl. Stingl, H., 2005, S. 2.

2. Medizinische Versorgungszentren genossenschaftlich organisieren

Bereits seit dem Jahr 2004 und dem Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes ist es Ärzten gestattet, sich in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemeinsam zu organisieren. Trotz ihrer sehr guten Eignung wird die eingetragene Genossenschaft in der einschlägigen Gründungsliteratur häufig vernachlässigt. Bei der eingetragenen Genossenschaft handelt es sich sowohl um eine juristische Person als auch um eine (im Sinne des § 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V) für MVZ zulässige Organisationsform.⁵

Definitionsgemäß sind MVZ fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen sich Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte betätigen. Die interdisziplinäre Ausrichtung soll eine ganzheitliche Versorgung der Patienten „aus einer Hand“ garantieren. Eine fachübergreifende Ausrichtung des MVZ wird als gegeben erachtet, wenn Ärzte mit unterschiedlichen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen zusammenwirken.⁶ Darüber hinaus ist die Organisation sogenannter „Kopfzentren“ – in denen sowohl Ärzte als auch Zahnärzte beschäftigt werden – seit dem Jahr 2007 gestattet. Zur Gründung Medizinischer Versorgungszentren berechtigt sind ausschließlich Leistungserbringer, die an der Versorgung gesetzlich versicherter Patienten kraft Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag teilnehmen dürfen. **Neben Vertragsärzten und -zahnärzten sowie Kliniken kommen als Initiatoren insbesondere Heil- und Hilfsmittelerbringer, Apotheker sowie Unternehmen der häuslichen Krankenpflege in Frage.** Während des Geschäftsbetriebs muss die Trägerschaft durch Leistungserbringer fortbestehen, da das MVZ andernfalls seine Zulassung verliert. Eine gesellschaftsrechtliche Einwirkung durch Außenste-

Die interdisziplinäre Ausrichtung soll eine ganzheitliche Versorgung der Patienten „aus einer Hand“ garantieren.

hende (z. B. die Pharmaindustrie) soll dadurch unterbunden werden.

MVZ bedürfen der **Zulassung durch den Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung**, um als Leistungserbringer im System der gesetzlichen Krankenversicherung auftreten zu können. Diese Zulassung berechtigt und verpflichtet sie zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Darüber hinaus stellt auch die Anstellung von Ärzten in einem MVZ einen genehmigungspflichtigen Tatbestand dar; Arbeitsverträge sind daher dem Zulassungsausschuss vorzulegen.

Im Rahmen des Genehmigungsverfahrens muss auch die Bedarfsplanung gemäß § 103 SGB V Berücksichtigung finden. Ärzte dürfen beispielsweise nur dann als Angestellte von einem MVZ beschäftigt werden, wenn der Planungsbereich nicht wegen Überversorgung für die entsprechende Arztgruppe gesperrt ist. Zahlreiche Planungsbereiche sind überdies für Neuniederlassungen gesperrt. **Die Gründer Medizinischer Versorgungszentren müssen daher einiges beachten:** In von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereichen kann unter Umständen § 103 Abs. 4a SGB V zum Tragen kommen. Diese Regelung ermöglicht es niedergelassenen Vertragsärzten, ihre Zulassung auf ein MVZ zu übertragen, ihre Praxis zu veräußern und in ein Anstellungsverhältnis zu wechseln. Diese Variante kommt insbesondere für erfahrene Ärzte in Betracht, die eine angemessene Verwertung ihrer Praxis herbeiführen möchten. Des Weiteren ist den MVZ die Teilnahme an Nachbesetzungsverfahren für einen Vertragsarztsitz gestattet. Erreicht ein Vertragsarzt zum Beispiel die Alters-

⁵ Zur Zulässigkeit der eingetragenen Genossenschaft für Medizinische Versorgungszentren siehe Pflüger, E., 2006, S. 156–167.

⁶ Ries, H.-P./Schnieder, K.-H./Großböhtling, R., u. a., 2007, S. 174.

Medizinische Versorgungszentren genossenschaftlich organisieren

grenze, kann ein MVZ prinzipiell dessen Praxis aufkaufen und als Nachfolger die vertragsärztliche Tätigkeit am Ort der Betriebsstätte weiterführen.⁷

In der Praxis finden MVZ großen Anklang; die Zulassungszahlen spiegeln dies wider: Am Ende des Jahres 2007 existierten bereits 948 MVZ, in denen sich über 4.000 Ärzte beruflich betätigten – Tendenz stark ansteigend. 2.850 Ärzte befanden sich zu diesem Zeitpunkt in einem Anstellungsverhältnis, über 1.000 Ärzte nahmen den Status eines Vertragsarztes ein. Insbesondere in Bayern und in Berlin erfährt diese Idee zur Bündelung medizinischer Kompetenzen regen Zuspruch. Als Träger fungieren derzeit insbesondere Vertragsärzte und Krankenhäuser. Im Durchschnitt waren im 4. Quartal 2007 pro Versorgungszentrum vier Ärzte tätig.⁸ In Zukunft ist auch diesbezüglich ein weiterer Anstieg zu erwarten. Bereits heute existieren Versorgungszentren, in denen sich weitaus mehr Ärzte betätigen, sodass die vom Gesetzgeber geforderte umfassende Versorgung der Patienten garantiert werden kann. Seit dem Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes ist überdies die Bindung an den Ort der Betriebsstätte entfallen – eine überörtliche Ausrichtung Medizinischer Versorgungszentren ist insofern zulässig. Zukünftig ist daher mit einer noch größeren Bedeutung der MVZ zu rechnen.

Vertragsärzte entscheiden sich als Träger eines MVZ häufig vorschnell für die Organisationsform der Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR), obwohl die eingetragene Genossenschaft eine besser geeignete Alternative ist. Bei der Genossenschaft handelt es sich um eine auf Dauer angelegte, stabile Kooperationsform, in der **klare Strukturen** (Vorstand und Aufsichtsrat) vorherrschen. Anders als in einer GbR liegt bei einer eG eine **begrenzte Haftung** vor. Als juristische Person besteht die Genossenschaft zudem auch im Falle eines Ausscheidens einzelner Mitglieder weiter fort. Schließlich zeichnet sich die

Vertragsärzte entscheiden sich als Träger eines MVZ häufig vorschnell für die Organisationsform der Gesellschaft bürgerlichen Rechts, obwohl die eingetragene Genossenschaft eine besser geeignete Alternative ist.

eingetragene Genossenschaft durch eine ganz besondere **In-solvenzresistenz** aus, die insbesondere auf die unabhängige Überprüfung der wirtschaftlichen Verhältnisse und der Geschäftsführung durch den zuständigen genossenschaftlichen Regionalverband zurückzuführen ist.

Verschiedene Geschäftsmodelle sind hinsichtlich einer „MVZ-eG“ denkbar:⁹ Bei der ersten Variante bewahren die Vertragsärzte als Mitglieder einer „MVZ-eG“ ihre Freiberuflichkeit und behalten ihre persönlichen Zulassungen. Es findet eine vollständige Trennung zwischen dem Betrieb des MVZ und der ärztlichen Tätigkeit der Mitglieder statt. Die an der „MVZ-eG“ beteiligten Vertragsärzte betätigen sich selbstständig, während die vertragsärztliche Tätigkeit des MVZ mit Hilfe angestellter Ärzte ausgeübt wird. Im Rahmen der zweiten Variante verzichten die Vertragsärzte (Mitglieder der „MVZ-eG“) auf ihre Zulassung. Sie sind als Ärzte beim MVZ angestellt.

Verschiedene Geschäftsmodelle sind hinsichtlich einer „MVZ-eG“ denkbar.

⁷ Vgl. Ries, H.-P./Schneider, K.-H./Großbölting, R. u. a., 2007, S. 175 f.

⁸ Vgl. <http://www.kbv.de/themen/print/7178.html> (29.8.2008).

⁹ Siehe hierzu die Ausführungen zur GmbH in: Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.), 2006, S. 13–16.

3. Neue Chancen durch genossenschaftliche Praxisnetze

Doch nicht nur unter dem Dach eines MVZ bietet sich eine Zusammenarbeit an. Auch ein regionales Praxisnetz ermöglicht Chancen, die Ärzte nutzen sollten – und die Organisation als „Praxisnetz-eG“ schafft ideale Voraussetzungen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit. Die Kooperation innerhalb eines Praxisnetzes ist als etwas loser zu charakterisieren, denn die Praxen der beteiligten Mitgliedsärzte bleiben hierbei an ihrem Praxissitz bestehen.

