

Universität der Bundeswehr München

Wirtschafts- und Organisationswissenschaften

Das MVZ als Organisationsform in der ambulanten Medizin – eine betriebswirtschaftliche Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Transaktionskostenökonomie

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors rerum politicarum (Dr. rer. pol.)

Vorgelegt bei: Universitätsprofessor Dr. Günther E. Braun
Zweitgutachter: Universitätsprofessor Dr. Stefan Josten

von: Dipl.-Kfm. Carsten Jäger
aus: 14193 Berlin

Fertigstellung: April 2008

Gliederung

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	13
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	19
TABELLENVERZEICHNIS	23
I. EINFÜHRUNG.....	25
I.1 Problemstellung und Zielsetzung	25
I.2 Aufbau der Untersuchung.....	27
II. GRUNDLAGEN DER KOOPERATION IN DER AMBULANTEN LEISTUNGSERBRINGUNG	31
II.1 Gründe für das Eingehen einer Kooperation	32
II.1.1 Anspruchsgruppen niedergelassener Ärzte.....	33
II.1.1.1 Patienten.....	35
II.1.1.2 Mitarbeiter.....	38
II.1.2 Ziele und Erfolgsfaktoren einer Kooperation	39
II.1.2.1 Erfolgsfaktor Kunden- bzw. Patientenorientierung	41
II.1.2.2 Erfolgsfaktor Optimierung der Leistungserbringung.....	44
II.1.2.3 Erfolgsfaktor Synergieeffekte	47
II.2 Typische Synergieeffekte durch Kooperation und ihre Realisierung ..	48
II.2.1 Schaffung eines neuen Angebotes	50
II.2.2 Kostenreduktion / Kostenbeherrschung.....	51
II.2.2.1 Personalkosten.....	52
II.2.2.2 Sachkosten.....	53

II.2.3	Managementveredlung	54
II.2.4	Wissensaustausch	55
II.3	Ausgewählte Dimensionen der Kooperation und ihre Ausprägungen ..	56
II.3.1	Beschaffung / Logistik	56
II.3.1.1	Kooperationen ohne vertragliche Bindung.....	57
II.3.1.2	Einkaufskooperationen	57
II.3.1.3	Fusion zum Verbundunternehmen	60
II.3.2	Gebäudemanagement und Facility Management	61
II.3.3	Personalwesen	66
II.3.4	Großgeräte	72
II.3.5	Marketing	75
II.3.5.1	Horizontale Marketingkooperation.....	76
II.3.5.2	Vertikale Marketingkooperation.....	78
II.3.5.3	Komplementäre Marketingkooperation.....	79
II.3.6	Finanzierung.....	80
II.3.7	Rechtliche Verflechtung (Rechtsform)	85
II.3.7.1	Freiberufliche Kooperationsformen	86
II.3.7.2	Personengesellschaften	88
II.3.7.3	Körperschaften	91
II.3.8	Rechnungswesen und Controlling.....	96
II.3.9	Informations- und Kommunikationstechnologie.....	102
II.4	Barrieren bei der Implementierung von Kooperationen	105
III	DAS MEDIZINISCHE VERSORGUNGSZENTRUM ALS NEUE KOOPERATIVE ORGANISATIONSFORM DER MEDIZINISCHEN LEISTUNGSERBRINGUNG	109
III.1	Die Ausgangslage.....	109
III.2	Änderung der Ausgangslage – das GKV-Modernisierungsgesetz.....	112

III.2.1 Zur Entstehung des GKV-Modernisierungsgesetzes.....	112
III.2.2 Inhalte des GKV-Modernisierungsgesetzes als Gründungsvoraussetzung für Medizinische Versorgungszentren.....	113
III.2.2.1 MVZ als „fachübergreifende“ Einrichtungen.....	113
III.2.2.2 MVZ als „ärztlich geleitete“ Einrichtungen	116
III.2.2.3 Das Beschäftigungsverhältnis der Ärzte.....	118
III.2.2.4 Die vertragsärztliche Zulassung.....	119
III.2.2.5 Zulässige Organisationsformen und Gründer von MVZ	121
III.2.2.6 Budgetierung/ Vergütung/ Richtgrößen.....	124
III.3 Empirische Analyse der Entwicklung seit 2004	126
III.3.1 MVZ-Gründungen im Überblick.....	126
III.3.2 Trägerschaft	127
III.3.3 Rechtsformen.....	129
III.3.4 Status der Ärzte	131
III.3.5 Fachgruppenverteilung der Ärzte	134
III.3.6 Arbeitsgröße von MVZ	134
III.3.7 Räumliche Dislozierung	135
III.4 Motive zur Gründung eines MVZ	138
III.4.1 Gründungsmotive niedergelassener Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten	140
III.4.1.1 Kostenvorteile – Economies of scale.....	141
III.4.1.2 Verbundvorteile – Economies of scope	142
III.4.1.3 Zugang zur stationären Versorgung.....	143
III.4.1.4 Zukunftssicherung und Verbesserung der Wettbewerbssituation ..	144
III.4.1.5 Persönliche Motive	146
III.4.2 Gründungsmotive von Krankenhäusern und Klinikketten	147
III.4.2.1 Zugang zur ambulanten Versorgung.....	148
III.4.2.2 Sicherung von Zuweisern für die Klinik.....	150
III.4.2.3 Existenzsicherung durch Kooperation	151
III.4.3 Zusätzliche Gründungs- und Beteiligungsmotive weiterer Leistungserbringer	152

III.4.4 Beitrittsmotive für Ärzte	153
III.5 Gründungskonstellationen nach SGB V	155
III.5.1 Gründung ausschließlich durch Vertragsärzte	155
III.5.2 Gründung durch Vertragsärzte und Krankenhaus.....	159
III.5.3 Gründung durch Vertragsärzte und andere Leistungserbringer.....	161
III.5.4 Gründung ohne Beteiligung von Vertragsärzten	163
III.6 Beschäftigungsverhältnis und vertragsärztliche Zulassung im MVZ ...	165
III.6.1 Vertragsarztzulassung im Angestellten MVZ.....	166
III.6.2 Vertragsarztzulassung im Vertragsärzte-MVZ	168
III.6.3 Vertragsarztzulassung im Misch-MVZ.....	169
III.7 Vertragsgestaltung	171
III.7.1 Vorvertraglicher Regelungsbedarf.....	172
III.7.2 Vertragsinhalte	173
III.8 Organisation	179
III.8.1 Aufbauorganisation.....	180
III.8.2 Ablauforganisation.....	184
III.9 Marketing im MVZ.....	187
III.9.1 Marktanalyse.....	189
III.9.2 Marketingziele	195
III.9.3 Marketingstrategien	196
III.9.4 Marketinginstrumente	198
III.10 Investitions- und Finanzplan.....	205
III.10.1 Grundlagen.....	205
III.10.2 Investitionsplan	206
III.10.3 Kapitalbedarfs- und Finanzierungsplan	208
III.10.4 Kostenplan	210
III.10.4.1 Personalkosten.....	210
III.10.4.2 Immobilienkosten.....	212
III.10.4.3 Sachkosten.....	213

III.10.4.4 Kapitalbeschaffungskosten	214
III.10.4.5 Steuern	215
III.10.4.6 Kalkulatorische Kosten.....	222
III.10.5 Umsatzplan	224
III.10.5.1 Vergütungsansprüche aus vertragsärztlicher Tätigkeit.....	224
III.10.5.2 Vergütungsansprüche nach GOÄ aus PKV und iGel	227
III.10.5.3 Einzelvertragliche extrabudgetäre Vergütungen	228
III.10.5.4 Plan-GuV und Plan-Bilanz	229
III.10.6 Liquiditätsplan	231
III.10.7 Risikoanalyse.....	232
III.10.8 Controlling.....	233
III.11 Qualitätsmanagement.....	235
III.11.1 DIN EN ISO 9000ff.....	240
III.11.2 EFQM	240
III.11.3 KTQ	241
III.11.4 QEP.....	242
III.12 Datenschutz	243
IV. GRUNDLAGEN DER TRANSAKTIONS-KOSTENÖKONOMIE.....	245
IV.1 Einordnung der Transaktionskostentheorie in die Neue	
Institutionenökonomik	245
IV.1.1 Organisationstheoretische Begriffsbestimmungen.....	246
IV.1.1.1 Institutionen	246
IV.1.1.2 Organisation.....	250
IV.1.1.3 Organisationsformen	251
IV.2 Transaktionen und Transaktionskosten	254
IV.3 Die empirische Relevanz von Transaktionskosten.....	260
IV.3.1 Einzelne Fallstudien	262