Schätzungen zufolge bestehen bundesweit derzeit einige hundert Praxisnetze. Sie bieten den beteiligten Ärzten die **Gelegenheit zur Optimierung ambulanter Versorgungsstrukturen und zur Erprobung und Verwirklichung besonderer Versorgungsformen**. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wird es gesetzlichen Krankenkassen in größerem Umfang ermöglicht, abseits des Systems der Kassenärztlichen Vereinigungen individual- oder gruppenspezifische Verträge abzuschließen. Die im Jahr 2007 gegründete Genossenschaft „Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG“ entwickelt beispielsweise derzeit zahlreiche Verträge im Rahmen der integrierten Versorgung. Das Tätigkeitsspektrum der Genossenschaft reicht dabei vom Thema Kopfschmerzen bis hin zu Bluthochdruck und der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen.¹⁰

Neben den Regelungen zur integrierten Versorgung gemäß § 140 a ff SGB V gibt es für genossenschaftliche Praxisnetze seit dem Jahr 2007 weitere rechtliche Möglichkeiten, individuelle Vereinbarungen zu treffen.¹¹ Beispielsweise eröffnet § 73 c SGB V neue Optionen im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung. Regionale Ärztegenossenschaften können auf Basis dieser Regelung mit Krankenkassen Lösungen für besondere Versorgungsbedürfnisse der Bevölke-

Neben den Regelungen zur integrierten Versorgung gibt es für genossenschaftliche Praxisnetze weitere rechtliche Möglichkeiten, individuelle Vereinbarungen zu treffen.

rung erarbeiten. Während der Laufzeit eines auf Basis des § 73 c SGB V geschlossenen Vertrages geht der Sicherstellungsauftrag auf die gesetzlichen Krankenkassen über, die ihren Versicherten entsprechende Wahltarife offerieren. Den mitwirkenden Ärzten bietet sich die Chance, an einer außerbudgetären Vergütung zu partizipieren.

In einem genossenschaftlich organisierten Praxisnetz bestehen darüber hinaus viele Anknüpfungspunkte für eine erfolgreiche Zusammenarbeit. Unter anderem kann sich eine gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit – etwa durch ein gemeinsames Internetportal – positiv für die Mitgliedsärzte auswirken. Auch die Herausgabe einer gemeinsamen Praxiszeitung ist denkbar. Im Rahmen von Informationstagen zu bestimmten Themen bzw. Krankheitsbildern (z. B. Asthma bronchiale oder Diabetes mellitus) kann eine engere Patientenbindung hergestellt werden. Gleiches gilt für Patientenschulungen innerhalb netzeigener Akademien bzw. Bildungsangebote. Das Angebotsspektrum des „Ärztetzwerks Mainfranken eG“ reicht beispielsweise von Raucherentwöhnung, Adipositas, Rückenschule, Osteoporose bis hin zu einem Anti-Burn-out-Programm. Maßgeschneiderte Fortbildungsmaßnahmen werden darüber hinaus sowohl den Mitgliedsärzten als auch deren Mitarbeitern angeboten. Zur gemeinsamen Vermarktung von IGeL und alternativen Heilverfahren bietet sich ferner die Einrichtung einer gruppeneigenen Praxis an. Vorstellbar ist auch der gemeinsame Betrieb einer 24 Stunden geöffneten Notfallambulanz oder eines Callcenters.

In einem genossenschaftlich organisierten Praxisnetz bestehen darüber hinaus viele Anknüpfungspunkte für eine erfolgreiche Zusammenarbeit.

¹⁰ Vgl. www.gesundheitsnetz-leverkusen.de (29.8.2008).

¹¹ Am Ende des 3. Quartals 2007 konnten bundesweit 4.553 Integrationsverträge registriert werden. Etwa 5,2 Mio. Versicherte hatten sich als Teilnehmer in den entsprechenden Programmen eingeschrieben (vgl. www.kbv.de, 29.8.2008).

Die strukturierte Zusammenarbeit der Leistungserbringer kommt unweigerlich auch Patienten, anderen Leistungserbringern, Krankenkassen und den Unternehmen vor Ort zugute.

Insgesamt profitieren nicht nur die Mitgliedsärzte von der Förderleistung einer „Praxisnetz-eG“. Die strukturierte Zusammenarbeit der Leistungserbringer kommt unweigerlich auch Patienten, anderen Leistungserbringern, Krankenkassen und den Unternehmen vor Ort zugute, denn Gesundheitsversorgung wird zunehmend zu einem wichtigen Standortfaktor. Kurzum, ein gut funktionierendes genossenschaftliches Praxisnetz ist ein Gewinn für die ganze Region.

Ein Beispiel für ein solches Praxisnetz ist die „Qualität und Effizienz eG“ mit Sitz in Nürnberg. Dieses aus dem Praxisnetz Nürnberg-Nord ausgegründete Gemeinschaftsunternehmen niedergelassener Ärzte erfreut sich großen Zuspruchs in der Bevölkerung und blickt seit seiner Gründung im Jahr 2005 auf eine äußerst erfolgreiche Entwicklung zurück. Die eingetragene Genossenschaft ist eine für die Umsetzung der Ziele eines Praxisverbundes gut geeignete Unternehmensform. Die beteiligten Ärzte profitieren bei diesem Organisationsmodell insbesondere von den klaren Prozessen und Strukturen, die innerhalb einer eG herrschen.

Im Jahr 2007 hatten sich bereits mehr als 7.500 bei der AOK versicherte Personen bei der „Qualität und Effizienz eG“ eingeschrieben. Das von der Genossenschaft initiierte Projekt „HomeCare Nürnberg HCN“ richtet sich insbesondere an alte und bedürftige Patienten und deren Angehörige. Im Sinne einer verbesserten sektorübergreifenden Versorgung findet eine Koordination und Vermittlung therapeutischer, pflegerischer sowie hauswirtschaftlicher Dienstleistungen statt.¹² Dass Qualität innerhalb der Nürnberger Genossenschaft großgeschrieben wird, zeigt sich daran, dass in allen Mitgliedspraxen der „Qualität und Effizienz eG“ entsprechende Managementinstrumente umgesetzt wurden. Beteiligten Ärzten steht ein breites Angebot an Fortbildungsveranstaltungen (z. B. im Rahmen von Qualitätszirkeln) zur Verfügung, und es gelten in vie-

len Fällen gemeinsam erarbeitete Behandlungsleitlinien.

Im Übrigen wird auch für Zahnärzte die Zusammenarbeit in einem Praxisnetz zunehmend interessanter. Die Gründe hierfür sind die Sicherstellung der Dienstleistungsbereitschaft und die Qualität der zu erbringenden Gesundheitsleistungen. Über die bereits genannten Handlungsmöglichkeiten einer regionalen Ärztegenossenschaft hinaus (z. B. gemeinsame Fortbildungs- und Patienteninformationsveranstaltungen, Vertretungsregelungen) ergeben sich für ein regionales Zahnärztnetz weitere Optionen zur Zusammenarbeit. Ein Dentalshop könnte gemeinschaftlich betrieben werden, daneben ist auf dem Gebiet des Zahnersatzes ein gemeinsames Vorgehen denkbar. Des Weiteren besteht auch innerhalb einer zahnärztlichen Regionalgenossenschaft die Chance, Zweitmeinungen einzuholen.¹³

Auch für die Zahnärzte wird die Zusammenarbeit in einem Praxisnetz zunehmend interessanter.

¹²Das Projekt „HomeCare Nürnberg HCN“ erhielt bereits im Jahr 2000 den Berliner Gesundheitspreis (vgl. www.berliner-gesundheitspreis.de).

¹³Vgl. http://www.abzeg.de/netze/anzeige_0108.htm. (29.8.2008).

4. Weitere Möglichkeiten durch Kooperationen

Im regionalen Kontext bietet die eG insbesondere Ärztehäusern und Praxisgemeinschaften, aber auch Apparate- und Laborgemeinschaften sowie MVZ ein äußerst attraktives Rechtskleid.

Bestehende rechtliche Hürden wurden in den letzten Jahren abgebaut.

In den letzten Jahren wurde eine Vielzahl genossenschaftlicher Neugründungen von ärztlicher Seite initiiert. Die mittlerweile weit über fünfzig Ärztegenossenschaften, die zum Teil starke Mitgliederzuwächse haben, zeigen, wie gut die genossenschaftliche Rechtsform für den ambulanten Bereich geeignet ist. Nicht nur für Praxisnetze ist die eingetragene Genossenschaft eine hervorragend geeignete Organisationsform. Im regionalen Kontext bietet die eG insbesondere Ärztehäusern und Praxisgemeinschaften, aber auch Apparate- und Laborgemeinschaften sowie MVZ ein äußerst attraktives Rechtskleid. Exemplarisch kann an dieser Stelle die „Laborgenossenschaft Darmstadt eG“ vorgestellt werden: Den ca. 200 kooperativ verbundenen Mitgliedsärzten gelingt es durch ein gemeinschaftlich betriebenes Labor, nicht nur monetäre, sondern auch zeitliche Vorteile (durch eine sofortige Probenverarbeitung) zu erzielen. Die eG eignet sich somit auch für solche Kooperationen, in denen eine gemeinsame Leistungserbringung stattfindet.

Bestehende rechtliche Hürden wurden in den letzten Jahren abgebaut: Bereits im Jahr 2004 sprach sich der 107. Deutsche Ärztetag dafür aus, Ärzten ihre Berufsausübung unter dem Dach einer juristischen Person des Privatrechts zu ermöglichen. Diese Regelung erfasst auch die eingetragene Genossenschaft. In § 23 a der **Musterberufsordnung (MBO)** wurde festgelegt, die **Gründung sogenannter „Ärztegesellschaften“ sei gestattet**, sofern die Gesellschaft verantwortlich von einem Arzt geführt wird, die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte Ärzten zusteht, Dritte nicht am Gewinn der Gesellschaft beteiligt werden und eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung für jeden in der Gesellschaft tätigen

Arzt besteht. In einer eingetragenen Genossenschaft kann diesen Anforderungen besonders gut Rechnung getragen werden. § 23 b MBO ermöglicht Ärzten ferner die **Bildung von Kooperationsgemeinschaften mit Angehörigen anderer Fachberufe**. Demnach können zum Beispiel Gemeinschaftsunternehmen mit Zahnärzten, Hebammen, Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten oder Angehörigen staatlich anerkannter Pflegeberufe realisiert werden. Wiederum bietet sich die Genossenschaft als Organisationsform an. Für die genannten Personengruppen kommt – in Abhängigkeit von ihrer jeweiligen Situation – die Gründung einer eG oder der Beitritt in ein bereits bestehendes genossenschaftliches Unternehmen in Frage.

Darüber hinaus existieren seit dem Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes im Jahr 2007 weitere Möglichkeiten der Zusammenarbeit. In **überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften** etwa behalten die beteiligten Vertragsärzte ihre Praxissitze an verschiedenen Standorten bei – **ein gemeinsamer Praxissitz ist nicht mehr länger erforderlich**. Auch die Gründung von Berufsausübungsgemeinschaften, die den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung überschreiten, ist nun gestattet, sofern bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden. Die Mitglieder einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft sind verpflichtet, ihrem Versorgungsauftrag an ihrem Vertragsarztsitz in erforderlichem Maße nachzukommen; sie dürfen sich daher nur in zeitlich begrenztem Umfang an den Vertragsarztsitzen der anderen Mitglieder betätigen. Durch die genannten Einschränkungen soll gewährleistet werden, dass dem Versorgungsauftrag an allen Praxissitzen nachgekommen wird.

In sogenannten **Teilberufsausübungsgemeinschaften** findet dagegen eine **Beschränkung der Zusammenarbeit auf bestimmte Ausschnitte** des ärztlichen Leistungsspektrums statt. Anhand eines Beispielunternehmens kann dies verdeutlicht werden: Mediziner mit verschiedenen Praxissitzen könnten eine gemeinsame Filiale betreiben und somit eine Teilberufsausübungsgemeinschaft bilden, in der beispielsweise Akupunkturleistungen offeriert werden. Möglich sind auch andere Konstellationen: Allgemeinmediziner, Orthopäden und Kardiologen könnten ihr Know-how bündeln, um Beratungen und Untersuchungen im sportmedizinischen Bereich anzubieten. Die Praxen der mitwirkenden Ärzte bleiben in ihrem Bestand unberührt und werden unabhängig von der Teilberufsausübungsgemeinschaft weitergeführt.

Die Genossenschaft „COHED Cooperative der Heilberufe Deutschland eG“ mit Sitz in München gründete im Jahr 2007 eine überregionale Teilgemeinschaftspraxis aus, die sich zum Ziel gesetzt hat, die therapeutische Freiheit ihrer Mitglieder zu erhalten und zugleich deren finanzielle Situation zu verbessern. Insbesondere Radiologie-, Labor- und Selbstzahlerleistungen werden gemeinschaftlich erstellt.¹⁴ Insgesamt werden die vom Gesetzgeber eröffneten neuen Wege in der Praxis umfangreich in Anspruch genommen. Niedergelassene Ärzte werden durch ein gemeinsames Wirken in die Lage versetzt, die ambulante Versorgung in stärkerem Maße aktiv zu gestalten.

¹⁴Es wurde hierfür eine Partnerschaftsgesellschaft gegründet und eine gemeinsame elektronische Karteiführung installiert (vgl. www.cohed.de, 29.8.2008).

5. Die Stärken der genossenschaftlichen Rechtsform

Als kooperative Rechtsform mit vielerlei Vorzügen rückt die Genossenschaft zunehmend ins ärztliche Blickfeld. Einen entscheidenden Beitrag zu dieser Entwicklung leistete die Neuregelung des Genossenschaftsgesetzes (GenG) im Jahr 2006. Bis dahin war beispielsweise die Bildung einer ärztlichen Genossenschaft an eine Mindestmitgliederzahl von sieben Personen gekoppelt, seit der Novelle sind **nur noch drei Mitglieder erforderlich**. Der genossenschaftlichen Organisation kleinerer ärztlicher Einheiten (z. B. ein MVZ) steht prinzipiell nichts mehr entgegen.

Ganz im Gegenteil, die Gründung und Organisation kleiner Genossenschaften bietet sich heute aufgrund der erheblichen gesetzlichen Erleichterungen für Ärzte geradezu an. Plant man z. B. eine **Genossenschaft mit weniger als 20 Mitgliedern, kann zum Beispiel auf die Bildung eines Aufsichtsrates verzichtet werden; das Vorstandsorgan muss lediglich aus einer Person bestehen**.

Neuregelung des Genossenschaftsgesetzes (GenG) im Jahr 2006

CD-ROM „Genossenschaften Gründen“



Der digitale Leitfaden zur erfolgreichen Gründung einer Genossenschaft. Mit umfangreichem Informationsmaterial, Checklisten und nützlichen Tipps. Die CD-ROM können Sie kostenlos unter www.neuegenossenschaften.de bestellen.

Die klare Leitungsstruktur bleibt indes bestehen. Beschlüsse der Generalversammlung können gemäß § 46 Abs. 2 GenG ohne vorherige Ankündigung getroffen werden, sofern alle Mitglieder anwesend sind (§ 46 Abs. 2 GenG).

Eine Zusammenfassung der wichtigsten Neuregelungen und Vereinfachungen sowie eine Gegenüberstellung der eG mit anderen Rechtsformen – etwa der GbR – finden sich auf der **CD-ROM „Genossenschaften Gründen – Von der Idee zur eG“**. Dort wird auch über die besonderen Merkmale dieser Unternehmensform informiert, die sowohl Elemente aus dem Recht der Kapitalgesellschaften als auch dem Recht der Personengesellschaften in sich vereint.

Die demokratischen Entscheidungsprozesse innerhalb einer Genossenschaft kommen dem Selbstverständnis vieler Ärzte sehr entgegen.

Als privatrechtliche Selbsthilfeeinrichtung basiert die eingetragene Genossenschaft auf Freiwilligkeit. Von Ärzten getragene Genossenschaften zeichnen sich insbesondere durch eine basisdemokratische Verwaltung und durch eine Mitsprache ihrer Mitglieder aus; die Organe des Unternehmens sind ausschließlich aus den Reihen der Mitglieder zu besetzen. Die demokratischen Entscheidungsprozesse innerhalb einer Genossenschaft kommen dem Selbstverständnis vieler Ärzte sehr entgegen. **In der Generalversammlung etwa gilt das Prinzip: „one man – one vote“**. Kein Mitglied kann die anderen Mitglieder durch seine Kapitalbeteiligung dominieren. Die Genossenschaft bietet einen optimalen Schutz gegen Übernahme und Einflussnahme Dritter. Als Angehörige eines freien Berufes werden Mediziner durch die genossenschaftliche Zusammenarbeit in die Lage versetzt, ihre Unabhängigkeit und Autonomie in größtmöglichem Maße zu wahren.