IV.3.2 Mikroökonomische Messungen von Transaktionsdimensionen.....	263
IV.3.3 Messung auf makroökonomischer Ebene	264
IV.4 Problemfelder bei Transaktionen	265
IV.4.1 Transaktionskosten in Abgrenzung zu Produktionskosten.....	266
IV.4.2 Begrenzte Rationalität und Opportunismus.....	269
IV.4.3 Das Problemfeld der Spezifität	273
IV.5 Bewertung und Absicherung von Transaktionen.....	276
IV.5.1 Der ordinale Institutionenvergleich	276
IV.5.2. Identifikation der charakteristischen Eigenschaften von Transaktionsgütern und Transaktionen.....	277
IV.5.2.1 Spezifität	277
IV.5.2.2 Strategische Relevanz	283
IV.5.2.3 Unsicherheit	284
IV.5.2.4 Häufigkeit	286
IV.5.2.5 Differenzierung in Hauptmerkmale und Einflussfaktoren.....	287
IV.5.3 Organisatorische Absicherung von Transaktionen.....	290
IV.5.3.1 Überwachung durch Marktmechanismen	290
IV.5.3.2 Überwachung durch Dritte.....	290
IV.5.3.3 Bilaterale Überwachung und Beherrschung	291
IV.5.3.4 Vereinheitlichte Kontrolle.....	292
IV.5.3.5 Überwachung und Beherrschung durch den „Clan“	292
IV.5.4 Spezifität und Strategische Relevanz als Determinanten der organisatorischen Absicherung	295
IV.5.4.1 Nichtspezifische Transaktionen und Marktkontrolle.....	297
IV.5.4.2 Gelegentliche, spezifische und/oder strategisch relevante Transaktionen und Überwachung durch Dritte.....	298
IV.5.4.3 Wiederholte, teilweise spezifische Transaktionen und bilaterale Kontrolle	299
IV.5.4.4 Wiederholt spezifische und/oder strategisch relevante Transaktionen und Hierarchie.....	300

IV.6 Eignung von Transaktionskosten als Entscheidungskriterium organisatorischer Alternativen.....	302
V. DIE TRANSAKTION MEDIZINISCHER LEISTUNGEN IN DER MIKROÖKONOMISCHEN BETRACHTUNG.....	305
V.1 Operationalisierung der TAK für medizinisch relevante Sachgüter und Dienstleistungen	306
V.2 Charakterisierung und Klassifizierung beschaffungsseitig relevanter Sachgüter und Dienstleistungen in Bezug auf ihre transaktionsrelevanten Eigenschaften	308
V.2.1 Immobilien.....	309
V.2.1.1 Spezifität medizinisch kooperativ genutzter Immobilien	309
V.2.1.2 Strategische Relevanz der Immobilien	310
V.2.1.3 Transaktionskostenrelevante Einflussfaktoren der Immobilienbeschaffung	311
V.2.1.4 Abgrenzung der Immobilienkosten.....	312
V.2.2 Personalbeschaffung.....	313
V.2.2.1 Spezifität von Personal im Gesundheitswesen	313
V.2.2.2 Strategische Relevanz des Personals	314
V.2.2.3 Transaktionskostenrelevante Einflussfaktoren der Personalbeschaffung	315
V.2.2.4 Abgrenzung der Personalbeschaffungskosten	317
V.2.3 Medizinische Geräte	317
V.2.3.1 Spezifität medizinischer Geräte	317
V.2.3.2 Strategische Relevanz medizinischer Geräte	319
V.2.3.3 Transaktionskostenrelevante Einflussfaktoren bei der Beschaffung medizinischer Geräte	320
V.2.3.4 Abgrenzung der Kosten für medizinische Geräte.....	321
V.2.4 Hard- und Software.....	321

V.2.4.1	Spezifität von Hard- und Software im Gesundheitswesen	321
V.2.4.2	Strategische Relevanz der Hard- und Software	322
V.2.4.3	Transaktionskostenrelevante Einflussfaktoren der Beschaffung von Hard- und Software	323
V.2.4.4	Abgrenzung der Kosten für Hard- und Software	324
V.2.5	Medizinische Heil- und Hilfsmittel	326
V.2.5.1	Spezifität medizinischer Heil- und Hilfsmittel	326
V.2.5.2	Strategische Relevanz medizinischer Heil- und Hilfsmittel	326
V.2.5.3	Transaktionskostenrelevante Einflussfaktoren der Beschaffung medizinischer Heil- und Hilfsmittel	327
V.2.5.4	Abgrenzung der Kosten für medizinische Heil- und Hilfsmittel	328
V.2.6	Pharmazeutika	328
V.2.6.1	Spezifität pharmazeutischer Produkte	328
V.2.6.2	Strategische Relevanz pharmazeutischer Produkte	329
V.2.6.3	Transaktionskostenrelevante Einflussfaktoren der Beschaffung pharmazeutischer Produkte	330
V.2.6.4	Abgrenzung der Kosten für pharmazeutische Produkte	330
V.3	Charakterisierung und Klassifizierung absatzseitig relevanter Sachgüter und Dienstleistungen in Bezug auf ihre transaktionsrelevanten Eigenschaften	332
V.3.1	Medizinische Primärleistungen	333
V.3.1.1	Definition	333
V.3.1.2	Spezifität medizinischer Primärleistungen	333
V.3.1.3	Strategische Relevanz medizinischer Primärleistungen	334
V.3.1.4	Transaktionskostenrelevante Einflussfaktoren	335
V.3.1.5	Abgrenzung der Kosten	337
V.3.2	Medizinische Sekundärleistungen	338
V.3.2.1	Definition	338
V.3.2.2	Spezifität medizinischer Sekundärleistungen	338
V.3.2.3	Strategische Relevanz medizinischer Sekundärleistungen	339
V.3.2.4	Transaktionskostenrelevante Einflussfaktoren	339
V.3.2.5	Abgrenzung der Kosten	340

V.3.3 Medizinische Hilfsleistungen	341
V.3.3.1 Definition	341
V.3.3.2 Spezifität medizinischer Hilfsleistungen	341
V.3.3.3 Strategische Relevanz medizinischer Hilfsleistungen	342
V.3.3.4 Transaktionskostenrelevante Einflussfaktoren	342
V.3.3.5 Abgrenzung der Kosten	343
V.3.4 Nichtmedizinische Leistungen.....	344
V.3.4.1 Definition	344
V.3.4.2 Spezifität nichtmedizinischer Leistungen	344
V.3.4.3 Strategische Relevanz nichtmedizinischer Leistungen.....	345
V.3.4.4 Transaktionskostenrelevante Einflussfaktoren	345
V.3.4.5 Abgrenzung der Kosten	346

VI. VERGLEICHENDE BEWERTUNG INSTITUTIONELLER ARRANGEMENTS ZUR TRANSAKTIONSKOSTENMINIMALEN ORGANISATORISCHEN AUSGESTALTUNG VON MVZ	347
VI.1 Vorüberlegungen zur Ermittlung der (relativen) TAK.....	347
VI.1.1 Rechnungsweseninduzierte Ermittlung von TAK.....	347
VI.1.2 Individualinduzierte Ermittlung von TAK	348
VI.2 Transaktionskostentheoretische Optimierung der Ablauforganisation der Leistungserbringung.....	350
VI.2.1 Identifizierung transaktionskostenintensiver Sachgüter und Dienstleistungen	350
VI.2.2 Verlagerung transaktionskostenintensiver Tätigkeiten zur Reduktion der individualinduzierten TAK.....	351
VI.3 Transaktionskostentheoretische Optimierung der aufbauorganisatorischen Grundlagen	358
VI.3.1 Auswahl der relevanten Organisationsalternativen.....	360
VI.3.1.1 Personengesellschaft versus Kapitalgesellschaft.....	360

VI.3.1.2 Fokale versus polyzentrische Organisation.....	361
VI.3.1.3 Vertragsarzt-MVZ versus Angestellten-MVZ.....	363
VI.3.2 Einflusspotenzial der Transaktionseigenschaften auf die Auswahl der Organisationsalternativen.....	364
VI.3.2.1 Spezifität	365
VI.3.2.2 Strategische Relevanz	366
VI.3.2.3 Weitere transaktionskostenrelevante Einflussfaktoren	367
VI.3.2.4 Zwischenfazit	368
VI.3.3 Identifikation und Skalierung relevanter Kombinationen von Transaktionseigenschaften	369
VI.3.4 Einzelbewertung organisatorischer Alternativen in Bezug auf Transaktionseigenschaften medizinischer Leistungen.....	370
VI.3.4.1 Transaktionseigenschaften im Vertragsarzt-MVZ.....	371
VI.3.4.2 Transaktionseigenschaften im Angestellten-MVZ	374
VI.3.4.3 Transaktionseigenschaften im Misch-MVZ	377
VI.4 Ergebnis des organisatorischen Alternativenvergleichs	379
VII. ERGEBNISBETRACHTUNG, SCHLUSSFOLGERUNGEN UND AUSBLICK.....	387
LITERATURVERZEICHNIS	391