Während sich der eingetragene Verein aufgrund rechtlicher Bestimmungen üblicherweise nicht für die Umsetzung wirtschaftlicher Zielsetzungen eignet, dient eine genossenschaftliche Kooperation in erster Linie der Verwirklichung entsprechender Mitgliedsinteressen. Mit dem ärztlichen Selbst-

verständnis lässt sich dieser ökonomisch geprägte Förderzweck dennoch vereinbaren. Um langfristig im Wettbewerb überleben und zugleich für ein qualitativ hohes Niveau der Heilkunde eintreten zu können, ist eine effiziente Praxisführung unumgänglich. Genossenschaften können hier ihre positive Wirkung entfalten. Sie bieten ökonomische Stabilität, was in der Regel auch zu einem größeren ideellen Freiraum führt, sodass Mediziner ihr Augenmerk verstärkt auf die Erbringung qualitativ hochwertiger Gesundheitsleistungen richten können. Besonders gut wird dies am Beispiel der Verträge zur integrierten Versorgung deutlich: Genossenschaften verfügen zwar als Trägergesellschaften nicht über eine Berechtigung zur Gesundheitsversorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, dennoch ist es ihnen gestattet, Integrationsverträge abzuschließen, sofern sie autorisierte Leistungserbringer hinzuziehen. In diesem Sinne kann eine Praxisnetz-eG Verhandlungen mit Krankenkassen führen und damit die Ertragsituation in den Mitgliedspraxen verbessern. Gleichzeitig kann die Genossenschaft Managementaufgaben übernehmen, während die Mitglieder ihre Aufmerksamkeit vorrangig auf die Ausübung der Heilkunde richten können.

Eine besondere Stärke der genossenschaftlichen Rechtsform liegt in der **Haftung**, die sich in der Regel nur auf das Gesellschaftsvermögen beschränkt. Dagegen haften beispielsweise die Gesellschafter eines in Form einer GbR organisierten MVZ grundsätzlich auch mit ihrem Privatvermögen. Ein neuer Gesellschafter sollte sich darüber im Klaren sein, dass er unter Umständen sogar für Altschulden aus Kauf-, Kredit- oder Leasingverträgen aufkommen muss. Doch selbst die deliktische Haftung kann zu einem Problem aller GbR-Gesellschafter werden. Muss ein Kollege aufgrund eines Behandlungsfehlers Schadensersatz leisten, trifft diese Verpflichtung prinzipiell auch das Versorgungszentrum, mit dem der Behandlungsver-

Die Genossenschaft kann Managementaufgaben übernehmen, während ihre Mitglieder ihre Aufmerksamkeit vorrangig auf die Ausübung der Heilkunde richten können.

trag abgeschlossen wurde. Da die GbR alle Gesellschafter zur Haftung für Verbindlichkeiten der Gesellschaft verpflichtet, müssen auch Ärzte, die einen Behandlungsfehler nicht zu verantworten haben, trotzdem für diesen persönlich, unbeschränkt und gesamtschuldnerisch einstehen. Eine Haftungsbeschränkung, wie sie in der Genossenschaft vorliegt, kann sich demnach sowohl in vertraglicher als auch in deliktischer Hinsicht als vorteilhaft erweisen.¹⁵

Ferner existieren auch **steuerliche Gründe**, die für eine genossenschaftliche Organisation sprechen. Zwar unterliegen Genossenschaften grundsätzlich der Körperschaft- und der Gewerbesteuer. Als einzige Unternehmensform bietet die eG jedoch die Gestaltungsmöglichkeit, am Ende des Geschäftsjahres den erwirtschafteten Gewinn durch Auszahlung einer steuerfreien Rückvergütung an die selbstständig tätigen Mitglieder zu vermindern und damit die Gesamtsteuerlast der Genossenschaft zu reduzieren. § 22 KStG lässt einen Abzug der genossenschaftlichen Rückvergütung als Betriebsausgabe zu. Die genossenschaftliche Rückvergütung stellt damit eine besonders bedeutsame Form der Mitgliederförderung dar und ist die steuerlich logische Flankierung des gesellschaftsrechtlichen Förderauftrages der Genossenschaft.

Ein wesentlicher Vorteil der Genossenschaft ist ferner ihre **offene Mitgliederzahl**. Ein Wechsel im Mitgliederbestand beeinflusst die Genossenschaft nicht in ihrem Fortbestehen. Der Grundsatz einer „nichtgeschlossenen Mitgliederzahl“ unterscheidet die eG sowohl von Personen- als auch von Kapitalgesellschaften. Anders als in Kapitalgesellschaften hängt die Anzahl der Mitglieder zum Beispiel nicht von einer Zerlegung des Grund- bzw. Stammkapitals ab.¹⁶ Der Ein- und Austritt von Mitgliedern in eine Genossenschaft ist also – ähnlich wie in einem eingetragenen Verein – grundsätzlich jederzeit **ohne Notar** möglich. Gerade für Praxisnetze, die nicht selten mehr als

Ein Wechsel im Mitgliederbestand beeinflusst die Genossenschaft nicht in ihrem Fortbestehen.

100 Mitglieder zählen, ist dieses unbürokratische Verfahren von Vorteil. Beispielsweise gehörten der „Gesundheitsorganisation Ludwigshafen eG“, einem erfolgreich agierenden Praxisnetz, im Jahr 2007 bereits rund 300 Mitglieder an. Eine notarielle Beurkundung, wie sie etwa bei einer GmbH erforderlich wäre, ist beim Beitritt eines neuen Mitgliedes nicht vonnöten. Beim Austritt aus der Genossenschaft besteht ein Rückzahlungsanspruch auf die geleistete Einlage, ein Kursrisiko gibt es dabei nicht.

Der Organisation Medizinischer Versorgungszentren steht das Prinzip der offenen Mitgliederzahl nicht entgegen, da die Aufnahme neuer Mitglieder per Statut reglementiert werden kann. Beitrittswillige müssen demnach gewisse Voraussetzungen – sachlicher und persönlicher Art – erfüllen. Eine Aufnahmevoraussetzung kann beispielsweise in einer bestimmten fachlichen Ausbildung und Qualifikation bestehen. Sind diese Bedingungen erfüllt, so ergibt sich hieraus jedoch keine Verpflichtung zur Aufnahme. Die endgültige Entscheidung darüber, ob ein weiteres Mitglied in eine eG aufgenommen werden soll, obliegt in der Regel dem Vorstand und kann in Abstimmung mit den Mitgliedern erfolgen.

¹⁵Bei Gründung eines genossenschaftlichen Versorgungszentrums gilt es zu beachten, dass der Gesetzgeber in § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V eine Haftungserweiterung für MVZ in der Rechtsform einer juristischen Person vorgesehen hat. Neben der eG ist zum Beispiel auch die GmbH von dieser Regelung betroffen. Alle Genossenschaftsmitglieder sind demnach verpflichtet, gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen eine selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung abzugeben. Diese Regelung soll sicherstellen, dass etwa Honorarrückforderungen auch tatsächlich bedient werden können.

¹⁶Vgl. Geschwandtner, M./Helios, M., 2006, S. 37. In Aktiengesellschaften etwa ist die Anzahl der Aktionäre prinzipiell nach oben hin durch die Anzahl der ausgegebenen Aktien begrenzt.

Schon die Gründungsprüfung gibt den Mitgliedern Gewissheit über die wirtschaftliche Tragfähigkeit des unternehmerischen Konzepts.

Zum Nutzen und Schutz der Mitglieder ist grundsätzlich eine **Prüfung der wirtschaftlichen Verhältnisse und der Ordnungsmäßigkeit der Geschäftsführung durch den betreuenden Prüfungsverband** vorgesehen. Die fachkundige Betreuung und Beratung durch den genossenschaftlichen Verband, dem alle Genossenschaften mitgliederschaftlich verbunden sind, stellt ein zusätzliches positives Alleinstellungsmerkmal der Rechtsform dar. Insbesondere die genossenschaftliche Prüfung erweist sich als Qualitätskriterium, denn schon die Gründungsprüfung gibt den Mitgliedern Gewissheit über die wirtschaftliche Tragfähigkeit des unternehmerischen Konzepts. Nicht ohne Grund ist die eingetragene Genossenschaft die in Deutschland am wenigsten von Insolvenz betroffene Rechtsform. Zur Entlastung kleiner Genossenschaften – mit einer Bilanzsumme von bis zu einer Million Euro oder Umsätzen von bis zu zwei Millionen Euro – kann bei diesen Unternehmen auf eine umfassende Jahresabschlussprüfung verzichtet werden.

6. Die Gründung einer Ärztegenossenschaft

a) Bevor es losgeht

Als Erstes muss zunächst eine Entscheidung zugunsten einer konkreten Kooperationsform getroffen werden, denn kein Modell der Zusammenarbeit zwischen Medizinern kann per se als das richtige gelten. Die Grundsatzfrage, ob eine eher lose Interessengemeinschaft, ein MVZ, ein Praxisnetz, eine Labor-/Apparategemeinschaft oder eine anderweitige mehr oder weniger enge Form der Zusammenarbeit initiiert werden soll, ist wesentlich und sollte vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungssituation und der Präferenzen der beteiligten Ärzte offen diskutiert werden.

Hinsichtlich des Begriffs Praxisnetz liegt beispielsweise keine allgemein gültige Definition vor. Die Ausrichtung der zu gründenden Gemeinschaft sollte einvernehmlich festgelegt werden, denn Auffassungen und Meinungen der Beteiligten klaffen häufig weit auseinander. Mögen einige niedergelassene Ärzte gelegentliche lose Treffen mit Kollegen für sich als ausreichend erachten, so besteht die Zielsetzung anderer darin, gemeinschaftlich ein professionelles Gesundheitsunternehmen ins Leben zu rufen. Es ist daher dringend notwendig, **Klarheit hinsichtlich der Beweggründe der Beteiligten herzustellen und ein gemeinsames Zielsystem zu entwickeln**: Welche Ziele sollen realisiert, welche Philosophie, welches unternehmerische Konzept soll verfolgt werden? Spätere Schwierigkeiten und grundsätzliche Uneinigkeit während des laufenden Geschäftsbetriebes werden durch intensive, klärende Gespräche im Vorfeld vermieden.

Steht der strategische Entschluss für eine bestimmte Form der Kooperation fest, und herrscht Einigkeit über die grundsätzliche Ausrichtung des zu gründenden Unternehmens, ist

in einem zweiten Schritt die Rechtsform auszuwählen. Eine genossenschaftliche Zusammenarbeit sollte eine ökonomisch und nicht nur rein ideell geprägte Kooperation sein. Zur Führung der Genossenschaft sind deshalb kaufmännische und unternehmerische Fähigkeiten wichtig.

b) Analyse des regionalen Versorgungsmarktes

Der Gründung einer regionalen Genossenschaft ist eine umfassende Analyse des Versorgungsmarktes vor Ort voranzustellen. Wer die richtigen unternehmerischen Entscheidungen treffen will, muss in jedem Fall die für ihn relevanten Rahmenbedingungen kennen. Bei der Festlegung des zukünftigen Leistungsspektrums der Genossenschaft sollten gründungswillige Ärzte deshalb nicht nur ihre eigenen Fähigkeiten und das vorhandene Know-how beachten, sondern sich auch mit den Besonderheiten ihrer Region und aktuellen Trends innerhalb des Gesundheitsmarktes auseinandersetzen. Des Weiteren ist die Konkurrenzsituation genau zu analysieren: Welche speziellen Gesundheitsangebote offeriert beispielsweise die regionale Klinik? Können komplementäre Leistungen erbracht werden? Welche spezifischen Gesundheitsangebote fehlen vor Ort? Diese und weitere Fragestellungen sollten Gründer einer Ärztegenossenschaft durchdenken.

Technische Entwicklungen und rechtliche Rahmenbedingungen sind ebenso zu beachten wie Beziehungen zu anderen Leistungserbringern, Krankenkassen und Patienten. Für MVZ und Praxisnetze gleichermaßen wichtig ist etwa die Kenntnis der Versichertenstruktur innerhalb der Region. Welche Patientengruppen sind in welcher Weise ansprechbar? Sollte zum Beispiel eine Spezialisierung auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen stattfinden, oder sollte eher die strukturierte Be-

Nicht nur die eigenen Fähigkeiten und das vorhandene Know-how sind zu beachten, sondern auch die Besonderheiten der Region und aktuelle Trends innerhalb des Gesundheitsmarktes.

handlung von onkologischen Erkrankungen in den Vordergrund rücken? Auch im Hinblick auf die gemeinsame Vermarktung von IGeL ist es wichtig, die Bedürfnisse der Patienten möglichst gut zu kennen. Unterschiede bezüglich der Gesundheitsnachfrage existieren nicht nur im Hinblick auf Stadt- und Landbevölkerung; auch innerhalb größerer Städte sind frappierende Abweichungen festzustellen. Kriterien wie die Alters- und Versichertenstruktur, das Bildungs- und Einkommensniveau und die Arbeitslosenquote müssen eingeplant werden, denn damit variieren in der Regel die medizinischen Bedürfnisse und die mit der Gründungsidee verbundenen Chancen und Risiken. Je besser die Kenntnis der spezifischen Probleme vor Ort, desto eher gelingt die Abstimmung des Gesundheitsangebots auf die Bedürfnisse der Patienten. Gesundheitsunternehmen, denen es gelingt, ein passgenaues Leistungsspektrum anzubieten, werden letztlich im Wettbewerb erfolgreich bestehen. Hilfreiche Informationen, die eine Analyse des regionalen Versorgungsgeschehens erleichtern, können unter anderem bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, der Industrie- und Handelskammer, dem Statistischen Landesamt oder dem Statistischen Bundesamt eingeholt werden. Darüber hinaus könnte es von Nutzen sein, auf die Ergebnisse epidemiologischer Studien zurückzugreifen.

Bei Gründung eines MVZ ist zudem die Standortwahl von zentraler Relevanz. Im Rahmen einer Standortanalyse sind daher Überlegungen bezüglich der zu erwartenden Anzahl und der Klientel der Patienten anzustellen. Unter anderem muss das fachgruppenspezifische Einzugsgebiet ermittelt werden. Die demografische Entwicklung sowie andere strukturelle Besonderheiten müssen in diesem Zusammenhang ebenso berücksichtigt werden wie Faktoren der Verkehrsbindung und die Nähe zu Einkaufsmöglichkeiten.¹⁷

¹⁷Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.), 2006, S. 17.

Sofern ein Praxisnetz die Gründung einer gemeinsamen Notfallpraxis oder einer regionalen Anlaufstelle plant, ist auch in diesen Fällen eine Standortanalyse vorzunehmen.

c) Von der Gründungsidee zum Businessplan

Im nächsten Schritt gilt es, die Wettbewerbssituation zu untersuchen und die **Stärken und Schwächen des eigenen Leistungsangebots gegenüber dem der Konkurrenz** – etwa einer in der Region sehr dominanten Klinik – zu bestimmen: Wer ist der wichtigste Konkurrent, und in welcher Weise hebt sich sein Leistungsspektrum vom eigenen ab? Positionierung durch innovative Angebote! Denkbar wäre beispielsweise die Errichtung eines Schwerpunkt-MVZ. Ein Zentrum für Ernährungsmedizin könnte Angebote unterbreiten, die von Programmen zur Gewichtsreduktion bis hin zu Diabetesbehandlung reichen. Spezialisierungen sind zum Beispiel auch im Rahmen ganzheitlicher Medizin, der Kinderheilkunde, Sportmedizin oder seniorenbezogener Medizin vorstellbar. Des Weiteren könnten Wettbewerbsvorteile durch erweiterte Sprechzeiten oder Patientenschulungen erzielt werden. Für ein Praxisnetz wiederum gilt es, durch speziell auf die Bedürfnisse der Bevölkerung zugeschnittene Versorgungsprogramme im Wettbewerb zu punkten. In der Genossenschaft „endoportale eG“ haben sich beispielsweise orthopädische und unfallchirurgische Fachärzte aus Berlin zusammengeschlossen. Es wurde von ihnen ein Netzwerk für Endoprothetik ins Leben gerufen, in dem derzeit neun Praxen auf dem Gebiet des künstlichen Gelenkersatzes an Hüfte und Knie kooperieren. Der Verbund unterstützt seine Mitglieder unter anderem durch eine interne Qualitätssicherung, einen umfangreichen und informativen gemeinsamen Internetauftritt und die Durchführung von Patientenveranstaltungen.¹⁸

Bei der Ausgestaltung des Leistungsspektrums kann neben der Qualität auch die Schnittstellenoptimierung eine zentrale Rolle spielen. Werden Behandlungspfade verkürzt und Reibungsverluste (z. B. Doppeluntersuchungen) vermieden, profitieren auch die Patienten. In jedem Fall sollten sich die beteiligten Ärzte fragen, wie viele Patienten angesprochen werden können und ob Wettbewerber bereits ähnliche Konzepte in der Region umgesetzt haben.