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AG	Aktiengesellschaft
AktG	Aktiengesetz
Anm. d. Verf.	Anmerkung des Verfassers
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ApoG	Apothekengesetz
Aufl.	Auflage
AuW	Arzt & Wirtschaft (Zeitschrift)
ÄZ	Ärzte Zeitung
Az	Aktenzeichen
BÄK	Bundesärztekammer
BÄO	Bundesärzteordnung
Bd.	Band
BdA	Berufsverband der Arzt, Zahnarzt und Tierarzt- helferinnen
bDSB	betrieblicher Datenschutzbeauftragter
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BFuP	Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis (Zeitschrift)
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BKK	Betriebskrankenkasse
BO	Berufsordnung
bpb	Bundeszentrale für politische Bildung
BSG	Bundessozialgericht
BT	Bundestag
BT-Drucks	Bundestags-Drucksache
BV	Bruttovergütung
BVerfG	Bundesverfassungsgericht

BWA	Betriebswirtschaftliche Auswertung
CEO	Chief Executive Officer
CHF	Schweizer Franken
CT	Computertomograph
DBW	Die Betriebswirtschaft (Zeitschrift)
d.h.	das heißt
DIN	Deutsches Institut für Normung
DKG	Deutsche Krankenhaus Gesellschaft
DMP	Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease Management Programms)
DRG	Diagnose- bezogene Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups)
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EFQM	European Foundation for Quality Management
EK	Eigenkapital
EKG	Elektrokardiogramm
et al.	et alteri / et alii
etc.	et cetera
FK	Fremdkapital
FM	Facility Management
FN	Fußnote
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBP	Great Britain Pound (Währung)
GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
GenG	Genossenschaftsgesetz
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GM	Gebäudemanagement
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung

GMG	GKV- Modernisierungsgesetz
GOÄ	Gebührenordnung Ärzte
GuV	Gewinn und Verlustrechnung
gwG	geringwertige(s) Wirtschaftsgut(-güter)
hca	health care akademie
HGB	Handelsgesetzbuch
HMO	Health Maintenance Organization
Hrsg.	Herausgeber
hrsg.	herausgegeben
HVV	Honorarverteilungsvertrag
HWG	Gesetz über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens
HWPlan	Handwörterbuch der Planung
i.d.F.v.	in der Fassung vom
iGeL	Individuelle Gesundheitsleistung(en)
ISO	Internationale Standardisierungsorganisation
IT	Informationstechnologie
i.V.m.	in Verbindung mit
Jg.	Jahrgang
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KPMG	Klynveld, Peat, Marwick, Goerdeler (Wirtschaftsprüfungs- und Steuerberatungsgesellschaft)
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
LÄK	Landesärztekammer
LAN	Local Area Network

lat.	lateinisch
LDSG	Landesdatenschutzgesetz
LG	Landesgericht
LOPS	Vereinigung für Leitungen im OP
LRP	Long Range Planning
MBO	Musterberufsordnung
Mio.	Millionen
Mrd.	Milliarden
M&K	Management & Krankenhaus
NIÖ	Neue Institutionenökonomik
NP	nurse practitioners
NZS	Neue Zeitschrift für Sozialrecht
o.Ä.	oder Ähnliches
o.J.	ohne Jahr
OLG	Oberlandesgericht
OP	Operation
o.V.	ohne Verfasser
PA	physician assistant
p.a.	per annum
PartGG	Partnerschaftsgesellschaftsgesetz
PKV	private Krankenversicherung
PVS	Privatärztliche Verrechnungsstelle
QEP	Qualität und Entwicklung in Praxen
QM	Qualitätsmanagement
Rdnr.	Randnummer

S.	Seite / Satz
Sp.	Spalte
StGB	Strafgesetzbuch
TAK	Transaktionskosten
TDG	Teledienstgesetz
TQM	Total Quality Management
u.Ä.	und Ähnliches
USA	United States of America
USP	Unique selling Proposition
UStG	Umsatzsteuergesetz
u.v.m.	und vieles mehr
UWG	Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb
v.	vom
VÄndG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
vgl.	vergleiche
vs.	versus
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)
WiSt	Wirtschaftswissenschaftliches Studium (Zeitschrift)
WSG	Wettbewerbsstärkungsgesetz
z.B.	zum Beispiel
ZE	Zeiteinheit(en)
ZfB	Zeitschrift für Betriebswirtschaft
ZMGR	Zeitschrift für das gesamte Medizin- und Gesundheitsrecht
ZPO	Zivilprozessordnung
z.T.	zum Teil

Abbildungsverzeichnis

<u>Abbildung</u>	<u>Titel</u>	<u>Seite</u>
ABBILDUNG 1:	AUFBAU DER UNTERSUCHUNG	29
ABBILDUNG 2:	ANSPRUCHSGRUPPEN DES NIEDERGELASSENEN ARZTES	34
ABBILDUNG 3:	ALTERSPYRAMIDEN IN DEUTSCHLAND	36
ABBILDUNG 4:	WIRKUNGSINTERAKTIONEN VON ERFOLGSFAKTOREN	40
ABBILDUNG 5:	DIE SELEKTION DES LEISTUNGSANGEBOTES	45
ABBILDUNG 6:	AUSPRÄGUNGSFORMEN DER BESCHAFFUNGSKOOPERATION	60
ABBILDUNG 7:	PERSONALSTRATEGIE	68
ABBILDUNG 8:	ABLAUF EINER GROßGERÄTEKOOPERATION	74
ABBILDUNG 9:	FINANZIERUNGSVORGÄNGE	82
ABBILDUNG 10:	GESCHLOSSENER ZYKLUS VON PLANUNG, KONTROLLE UND STEUERUNG	97
ABBILDUNG 11:	INTERNE VS. EXTERNE ADMINISTRATION	104
ABBILDUNG 12:	KOSTENFUNKTIONEN DER ADMINISTRATION	105
ABBILDUNG 13:	GESCHICHTE DER ZENTRUMSIDEE	111
ABBILDUNG 14:	ENTWICKLUNG DER ZUGELASSENEN MVZ	127
ABBILDUNG 15:	ENTWICKLUNG VON MVZ NACH TRÄGERSCHAFT	128
ABBILDUNG 16:	VERHÄLTNIS DER MVZ-TRÄGER	129
ABBILDUNG 17:	RECHTSFORMEN VON MVZ	129

ABBILDUNG 18: RECHTSFORMEN VON MVZ NACH TRÄGERN	130
ABBILDUNG 19: MVZ NACH ÄRZTESTATUS.....	131
ABBILDUNG 20: ÄRZTE NACH STATUS	132
ABBILDUNG 21: MVZ NACH ÄRZTESTATUS IN KKH- TRÄGERSCHAFT	133
ABBILDUNG 22: ÄRZTE NACH STATUS IN KKH- TRÄGERSCHAFT .	133
ABBILDUNG 23: FACHGRUPPENVERTEILUNG	134
ABBILDUNG 24: DURCHSCHNITTLICHE ARBEITSGRÖÙE DER MVZ	135
ABBILDUNG 25: MVZ- STANDORTE IN DEUTSCHLAND	136
ABBILDUNG 26: VERTEILUNG NACH KV-BEZIRKEN	137
ABBILDUNG 27: RÄUMLICHE ANSIEDLUNG.....	138
ABBILDUNG 28: GRÜNDUNG DURCH VERTRAGSÄRZTE OHNE EINBRINGUNG DER ZULASSUNG	158
ABBILDUNG 29: GRÜNDUNG DURCH VERTRAGSÄRZTE UNTER EINBRINGUNG DER ZULASSUNG	158
ABBILDUNG 30: AUFBAUORGANISATION/ORGANIGRAMM	183
ABBILDUNG 31: ABLAUFORGANISATION EINES MVZ.....	186
ABBILDUNG 32: KONZEPTIONSPYRAMIDE DES MARKETINGS.....	188
ABBILDUNG 33: MARKTFELDSTRATEGIEN NACH PRODUKT-MARKT- MATRIX	197
ABBILDUNG 34: PDCA- ZYKLUS VON QM- SYSTEMEN.....	238
ABBILDUNG 35: SCHRITTE ZUR EINFÜHRUNG VON QM-SYSTEMEN	239
ABBILDUNG 36: IDENTITÄTSDREIECK VON INSTITUTIONEN	249
ABBILDUNG 37: ORGANISATIONSFORMEN.....	252

ABBILDUNG 38: ÖKONOMISCH OPTIMALER GRAD DER ARBEITSTEILUNG.....	258
ABBILDUNG 39: TRANSAKTIONS(GUT)MERKMALE UND EINFLUSSFAKTOREN.....	289
ABBILDUNG 40: ALTERNATIVE ÜBERWACHUNGS- UND BEHERRSCHUNGS SYSTEME.....	294
ABBILDUNG 41: ZUORDNUNG VON TRANSAKTIONSEIGENSCHAFTEN ZU ORGANISATORISCHEN KONTROLLMÖGLICHKEITEN	296
ABBILDUNG 42: OPERATIONALISIERUNG VON TAK	307
ABBILDUNG 43: KOSTENFUNKTION VON TAK	353
ABBILDUNG 44: INDIVIDUALABHÄNGIGE KOSTENFUNKTION VON TAK.....	354
ABBILDUNG 45: ZUSAMMENHANG DER EINFLUSSFAKTOREN.....	369
ABBILDUNG 46: KONTINUUM DER TRANSAKTIONSEIGENSCHAFTEN	370
ABBILDUNG 47: CHARAKTERISTIKA ORGANISATORISCHER ALTERNATIVEN	379
ABBILDUNG 48: KOSTENVORTEILE VERTRAGSARZT-MVZ GEGENÜBER ANGESTELLTEN-MVZ.....	381
ABBILDUNG 49: DIE WAHL DER EFFIZIENTEN ORGANISATIONSFORM	385

Tabellenverzeichnis

<u>Tabelle</u>	<u>Titel</u>	<u>Seite</u>
TABELLE 1:	GEGENÜBERSTELLUNG GM - FM	62
TABELLE 2:	MERKMALE VON FM UND ERFOLGSFAKTOREN	64
TABELLE 3:	HORIZONTALE MARKETINGKOOPERATIONEN IM GESUNDHEITSSEKTOR.....	77
TABELLE 4:	MÖGLICHKEITEN DES RECHNUNGSWESENS UND DES CONTROLLINGS IN KOOPERATIONEN	101
TABELLE 5:	VERGLEICH VON EINLINIENSYSTEM UND MEHRLINIENSYSTEM	182
TABELLE 6:	INFORMATIONSQUELLEN ZUR MARKT- UND WETTBEWERBSANALYSE IN DER AMBULANTEN MEDIZINISCHEN VERSORGUNG	191
TABELLE 7:	VERSORGUNGSANALYSE	194
TABELLE 8:	ZULÄSSIGE VERSUS BERUFSSWIDRIGE WERBUNG	202
TABELLE 9:	INVESTITIONSPLANUNG.....	208
TABELLE 10:	PERSONALKOSTEN.....	211
TABELLE 11:	GEWERBESTEUERMESSZAHLEN.....	220
TABELLE 12:	STEUERLICHER VERGLEICH VON PERSONEN- UND KAPITALGESELLSCHAFT.....	222
TABELLE 13:	KALKULATION DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERGÜTUNG.....	227
TABELLE 14:	ZUORDNUNG DER TÄTIGKEITEN ZU MITARBEITERN	356

I. Einführung

I.1 Problemstellung und Zielsetzung

Kooperationen in unterschiedlichsten Ausprägungsformen gehören seit jeher in den allgemeinen betriebswirtschaftlichen Alltag. In der ambulanten medizinischen Versorgung agierten niedergelassene Ärzte bisher jedoch vornehmlich in „stand alone“ - Praxen. Seit geraumer Zeit wird die Forderung nach einer stärkeren Kooperation im Bereich der niedergelassenen Ärzte bzw. deren Verzahnung mit dem stationären sowie dem prä- und poststationärem Bereich lauter. Die Forderung nach einer sektorübergreifenden, integrierten Versorgung und der ökonomische Leidensdruck der Ärzte und Krankenkassen sind hier zwei treibende Faktoren. Von Seiten der Politik werden ebenfalls verstärkt Anreize zur Kooperation geschaffen.¹

Nachdem diverse Gesetze und Rechtsverordnungen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen² zur Anwendung kamen, versuchte der Gesetzgeber in jüngster Vergangenheit, notwendige strukturelle Änderungen im Gesundheitssektor zu forcieren.³ Hierzu zählt auch die bis dahin wenig praktizierte Kooperation ambulanter (und ggf. stationärer) medizinischer Leistungserbringer. Die zunehmende Liberalisierung im Gesundheitswe-

¹ Dies geschieht z.B. durch die Umverteilung finanzieller Mittel (z.B. die Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung i.H.v. 1 Prozent der Gesamtvergütung). Vgl. **SGB V** §140d

² Die Intention der diversen Gesetze wird teilweise bereits im Namen deutlich. Vgl. Krankenhausversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) vom 27.06.1977; Kostendämpfungsergänzungsgesetz (KVEG) vom 22.12.1981; Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz (KHKDG) vom 22.12.1981; Haushaltsbegleitgesetz (HHBG) vom 20.12.1982; Krankenhaus-Neuordnungsgesetz (KHNG) vom 20.12.1984; Gesundheitsreformgesetz (GRG) vom 08.12.1988; Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 09.12.1992; 1. Neuordnungsgesetz (1. GKV-NOG) vom 01.07.1997; 2. Neuordnungsgesetz (2. GKV-NOG) vom 01.07.1997; GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG) vom 01.01.1999; Gesetz zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (AABG) vom 15.02.2002; Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG) vom 23.12.2002; Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG) vom 15.02.2006

³ Vgl. GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 15.11.2003; Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) vom 22.12.2006 ; GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 16.02.2007

sen lockert den rechtlichen Rahmen und sorgt für erweiterte Entscheidungs- und Handlungsspielräume für Patienten, Leistungserbringer und Kostenträger auf der Mikro- und Mesoebene.⁴ Es werden – anders als bisher – nicht mehr nur die gemeinsame Nutzung von Geräten und Räumen, sondern weit darüber hinausgehende Formen der Zusammenarbeit in Erwägung gezogen, zumal der Gesetzgeber neue Gestaltungsmöglichkeiten geschaffen hat.⁵

Eine dieser Gestaltungsmöglichkeiten ist das Konzept der so genannten „Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)“ auf Grundlage des §95 SGB V, welche teilweise auch unter den Bezeichnungen „Facharztzentrum“ oder „Gesundheitszentrum“ firmieren. MVZ in ihrer gegenwärtigen Form sind erst seit dem 01. Januar 2004 zulässig.⁶ In entsprechend geringer Anzahl existieren bisher betriebswirtschaftliche Untersuchungen zur organisatorischen Ausgestaltung von MVZ. Zum Schließen dieser Forschungslücke soll diese Arbeit einen Beitrag leisten. Sie beschäftigt sich mit MVZ als fachübergreifende Kooperationsform zwischen unterschiedlichen medizinischen und nichtmedizinischen Leistungserbringern. Sie soll Potenziale und Risiken der Medizinischen Versorgungszentren unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten aufdecken. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt dabei auf der Analyse und Bewertung der ablaufenden Transaktionen und der damit verbundenen Transaktionskosten. Aus dieser Analyse sollen als Ergebnis der Arbeit Handlungsempfehlungen zur transaktionskostenoptimalen organisatorischen Ausgestaltung von MVZ abgeleitet werden können. Hierbei sollen Ansätze zur Ermittlung der relativen Höhe der Transaktionskosten in MVZ entwickelt sowie Möglichkeiten zur Reduktion dersel-

⁴ Vgl. **Braun / Schulz-Nieswandt** (2006), S. 9f.

⁵ So wurde z.B. durch das GMG grundsätzlich jede Rechtsform für medizinische Versorgungszentren als zulässig bewertet. Vgl. **SGB V** §95, Vgl. weiterhin die Regelungen des **SGB V** zu Wahlтарифen nach §53; zu Modellvorhaben nach §§63ff.; zu Strukturverträgen nach §73a; zu Hausarztzentrierten Versorgung nach §73b; zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach §73c; zum ambulanten Operieren nach §115b, zu strukturierten Behandlungsprogrammen nach §137f; zur Integrierten Versorgung nach §§140a-d;

⁶ Sie fanden erstmals mit dem GMG, welches zum 01.01.2004 in Kraft trat, Erwähnung in der Gesetzgebung. Vgl. **SGB V** §95

ben aufgezeigt werden. Die Untersuchung soll somit wissenschaftlich fundierte Aussagen zu einer transaktionskostenoptimierenden organisatorischen Ausgestaltung von MVZ ermöglichen.

I.2 Aufbau der Untersuchung

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in sieben Kapitel.

Nach einer kurzen Einführung in das Thema und die Zielsetzung der Arbeit werden in einem zweiten Teil grundlegende Themen der Kooperation in der ambulanten Leistungserbringung behandelt. Ausgehend von der Positionierung niedergelassener Ärzte im Gesundheitssystem und dem Wandel dieser Position in der jüngeren Vergangenheit sollen die Beweggründe für das Eingehen einer Kooperation näher beleuchtet werden. Hierbei stehen insbesondere die relevanten Anspruchsgruppen und Erfolgsfaktoren sowie die erwarteten Synergieeffekte im Fokus der Analyse. In einem weiteren Schritt betrachtet die Arbeit die verschiedenen Dimensionen der Kooperation bezogen auf ihre positiven, aber auch auf ihre negativen synergetischen Effekte. Diese werden herausgestellt und differenziert betrachtet.

Aufbauend auf diesen Grundlagen wird anschließend die innovative Kooperationsform des Medizinischen Versorgungszentrums analysiert, wobei insbesondere die rechtlichen Rahmenbedingungen und die Motivation der beteiligten Leistungserbringer herausgestellt werden. Ein empirischer Teil gibt Aufschluss über die Entwicklung der MVZ seit 2004. Hier wird ein Überblick über Anzahl, Zusammensetzung, Trägerschaft und räumliche Dislozierung einschließlich der Entwicklungstendenzen gegeben.