Neben einer gesicherten Finanzierung und dem persönlichen Engagement der Mitglieder sind eine gute Vorbereitung und ein tragfähiges Unternehmenskonzept bei der Genossenschaftsgründung von allergrößter Bedeutung. Der Geschäftsplan dient als wichtiges Planungsinstrument – er beschreibt das Gesamtvorhaben und erfüllt sowohl interne als auch externe Funktionen. Das wirtschaftliche Konzept wird dargelegt, die Zielsetzung der nächsten Jahre festgehalten, und notwendige zeitliche, persönliche und materielle Ressourcen werden formuliert. Vor allem potenzielle Investoren haben größtes Interesse am Geschäftsplan. Umfassende Informationen und Tipps zum Inhalt und zur formalen Ausgestaltung des Businessplans stehen auf der CD-ROM „Genossenschaften Gründen“ zur Verfügung.

Eine gute Vorbereitung und ein tragfähiges Unternehmenskonzept sind bei der Genossenschaftsgründung von allergrößter Bedeutung.

d) Geeignete Partner finden

Weitere potenzielle in fachlicher und persönlicher Hinsicht geeignete Mitglieder müssen gefunden und von der Gründungsidee begeistert werden. Bereits vorhandene Kontakte und Netzwerke können genutzt werden, um Kollegen für das geplante Gemeinschaftsunternehmen zu gewinnen. Bestehen-

¹⁸Vgl. www.endoportal.de (29.8.2008).

In der Regel liegt innerhalb der zu gründenden Ärztegenossenschaft eine heterogene Mitgliederstruktur vor.

de Qualitätszirkel oder Stammtische können ebenso als Plattform dienen wie Workshops und anderweitige Veranstaltungen. Es stellt sich zudem die Frage nach weiteren Leistungserbringern und Kooperationspartnern (z. B. Krankenhäuser, Selbsthilfegruppen, Rehaeinrichtungen oder ambulante Dienste), mit denen gegebenenfalls vertragliche Partnerschaften gepflegt werden können. Die CD-ROM „Genossenschaften Gründen“ beinhaltet Dokumente, die in dieser Hinsicht weiterhelfen – unter anderem werden nützliche Tipps zur Gesprächsvorbereitung mit möglichen Partnern angeboten.

Egal ob Praxisnetz oder MVZ – in der Regel liegt innerhalb der zu gründenden Ärztegenossenschaft eine heterogene Mitgliederstruktur vor, Kollegen unterschiedlichster Fachrichtungen kooperieren miteinander. Persönlichkeiten mit ungleichen Erfahrungen und Meinungen treffen aufeinander. Dies muss jedoch nicht zwangsläufig zu Differenzen führen. Es kann sogar zu einer Weiterentwicklung der Genossenschaft kommen, sofern hieraus eine Ausweitung des Leistungsspektrums und des zur Verfügung stehenden Know-hows resultiert.

Neben den sogenannten harten Faktoren – Qualifikation und Know-how – sind für eine erfolgreiche Zusammenarbeit nicht selten weiche Faktoren entscheidend: Genossenschaftsgründer sollten über Kommunikations-, Konflikt- und Teamfähigkeit verfügen und offen gegenüber konstruktiver und fachlicher Hilfe von außen sein. **Inbesondere in der Startphase – aber auch darüber hinaus – sollten sie zu Gesprächen bereit sein und gegebenenfalls externe Hilfestellung in Anspruch nehmen.** Bestehen Meinungsverschiedenheiten oder Unklarheiten, sind Außenstehende leichter in der Lage, moderierend einzugreifen und Hilfestellung zu leisten. In diesem Zusammenhang können sie ebenfalls auf die persönliche und fachliche Unterstützung des genossenschaftlichen Regionalverbandes vertrauen.

e) Die Satzung individuell gestalten

Sowohl das rechtliche als auch das wirtschaftliche Konzept des geplanten Unternehmens gilt es den eigenen Anforderungen entsprechend zu entwerfen. Den rechtlichen Rahmen bildet neben den gesetzlichen Bestimmungen die Satzung der Genossenschaft. Mustersatzungen dienen, insbesondere bei Gründung eines MVZ, aber auch in Bezug auf andere Formen genossenschaftlicher Kooperation zwischen Ärzten, als Grundlage für die individuelle Ausgestaltung. Die Satzung der geplanten Genossenschaft sollte auf die Bedürfnisse der Ärzte vor Ort zugeschnitten werden. In diesem Zusammenhang sollten die zahlreichen flexiblen Ausgestaltungsmöglichkeiten genutzt werden. Im genossenschaftlichen Regionalverband stehen kompetente Ansprechpartner zur Verfügung, die gerne bei der Ausarbeitung und Gestaltung der Satzung behilflich sind.

Mustersatzungen dienen als Grundlage für die individuelle Ausgestaltung.

Ganz besonders sorgfältig sollten sie bei der Gründung eines MVZ vorgehen. Da die Satzung die Interessenlage aller Mitglieder hinreichend abbilden sollte, sind im Vorfeld Sondierungsgespräche zu führen. Es gilt, einen Konsens zu finden und Regelungslücken zu schließen, um spätere Auseinandersetzungen zu vermeiden.¹⁹ Ein Beispiel: In Genossenschaften gilt das Nominalprinzip, sodass ausscheidende Mitglieder prinzipiell einen Betrag in Höhe ihrer geleisteten Einlage zurückerhalten. Soll eine Beteiligung am inneren Wert des Unternehmens stattfinden, kann dies statutarisch sichergestellt werden. Beispielsweise könnte die Einrichtung eines Beteiligungsfonds in Erwägung gezogen werden. Letztlich gilt: Individuelle Regelungen müssen getroffen werden, um die Motivation aller Genossenschaftsmitglieder zu berücksichtigen. Neben den üb-

¹⁹Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.), 2006, S. 30.

lichen Satzungsinhalten sollten in einem genossenschaftlich organisierten Versorgungszentrum auch folgende Punkte Berücksichtigung finden: Fragen der gemeinsamen Berufsausübung und der Sorgfaltspflicht, Mindestsprechstunden- und Arbeitszeiten, Nebentätigkeiten einzelner Mitglieder, Vertretungen und Bereitschaftsdienste sowie Mindestversicherungssummen.²⁰

Wird ein MVZ gegründet, ist die Genossenschaftssatzung unter anderem dem Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung vorzulegen. **Auf die Vollständigkeit der erforderlichen Unterlagen ist in diesem Zusammenhang unbedingt zu achten;** fehlen relevante Dokumente oder Vereinbarungen (z. B. bezüglich der Anstellung von Ärzten), so kann die Zulassung unter Umständen daran scheitern. Der Umfang der vorzulegenden Dokumente variiert je nach KV-Region und sollte daher bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erfragt werden.²¹ Auch im Hinblick auf die Gründungsprüfung durch den genossenschaftlichen Verband sollte eine gewissenhafte und eingehende Auseinandersetzung mit der Satzung und darüber hinaus mit dem Geschäftsplan stattfinden.

f) Gemeinsame Spielregeln festlegen

Der Betriebserfolg wird in nicht unerheblichem Maße von der Festlegung der Verantwortungsbereiche und der Gestaltung der Betriebsabläufe beeinflusst.

Bereits in der Startphase sollten der Aufbau und die Organisation der zu gründenden regionalen Ärztenossenschaft thematisiert werden, denn der zukünftige Betriebserfolg wird in nicht unerheblichem Maße von der Festlegung der Verantwortungsbereiche und der Gestaltung der Betriebsabläufe beeinflusst. Zu den Organen der Genossenschaft zählen neben der Generalversammlung, der alle Ärzte als Mitglied angehören, der Vorstand sowie der Aufsichtsrat.

Der **Vorstand**, das Leitungsorgan der Genossenschaft, besteht aus mindestens zwei Personen. Bei genossenschaftlichen

Unternehmen mit bis zu 20 Mitgliedern genügt eine Person. Der Vorstand führt die Geschäfte der Genossenschaft eigenverantwortlich unter Beachtung der Vorschriften des Genossenschaftsgesetzes, der Satzung sowie der Geschäftsordnung des Vorstandes. Bei der Bestellung des Vorstandes sollte auf eine ausgewogene Zusammensetzung geachtet werden. Das Gleiche gilt für den **Aufsichtsrat**, dem die Überwachung der Geschäftsführung des Vorstandes obliegt. Er umfasst bei Genossenschaften mit mehr als 20 Mitgliedern mindestens drei Personen. In einer Praxisnetz-eG ist es zum Beispiel von Vorteil, wenn sowohl die beteiligten Hausärzte als auch die Fachärzte angemessen repräsentiert werden.