Im Kapitel IV wird in die Grundlagen der Transaktionskostenökonomie eingeführt, um grundsätzliche Problemfelder und Lösungsmöglichkeiten bei der Analyse von Transaktionen und Transaktionskosten herauszuarbeiten.

Die Kapitel II bis IV bilden damit die Grundlage für die folgenden Teile der Arbeit in den Kapiteln V und VI.

Im Kapitel V werden die in einem MVZ zu tätigen Transaktionen nach ihren Transaktionseigenschaften charakterisiert und klassifiziert. Hierbei werden sowohl die Sachgüter und Dienstleistungen betrachtet, bei denen das MVZ als Nachfrager am Markt auftritt, als auch die angebotenen Leistungen. Es wird dabei auf die Besonderheiten beim Angebot medizinischer Leistungen⁷ ein besonderer Schwerpunkt gelegt.

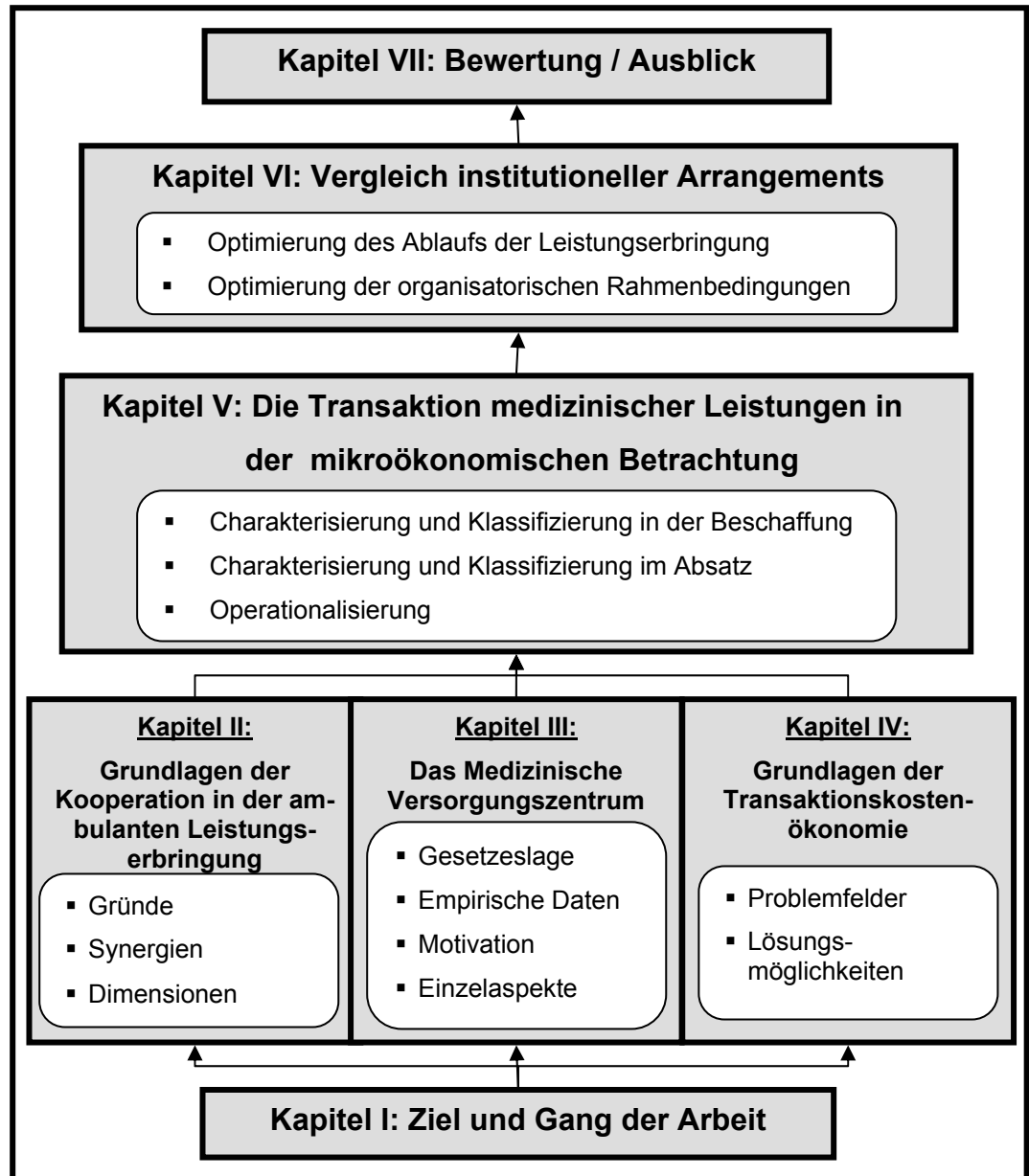
Auf der Grundlage dieser Charakterisierung und Klassifizierung werden im darauf folgenden Kapitel organisatorische Gestaltungsalternativen im Fokus der Transaktionskosten analysiert. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf der transaktionskostenminimalen Wahl des Beschäftigungsverhältnisses der Ärzte im MVZ.

Abschließend wird die Arbeit mit Blick auf die Praxisrelevanz einer transaktionskostentheoretischen Analyse Medizinischer Versorgungszentren kritisch hinterfragt und versucht, eine Prognose über die weitere Entwicklung von Kooperation dieser Art im Gesundheitswesen zu geben.

Der Zusammenhang der verschiedenen Kapitel wird in der folgenden Abbildung verdeutlicht.

⁷ Hierbei handelt es sich vor allem um juristische und ethische Besonderheiten im Vergleich zu nichtmedizinischen Gütern und Dienstleistungen.

Abbildung 1: Aufbau der Untersuchung



Quelle: Eigene Darstellung

II. Grundlagen der Kooperation in der ambulanten Leistungserbringung

Der Begriff der Kooperation wird in der Literatur sehr unterschiedlich verwandt und definiert.⁸ Weder in der Literatur noch in der Wirtschaftspraxis hat sich bisher ein einheitlicher Kooperationsbegriff herausbilden können.⁹ Er ist trotz oder gerade wegen seiner großen Verbreitung unscharf und schillernd geblieben.¹⁰ Trotz unterschiedlicher Definitionen und Begrifflichkeiten¹¹ für das Phänomen der Kooperation finden sich in der deutschsprachigen Literatur drei wiederkehrende konstituierende Merkmale von Kooperationen:

- eine zumindest teilweise rechtliche und wirtschaftliche Selbständigkeit der Kooperationspartner¹²,
- ein koordiniertes, d.h. aufeinander abgestimmtes Verhalten der Kooperationspartner¹³ und
- ein höherer Grad der Zielerreichung als bei individueller Tätigkeit, d.h. die Realisierung von Synergiepotenzial.¹⁴

Nach der Ausrichtung an der Wertschöpfungskette lassen sich ebenfalls drei verschiedene Kooperationsbeziehungen unterscheiden:

⁸ Rüdiger führt dies vor Allem auf die Heterogenität der Ausprägungen von Kooperationen in der Praxis zurück. Vgl. **Rüdiger** (1998), S. 26

⁹ Vgl. **ebenda**

¹⁰ Vgl. **Schubert / Küting** (1981), S. 118; **Belzer** (1991), S. 29

¹¹ Einen Überblick über verschiedene Synonyme zum Kooperationsbegriff geben Friese, Balling und Hamm. Vgl. **Friese** (1998), S. 59f.; **Balling** (1998), S. 13; **Hamm** (2002), S. 7

¹² Zumindest zu Beginn der Kooperation muss diese vorhanden sein. Im Verlauf der Kooperation kann sich dies ändern. Ist dieses Mindestmaß an Selbständigkeit nicht gegeben, handelt es sich nicht mehr um eine freiwillige Kooperation, sondern um eine abhängige Geschäftsbeziehung. Die Übergänge sind hierbei fließend und nicht trennscharf abzugrenzen. Vgl. **Picot / Dietl / Franck** (2002), S. 123; **Beck** (1994), S. 44

¹³ Die damit einhergehende Einschränkung der individuellen Entscheidungsfreiheit nehmen die Kooperationspartner unter der Annahme in Kauf, dass der Kooperationsnutzen höher ausfällt als die Kosten durch die Autonomieeinschränkung. Vgl. **Kutschker** (1994), S. 124; **Pausenberger** (1989), S. 623; **Boettcher** (1974), S. 42

¹⁴ Vgl. **Rupprecht-Däullary** (1994), S. 18; **Straube** (1972), S. 3; **Bidlingmaier** (1967), S. 353

- horizontale Kooperationen zwischen Partnern derselben Wertschöpfungsstufe unterschiedlicher Branchen,
- vertikale (integrierte)¹⁵ Kooperationen zwischen Partnern einer Branche entlang der Wertschöpfungskette und
- laterale Kooperationen zwischen Partnern verschiedener Branchen und entlang der Wertschöpfungskette.¹⁶

Insgesamt betrachtet existiert ein Kontinuum an möglichen Kooperationsformen, die sich zwischen den Extremen des völligen Erhalts der rechtlichen und wirtschaftlichen Selbständigkeit (Nullkooperation) und der vollständigen Aufgabe der rechtlichen und wirtschaftlichen Selbständigkeit (Fusion) befinden.¹⁷

II.1 Gründe für das Eingehen einer Kooperation

Der Gesundheitsmarkt ist in der Bundesrepublik Deutschland ein regulierter Markt¹⁸, dessen Regularien mit den jüngsten Reformen¹⁹ zwar gelockert, aber nicht aufgehoben wurden. Eine vollständige Deregulierung hin zu einem freien Gesundheitsmarkt nach dem Vorbild der USA ist in Deutschland politisch und gesellschaftlich unerwünscht und daher in naher Zukunft nicht zu erwarten.²⁰

Was kann einzeln tätige, niedergelassene Ärzte dazu bewegen, sich in diesem regulierten Markt neu zu orientieren und Kooperationen einzuge-

¹⁵ Vgl. **Braun / Güssow** (2006), S. 71

¹⁶ Vgl. **Stölzle** (1999), S. 150f.; **Picot / Dietl / Franck** (2002), S. 126; **Reiß** (1992), S. 122; **Braun / Güssow** (2006), S. 71

¹⁷ Beide Extreme stellen keine Kooperationsformen im engeren Sinne dar und dienen somit lediglich als Referenzpunkte zur Einordnung von Kooperationen. Vgl. **Braun / Güssow** (2006), S. 69 Die Konzernbildung (rechtlich selbständige, wirtschaftlich abhängige Gesellschaften) wird hierbei z.T. als dritte extreme Kooperationsform angeführt.

¹⁸ Vgl. **Güssow** (2007), S. 85

¹⁹ Vgl. GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 15.11.2003; Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) vom 22.12.2006; GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 16.02.2007

²⁰ Vgl. **Braun** (2005), S. 3

hen? Soll dieser Frage auf den Grund gegangen werden, ist es notwendig, zunächst die verschiedenen Anspruchsgruppen niedergelassener Ärzte genauer zu analysieren. Ihre Wünsche und Forderungen sind letztlich – unmittelbar oder mittelbar – maßgeblich für alle Entscheidungen des Arztes. Aus den Ansprüchen der verschiedenen Gruppen lassen sich Erfolgsfaktoren²¹ ableiten, die es für medizinische Leistungserbringer zu realisieren gilt. Im Folgenden sollen mögliche Ansprüche und Erfolgsfaktoren sowie deren Einfluss auf potenzielle Kooperationsentscheidungen von Ärzten näher beleuchtet werden.

II.1.1 Anspruchsgruppen niedergelassener Ärzte

Am Anfang der Überlegungen zu einer strategischen Neuorientierung sollte jeweils die Frage nach den relevanten Anspruchsgruppen gestellt werden. Geschieht dies nicht und folgt die strategische Ausrichtung – im ungünstigsten Fall – nicht den Bedürfnissen der Anspruchsgruppen, so bedeutet dies den wirtschaftlichen Exitus für jedes Unternehmen. Dies gilt auch und vor allem für niedergelassene Ärzte als Dienstleister.²²

Fehler bei der Analyse und Bewertung der Anspruchsgruppen werden meist erst (zu) spät erkannt und können aufgrund des Imageverlustes nur mit erheblichem finanziellem und zeitlichem Aufwand behoben werden. Dieser Aufwand kann sehr rasch die Ressourcen eines einzelnen, niedergelassenen Arztes übersteigen. Es muss also gründlich evaluiert werden, wer welche Ansprüche an den Arzt stellt und wer welchen Beitrag zu seinem Praxiserfolg leistet.

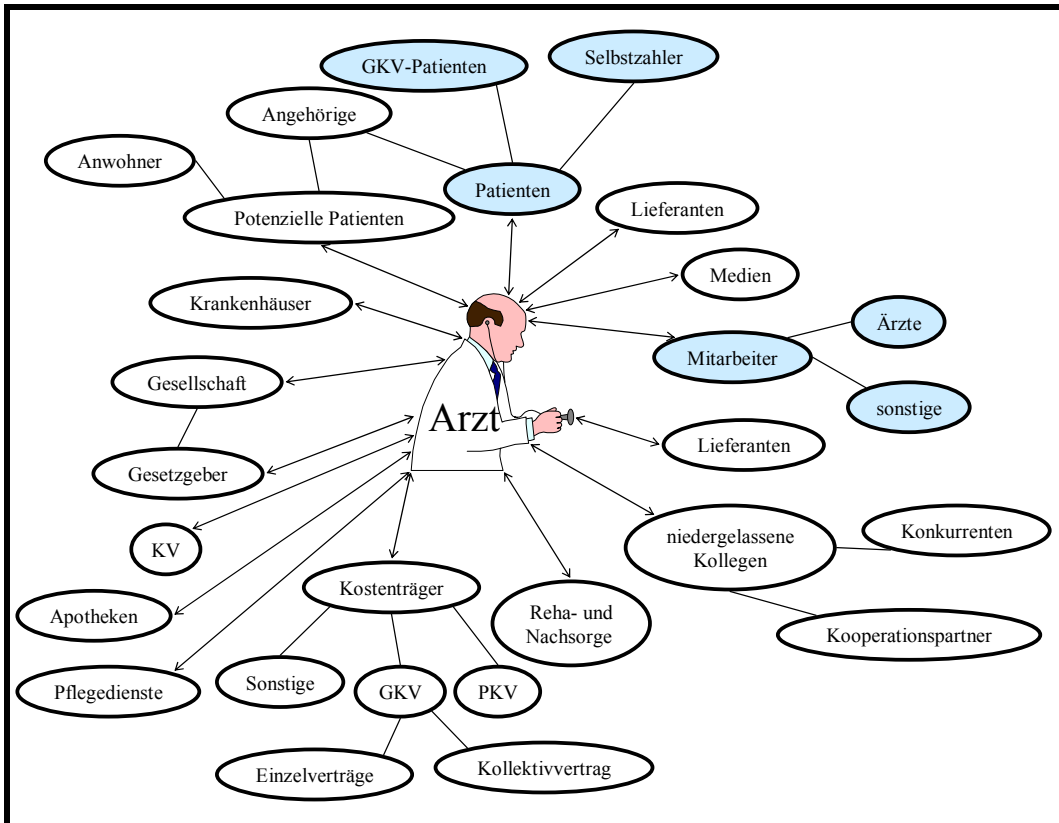
Die Ansprüche der verschiedenen Gruppen an den Arzt sind von unterschiedlicher Art. Sie können in komplementärer, indifferenter oder konkurrierender Beziehung zueinander stehen. Letzteres zwingt den Arzt zu ei-

²¹ Zum Begriff des Erfolgsfaktors vgl. Kapitel II.1.2 i.V.m **Seibert** (1987), S. 10; **Leidecker / Bruno** (1984), S. 24f.

²² Vgl. **Armbruster et al.** (2006), S. 51f.

nem Ranking der Ansprüche und damit auch der dazugehörigen Gruppen. Die folgende Abbildung verdeutlicht die Komplexität dieser anzustellenden Überlegungen. Die beiden aus Sicht des Autors bedeutendsten Anspruchsgruppen werden im Folgenden näher erläutert.

Abbildung 2: Anspruchsgruppen des niedergelassenen Arztes



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an **Braun** (1999), S. 9

Die gemessen an ihrem Beitrag zum wirtschaftlichen Praxiserfolg wichtigsten Anspruchsgruppen, auf die der Arzt unmittelbar einwirken kann, sind

- die Patienten und
- die Mitarbeiter.²³

²³ Osterhold und Richter drücken dies als zirkulären Zusammenhang zwischen wirtschaftlichem Erfolg, Kundenorientierung und Mitarbeiterorientierung aus. Vgl. **Osterhold** (1996), S. 36; **Richter** (1999), S. 423