Im Rahmen der Gründung kann eine Stärken-und-Schwächen-Analyse dazu beitragen, dass alle Mitglieder ihren Fähigkeiten entsprechend eingesetzt werden. Welche Personen werden sich in welchem Ausmaß einbringen und in der Genossenschaft engagieren? Mit der Größe des Unternehmens und dem Ausmaß der Kooperation gewinnen derartige Fragestellungen an Relevanz.

Für MVZ hat der Gesetzgeber einige organisatorische Anforderungen formal festgelegt. Wie bereits erwähnt müssen alle Gründer in das System der gesetzlichen Krankenversicherung eingebunden sein. Verlieren sie ihre Eigenschaft als Leistungserbringer, so ist dem MVZ nach sechs Monaten die Zulassung zu entziehen. Dieser Tatsache sollte insbesondere bei der Gestaltung der Satzung Rechnung getragen werden. Hinzu kommt, dass in jedem Fall ein ärztlicher Leiter bestellt werden muss. Auch wenn ein nichtärztlicher Leistungserbringer (z. B. ein Apotheker oder ein Sanitätshaus) als

²⁰Vgl. hierzu Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.), 2006, S. 31–35.

²¹Quaas, M., 2007, S. 216. Siehe auch Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.), 2006, S. 12.

Gründer in Erscheinung tritt, ist die ärztliche Leitung des MVZ sicherzustellen. Sofern neben Ärzten auch Zahnärzte am Versorgungsgeschehen teilhaben, ist eine kooperative Leitung möglich; nicht jede Fachgruppe muss einen eigenen ärztlichen Leiter bestimmen. Die mit der Position des ärztlichen Leiters verbundenen Rechte und Pflichten wurden vom Gesetzgeber nicht näher definiert. Seine Funktion wird in der Literatur mit der eines ärztlichen Direktors verglichen.²² Sinnvoll ist es sicherlich, wenn der ärztliche Leiter auch dem Vorstand der Ärztegenossenschaft angehört.

In vielen regionalen Ärztegenossenschaften ist die Anstellung eines hauptberuflichen kaufmännischen Geschäftsführers zu befürworten.

In Anbetracht ökonomischer Zielsetzungen ist in vielen regionalen Ärztegenossenschaften die Anstellung eines hauptberuflichen kaufmännischen Geschäftsführers zu befürworten. Zwar sind damit Kosten verbunden, mittel- und langfristig überwiegen jedoch ab einer bestimmten Größe der Genossenschaft die Vorteile einer „externen“ Geschäftsführung.²³ Mit dem Tagesgeschäft gehen zahllose Managementaufgaben und bürokratische Anforderungen einher, die viel Zeit und Kraft in Anspruch nehmen und einer professionellen Herangehensweise bedürfen. Es müssen zum Beispiel Vertragsverhandlungen geführt und organisatorische Abläufe optimiert werden. Besondere Bedeutung – gerade für MVZ – hat zudem das Personalmanagement, denn Personalkosten stellen zu meist den größten Kostenblock dar.

Die Delegation damit verbundener Aufgaben an einen kaufmännischen Leiter entlastet die genossenschaftlich kooperierenden Ärzte. Er kümmert sich um etwaige vertragliche, steuerliche, arbeitsrechtliche oder juristische Auseinandersetzungen, während sich die Mediziner verstärkt ihrer eigentlichen Profession – der Heilkunde – widmen können.

Es empfiehlt sich, in regelmäßigen Abständen Gespräche einzuplanen, in denen Probleme beraten und zum Beispiel neue Leistungsangebote oder Investitionen diskutiert werden.

g) Die Investitions- und Finanzierungsplanung

Bei Gründung einer regionalen Ärztegenossenschaft müssen in der Regel auch Investitionen getätigt werden. Es ist daher **bereits im Vorfeld eine Investitionsplanung durchzuführen** und in den Geschäftsplan aufzunehmen. Auf diese Weise kann der Kapitalbedarf der Genossenschaft ermittelt werden, mit den Investitionen verbundene zukünftige Abschreibungen in der Plan-Gewinn-und-Verlust-Rechnung²⁴ der Genossenschaft sind zu berücksichtigen. Auch bei der Investitions- und Finanzplanung steht der regionale Prüfungsverband jungen genossenschaftlichen Unternehmen beratend zur Seite. Für die Investitionsplanung von entscheidender Bedeutung ist das von der Ärztegenossenschaft angestrebte Leistungsspektrum.

Damit zum Beispiel ein Praxisnetz Zukunftschancen wahrnehmen kann, sind Investitionen notwendig. Soll etwa ein Projekt im Bereich des Home-Care-Managements oder ein Versorgungsprogramm (etwa im Bereich der Onkologie) umgesetzt werden, kann dies nicht ohne eine sachgemäße Infrastruktur geschehen. Versorgungsmodelle müssen konzipiert und ausgearbeitet, Rechtsfragen geklärt und die Binnenstruktur organisiert werden. Es ist ein Betriebs-, Qualitäts- und Leistungsmanagement einzurichten und darüber hinaus der Datenschutz zu gewährleisten.²⁵ Gleiches gilt, sofern innerhalb des Praxisnetzes ein gemeinsames Fortbildungszentrum, eine Notfallpraxis oder ein Callcenter geplant ist: Neben einer professionellen Herangehensweise ist die Bereitschaft zu er-

²²Vgl. Ries, H.-P./Schnieder, K.-H./Großbölting, R., u. a., 2007, S. 174.

²³Vgl. hierzu Brenner, M., 2007.

²⁴Nähere Informationen hierzu finden Sie auf der CD-ROM „Genossenschaften Gründen“.

²⁵Hanika, H., 2007, S. 248.

forderlichen Investitionen unumgänglich. Selbstverständlich ist dies auch bei der Errichtung einer Apparate- oder Laborgenossenschaft oder einer MVZ-eG der Fall.

Wird ein MVZ ins Leben gerufen, sind in der Regel materielle Werte wie zum Beispiel Anlagegüter (medizinisch-technische Einrichtungen, Praxisausstattung etc.) zu beschaffen. Darüber hinaus müssen häufig weitere Investitionen getätigt werden. Zu erwähnen ist vor allem die eventuell notwendige Beschaffung vertragsärztlicher Zulassungen, die mit dem Zukauf ganzer Praxen verbunden sein kann. Sofern bestehende Praxen der Leistungserbringer in das MVZ mit eingebracht werden, ist zunächst der entsprechende Praxiswert zu ermitteln.

Finanz- und Investitionsplanung sind aufeinander abzustimmen.

Zugleich muss die Finanzierung durchdacht werden; Finanz- und Investitionsplanung sind aufeinander abzustimmen. Was das **Eigenkapital** des Gemeinschaftsunternehmens angeht, ist für die eingetragene Genossenschaft kein bestimmtes Mindestkapital vorgesehen. Den Gründern steht es daher frei, die Höhe der Geschäftsanteile selbst in der Satzung festzulegen. Allerdings sollte bedacht werden, dass Finanzierungsprobleme die Hauptursache für das Scheitern von Unternehmensgründungen sind. Die Höhe der Geschäftsanteile und damit des Eigenkapitals darf daher nicht zu niedrig kalkuliert werden.

Neben der Finanzierung durch Eigenkapital stehen **andere Finanzierungsinstrumente** zur Verfügung: Die Gründer können die Einbringung von Sacheinlagen, Beteiligungsfinanzierungen (also „investierende Mitglieder“ aufnehmen), Bankdarlehen oder die Ausschöpfung öffentlicher Mittel in Erwägung ziehen.

Auch **voraussichtliche Betriebseinnahmen müssen veranschlagt werden**. Auf Grundlage des geplanten Gesundheitsangebots muss ermittelt werden, wie hoch die Vergütung für das definierte Leistungsspektrum ausfallen wird. Prinzipiell ist zwischen Einnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit, privat-

ärztlich erzielten Einnahmen und sonstigen Einnahmen (z. B. aus der Vermarktung von IGeL und integrierter Versorgung) zu differenzieren. Der ermittelten Summe sind Personal-, Raum-, Sach- und Finanzierungskosten sowie Steuern und sonstige Kosten gegenüberzustellen.

Die Investitions- und Finanzplanung betreffende Detailfragen können mit dem zuständigen Ansprechpartner des Genossenschaftsverbandes erörtert werden. Daneben werden Gründer in allen Phasen des Gründungsprozesses durch den Genossenschaftsverband kompetent unterstützt. Ein Berater mit dem „Blick von außen“ kann potenzielle Konfliktherde schnell identifizieren und hilfreiche, fachbezogene Hinweise geben. Der Genossenschaftsverband leistet umfangreichen Beistand bei allen auftretenden Fragen – er begleitet die Gründer bis zum Tag der Gründung und selbstverständlich noch darüber hinaus während des laufenden Geschäftsbetriebes.

Die Investitions- und Finanzplanung betreffende Detailfragen können mit dem zuständigen Ansprechpartner des Genossenschaftsverbandes erörtert werden.

h) Der Tag der Gründung

Nun ist es so weit: Die eigentliche Gründung der regionalen Ärztegenossenschaft steht an! Sie vollzieht sich im Rahmen der **Gründungsversammlung**, bei der der Geschäftsplan erläutert, die Satzung dargelegt und von den anwesenden Gründungsmitgliedern unterzeichnet wird. Bei der Vorbereitung und Durchführung der Gründungsversammlung bietet die CD-ROM „Genossenschaften Gründen“ Hilfestellung, da sie wichtige Dokumente (Einladung zur Gründungsversammlung, Mitgliederliste etc.) zur Verfügung stellt. Im Anschluss erfolgen die registergerichtliche Gründungsprüfung sowie die Eintragung des Unternehmens in das Genossenschaftsregister.

Mit der Aufnahme des Geschäftsbetriebes und im Laufe der weiteren Geschäftstätigkeit kommen erneut wirtschaftliche und rechtliche Fragestellungen auf das Ärzteteam zu.

Im Mitgliederbereich der DGRV-Internetseite „www.dgrv.de“ werden in der Rubrik „Geno-Starter“ viele weitere nützliche Tipps für die Startphase gegeben.

Anmeldungen sind vorzunehmen, Geschäftsbriefe und Rechnungen rechtlich einwandfrei zu gestalten, die Mitgliederverwaltung ist zu organisieren. Viele Aspekte müssen beachtet werden. Im Mitgliederbereich der DGRV-Internetseite „www.dgrv.de“ werden in der Rubrik „GenoStarter“ viele weitere nützliche Tipps für die Startphase gegeben.

Nun ist es auch an der Zeit, die vorab durchdachte Marketingstrategie in die Tat umzusetzen. Instrumente der Öffentlichkeitsarbeit sollten genutzt werden, um den Bekanntheitsgrad der Ärztegenossenschaft in der Region schnell zu erhöhen. Unter Beachtung des ärztlichen Werberechts muss der Bevölkerung das Leistungsspektrum der Genossenschaft nähergebracht werden. Es können Presstexte herausgegeben, ein gemeinsamer Online-Auftritt gestaltet sowie Veranstaltungen und Aktionen (z. B. ein Tag der offenen Tür in der MVZ-eG) geplant werden. Eine Praxisnetz-eG kann Informationsmaterial in den Praxen der Mitglieder nutzen, um auf sich aufmerksam zu machen. Auf diese Weise können sowohl Patienten als auch Krankenkassen als Vertragspartner gewonnen werden.

Das Info-Portal im Internet



Sie wollen mehr über die Gründung und die individuellen Ausgestaltungsmöglichkeiten einer Genossenschaft erfahren? Dann besuchen Sie unser Info-Portal im Internet auf www.neuegenossenschaften.de.

Dort finden Sie aktuelle Gründungsbeispiele, innovative Modelle und viel Wissenswertes zur Gründung einer Genossenschaft.

Ihren persönlichen Ansprechpartner in den Regionen können Sie ebenfalls über diese Website kontaktieren. Die Fachberater stehen Ihnen gerne für Ihr Gründungsvorhaben, aber auch für allgemeine Fragen zum Thema Genossenschaft zur Verfügung.

7. Die eG – ein flexibles Instrument in einem sich wandelnden Gesundheitsmarkt

Auch in Zukunft wird das ambulante Versorgungsgeschehen von weiteren gravierenden Umwälzungen betroffen sein. Der medizinisch-technische Fortschritt, die demografische Entwicklung, die zunehmende Zahl älterer, multimorbider und chronisch kranker Personen, ein verändertes Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung, der Wandel der Gesetzgebung: Aufgrund all dieser Faktoren wird es Ärzten nicht dauerhaft gelingen, am Status quo festzuhalten. Es gilt, die mit den beschriebenen gesellschaftlichen Veränderungen verbundenen Herausforderungen zu erkennen und damit verbundene Chancen wahrzunehmen. Mittel- und langfristig könnten regionale Praxisnetze beispielsweise im Rahmen sogenannter Capitation-Modelle die Budget- und Steuerungsverantwortung für die Gesundheitsversorgung ganzer Regionen übernehmen. Klare Strukturen und Prozesse – wie sie in eingetragenen Genossenschaften geschaffen werden können – sind in diesem Zusammenhang eine wichtige Voraussetzung und somit von entscheidender Bedeutung.

Eingetragene Genossenschaften leisten bereits heute in vielerlei Hinsicht einen positiven Beitrag zur Stärkung der ökonomischen Fitness von Arztpraxen und MVZ. In einem äußerst dynamischen Umfeld stärkt die Rechtsform der eG als flexibles Instrument die Autonomie und berufliche Zufriedenheit ihrer Mitglieder. Ist die Gründung der eingetragenen Genossenschaft vollzogen, so kann das einmal festgelegte Leistungsspektrum des Gemeinschaftsunternehmens immer wieder auf den Prüfstand gestellt werden. Auf diese Weise ist es innerhalb einer Ärztegenossenschaft möglich, neue Trends im Gesundheitswesen und Entwicklungen innerhalb der Region schnell aufzugreifen. Der Unternehmensgegenstand der Ge-

nossenschaft kann insofern immer wieder innovativ an die Anforderungen der Zukunft angepasst werden. Eingetragene Genossenschaften und die in ihnen organisierten Mitglieder leisten damit einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in den Regionen.

Literaturverzeichnis

Brenner, Michael

Damit Sie nicht auf der Strecke bleiben,
in: Der Kassenarzt, 2007, Abruf unter:
<http://www.kassenarzt.de/w3.php?nodeID=14858>
(29.8.08).

Geschwandtner, Marcus/Helios, Marcus

Genossenschaftsrecht. Das neue Genossenschaftsrecht und
die Einführung der europäischen Genossenschaft, Bonn 2006.

Hanika, Heinrich

Integrierte Versorgung regional gestalten,
in: Bonow, Martin/George, Wolfgang (Hrsg.): Regionales
Zukunftsmanagement, Bd. 1: Gesundheitsversorgung,
S. 238–250, Lengerich 2007.

Henke, Klaus-Dirk/Friesdorf, Wolfgang/ Bungenstock, Jan M./Podschaske, Beatrice

Mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
durch genossenschaftliche Kooperationen, Baden-Baden 2008.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.)

Medizinische Versorgungszentren.
Sieben Bausteine für die erfolgreiche Gründung und den
Betrieb eines MVZ, Berlin 2006.

Pflüger, Elke

Chancen und Grenzen der eingetragenen Genossenschaft
im Gesundheitssektor, Nürnberg 2006.

Quaas, Michael

Das medizinische Versorgungszentrum,
in: Bonow, Martin/George, Wolfgang (Hrsg.): Regionales
Zukunftsmanagement, Bd. 1: Gesundheitsversorgung,
S. 211–219, Lengerich 2007.

Richter-Kuhlmann, Eva

Arztzahlentwicklung: Mehr als eine Rechenaufgabe,
in: Deutsches Ärzteblatt, 2007, A-2842.

**Ries, Hans-Peter/Schnieder, Karl-Heinz/
Großbölting, Ralf, u. a.**

Arztrecht. Praxishandbuch für Mediziner, 2., aktualisierte und
erweiterte Auflage, Berlin, Heidelberg 2007.

Schicker, Günter/Kohlbauer, Oliver/Bodendorf, Freimut

Praxisnetz-Studie 2006 – Status quo, Trends & Herausforderungen.
Arbeitspapier Wirtschaftsinformatik II, Nr. 01/2006,
Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg 2006.

Stingl, Horst

Sind Sie auch ein altmodischer Einzelkämpfer?
in: Der Kassenarzt, 2005, Abruf unter:
<http://www.kassenarzt.de/w3.php?nodeID=7272>
(29.8.08).

Wambach, Veit/Lindenthal, Jörg

Medizinische Versorgung durch Ärztegenossenschaften,
in: Bonow, Martin/George, Wolfgang (Hrsg.): Regionales
Zukunftsmanagement, Bd. 1: Gesundheitsversorgung,
S. 166–175, Lengerich 2007.