II.1.1.1 Patienten

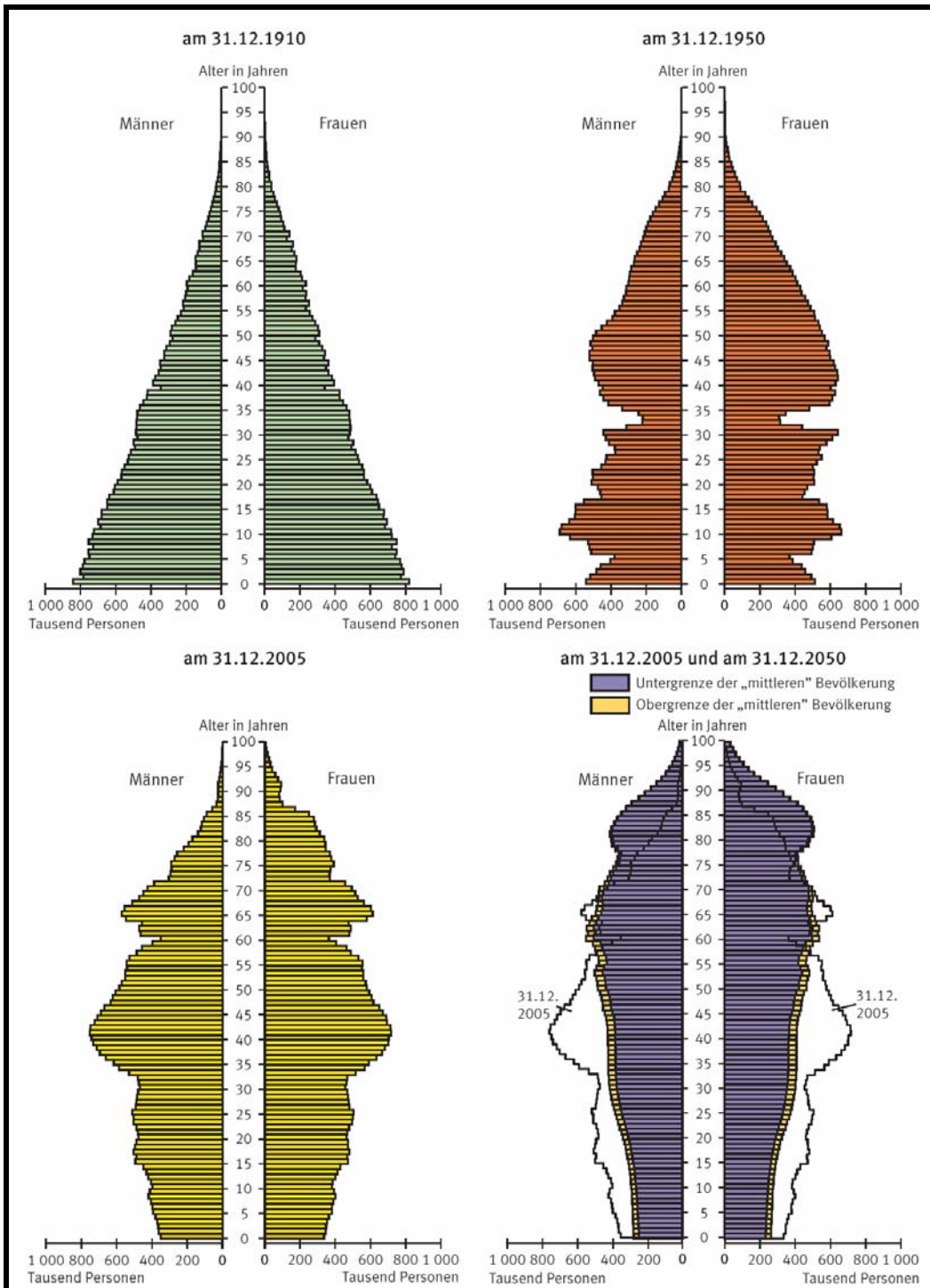
Die Patienten bilden die Grundlage für die Tätigkeit jedes Arztes und können zweifelsfrei als die wichtigste Anspruchsgruppe bezeichnet werden. Das gesamte Denken und Handeln ist am Patienten auszurichten.²⁴ Dies ist allerdings kein neuer Aspekt und kann somit nicht der Grund für einen Strategiewechsel des niedergelassenen Arztes sein.

Dieser Grund ist vielmehr in der veränderten Patientenstruktur zu suchen. Insbesondere die demografische Entwicklung ist hier zu betrachten.²⁵ Die Alterspyramide kehrt sich um - die Patienten werden immer älter und leiden im hohen Alter häufig an mehreren und/oder chronischen Krankheiten.

²⁴ Vgl. **Richter** (1999), S. 424

²⁵ Vgl. **Statistisches Bundesamt** (2006)

Abbildung 3: Alterspyramiden in Deutschland



Quelle: Statistisches Bundesamt (2006), S. 16

Für den Arzt bedeutet dies, dass er eine kontinuierliche, langfristige Betreuung zunehmend multimorbider Patienten auf hohem medizinischem Niveau sicherzustellen hat. Unterstützt wird er dabei durch den steten

Fortschritt in der Medizintechnik. Kritisch wird die Situation des Arztes, wenn er nicht über die finanziellen Mittel verfügt, um sich mit Geräten auf hohem technischem Niveau auszustatten. Häufig erreichen niedergelassene Ärzte nicht die kritische Betriebsgröße, damit sich diverse Investitionen in teure medizinische Gerätschaften amortisieren. An diesem Ausgangspunkt ist eine mögliche Problemlösungsalternative für den Arzt das Eingehen einer Kooperation, um eben diese kritische Betriebsgröße (gemeinsam) zu erreichen. Durch Kooperation kann mit demselben Mitteleinsatz ein höherer Grad der Zielerreichung realisiert werden als bei individueller Tätigkeit.²⁶ Nicht nur die veränderte Alters- und Morbiditätsstruktur sind patientenbedingte Faktoren, die es zu berücksichtigen gilt – ein nicht zu vernachlässigender Aspekt ist die zunehmende Mündigkeit der Patienten, welche die Ärzte zu einer konsequenten Ausrichtung an deren Ansprüche zwingt.²⁷

Den hier geschilderten Veränderungen der Patientenstruktur kann sich kein niedergelassener Arzt verschließen – seine einzige Chance besteht darin, seine Tätigkeit den Veränderungen anzupassen.

²⁶ Vgl. **Rupprecht-Däullary** (1994), S. 18; **Straube** (1972), S. 3; **Bidlingmaier** (1967), S. 353

²⁷ Vgl. **Braun / Uhl** (2001)

II.1.1.2 Mitarbeiter

Die Mitarbeiter sind neben den Patienten die einzige Anspruchsgruppe, zu der der Arzt täglich und persönlich Kontakt hat. Sie sind es, die meist den ersten Kontakt zwischen Patient und Praxis herstellen, auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten eingehen und denen somit eine besondere Verantwortung zukommt.²⁸ Aufgabe des Arztes bzw. des Unternehmens ist es, die Arbeitsbedingungen so attraktiv zu gestalten, dass die Mitarbeiter sich wohlfühlen, Freiheiten und Sicherheit²⁹ genießen und ihre Leistungen wahrgenommen und gewürdigt sehen. Diese Rahmenbedingungen sind die Voraussetzung, damit sich Mitarbeiter mit der Praxis oder dem Unternehmen identifizieren und motiviert maximale Leistung erbringen. Die Einsatzmöglichkeiten in einer traditionellen Einzelpraxis sind relativ begrenzt, eine Karriereplanung ist kaum möglich. Extrinsische Anreize kann der Arzt lediglich monetär setzen. Für die Einzelpraxis spricht hierbei allerdings die „Teamgröße“. Ein überschaubares kleines Praxisteam erleichtert die Identifikation mit der Praxis, eingebrachte Veränderungen werden deutlicher wahrgenommen und es herrscht meist ein familiäres Betriebsklima. Kooperationen bieten den Mitarbeitern hingegen Möglichkeiten des Aufstiegs, z.B. durch die Übernahme von mehr Verantwortung. Personalengpässe sind leichter zu kompensieren, Überbestand ist sozialverträglicher abbaubar und die Einsatzmöglichkeiten sind vielfältiger als in einer Einzelpraxis.³⁰ Anzustreben ist die Nutzung dieser Vorteile unter Beibehaltung des familiären Praxisklimas. Die Bewältigung dieses Spagats zwischen Identifikation mit dem Gesamtunternehmen und familiärem Praxisklima ist eine wichtige Führungsaufgabe in der Kooperation.

²⁸ Richter beschreibt Personal im Gesundheitswesen als Mitarbeiter, die positive Leistungen erbringen wollen, also ex ante intrinsisch motiviert sind. Vgl. **Richter** (1999), S. 435

²⁹ Sicherheit ist hier im Sinne von Arbeitsplatzsicherheit zu verstehen.

³⁰ Vgl. **Schenk** (2006), S. 75ff.

II.1.2 Ziele und Erfolgsfaktoren einer Kooperation

Allgemeingültige Ziele bzw. angestrebte Vorteile aus Kooperationen liegen in:

- der Einsparung von Produktions- und Transaktionskosten,³¹
- der Risikominimierung bzw. Vorteilssicherung,³²
- der Überwindung von Know-how und Kapazitätsgrenzen (auch Know-how-Transfer)³³ und
- sonstigen nichtökonomischen Ziele.

Grundlage für die Realisierung dieser Ziele und somit indirekt zur Steigerung des Unternehmenserfolges ist eine fundierte Kenntnis der Bestimmungsgrößen dieses Erfolges. Für diese Bestimmungsgrößen werden in der Literatur verschiedene, synonym gebrauchte Begriffe verwandt. Dies sind u.a. Erfolgspositionen³⁴, Erfolgsdeterminanten³⁵, Einflussfaktoren³⁶, Wettbewerbsfaktoren³⁷, Erfolgskomponenten³⁸ oder strategic factors bzw. strategische Faktoren³⁹.

In dieser Arbeit wird der Begriff der Erfolgsfaktoren verwandt. Sind Erfolgsfaktoren noch nicht realisiert, so wird von Erfolgspotenzialen gesprochen. Erfolgsfaktoren sind im Wesentlichen dadurch gekennzeichnet, dass sie den Unternehmenserfolg positiv beeinflussen. Sie lassen sich dabei in

- generelle Erfolgsfaktoren,

³¹ Dies wird durch Kostenvorteile aufgrund von Economies of scale und Economies of scope (Vgl. **Braun** (1995), S. 199) und durch Lernkurveneffekte (Vgl. **Schneider** (1987), S. 293) realisiert. Vgl. hierzu auch Kapitel II.2

³² Das Ziel der Risikominimierung wird umso wichtiger, je größer die Umweltunsicherheiten sind. Vgl. **Hamm** (2002), S. 10; zur Vorteilssicherung vgl. **Börsig / Baumgarten** (1997), S. 479, 482; **Staudt et al.** (1992), S. 127

³³ Vgl. Kapitel II.2.4

³⁴ Vgl. **Pümpin** (1983), S. 7 und S. 32-34

³⁵ Vgl. **Reutner** (1987), S. 747

³⁶ Vgl. **Dunst** (1989), Sp.1893

³⁷ Vgl. **Gabele / Moraw** (1991), S. 1008f.

³⁸ Vgl. **Krüger** (1988), S. 35

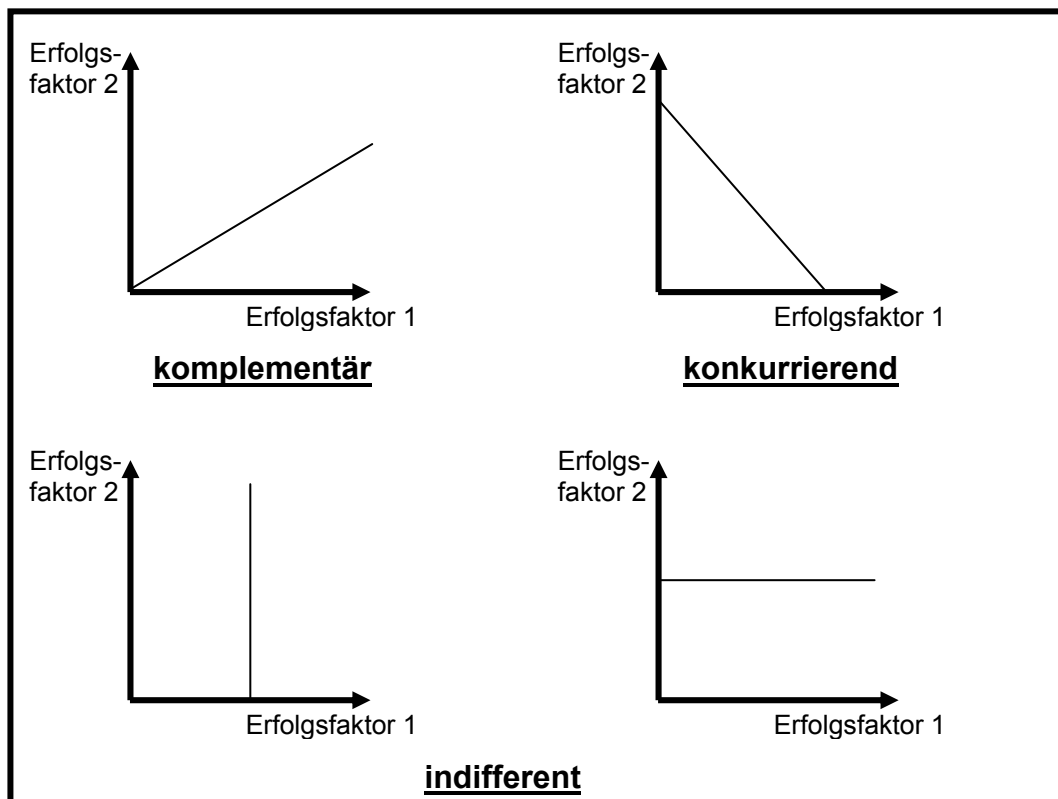
³⁹ Vgl. **Steiner** (1969), S. 1ff.; **Kreikebaum / Grimm** (1983), S. 7

- branchenspezifische Erfolgsfaktoren,
- Erfolgsfaktoren spezifischer strategischer Gruppen innerhalb einer Branche,
- unternehmensspezifische Erfolgsfaktoren und
- geschäftsfeldspezifische Erfolgsfaktoren

unterscheiden.⁴⁰

Erfolgsfaktoren können durch vielfältige Wirkungsinteraktionen untereinander gekennzeichnet sein. Dies sind beispielsweise komplementäre oder konkurrierende Abhängigkeiten bzw. Interdependenzen.

Abbildung 4: Wirkungsinteraktionen von Erfolgsfaktoren



Quelle: Eigene Darstellung

Aus der Vielzahl der Erfolgsfaktoren und deren möglichen Beziehungen zueinander wird deutlich, dass Unternehmen eine Selektion vornehmen

⁴⁰ Vgl. Seibert (1987), S. 10; Leidecker / Bruno (1984), S. 24f.

müssen bzw. eine Rangreihenfolge festlegen müssen. Aus diesen Überlegungen und den Ansprüchen der o.g. Gruppen⁴¹ lassen sich diejenigen Erfolgsfaktoren ableiten, welche es für niedergelassene Ärzte zu realisieren gilt, um langfristig auf dem Gesundheitsmarkt bestehen zu können. Der Nutzen aus der Realisierung der Erfolgsfaktoren muss sich sowohl beim Arzt als auch bei seinen Kooperationspartnern auswirken, damit die Kooperation dauerhaft Bestand haben kann. Es muss eine „win-win-Situation“ aus der Kooperation entstehen.⁴² Diese Erfolgsfaktoren lassen sich im Wesentlichen unter drei Schlagworten zusammenfassen:

- Kunden- bzw. Patientenorientierung,
- Optimierung der Leistungserbringung und
- Generierung von Synergieeffekten.

II.1.2.1 Erfolgsfaktor Kunden- bzw. Patientenorientierung

Wird das unternehmerische Ziel der Erhöhung der Wettbewerbsfähigkeit vor dem Hintergrund zunehmend dynamischer Märkte betrachtet, so wird deutlich, dass der Erfolgsfaktor Kundenorientierung eine ständig an Bedeutung gewinnende Rolle spielt.⁴³

Problematisch für ein kundenorientiertes Management ist hierbei die Messung und Bewertung der Kundenorientierung. Hierzu wird vorwiegend die Messgröße Kundenzufriedenheit herangezogen, welche mit dem Disconfirmations-Modell⁴⁴ erklärt wird. Diese vordergründig klar umrissene Messgröße entpuppt sich bei näherer Betrachtung ebenfalls als schwer abgrenzbar und messbar:

⁴¹ Vgl. Kapitel II.1.1

⁴² Zum Schaffen einer „win-win-Situation“ im Kooperationsmanagement vgl. **Börsig / Baumgarten** (1997), S. 480

⁴³ Im Idealfall führt eine konsequente Kundenorientierung zu hoher Kundenzufriedenheit, welche als entscheidender Faktor für das Erreichen komparativer Wettbewerbsvorteile gilt. Vgl. **Braun / Gröbner** (2004), S. 5

⁴⁴ Nach dem Disconfirmations-Modell resultiert die individuelle Kundenzufriedenheit aus einem ständigen Soll-Ist-Vergleich der Kundenerwartung und der erlebten Kundenerfahrung. Die Kundenzufriedenheit entsteht somit als emotionale Reaktion bei der Bestätigung positiver Erwartungen oder der Nichtbestätigung negativer Erwartungen. Kundenunzufriedenheit entsteht aus der Nichtbestätigung positiver Erwartungen. Vgl. **Homburg / Rudolph** (1997), S. 35, **Braun / Gröbner** (2004), S. 5f.

„Everyone knows what satisfaction is, until asked to give a definition. Then it seems, nobody knows.“⁴⁵

Für diese Arbeit wird die Kundenorientierung, gemessen an der Kundenzufriedenheit, nicht nur als funktionale Teilpolitik innerhalb einer Abteilung, sondern als ganzheitliche, qualitätsbasierte unternehmerische Führungsaufgabe definiert werden.

Für den Gesundheitssektor werden die Kunden als Patienten bezeichnet – die Kundenzufriedenheit dementsprechend als Patientenzufriedenheit.⁴⁶ Im konkreten Fall eines niedergelassenen Arztes oder eines MVZ bedeutet dies, dass alle Leistungen und Prozesse unmittelbar auf die Bedürfnisse des Patienten ausgerichtet werden müssen.⁴⁷ Diese Bedürfnisse stimmen selten exakt mit dem Angebot eines einzelnen niedergelassenen Arztes überein. Häufig erwartet der Patient ein komplexes Angebot, um sich daraus die für seine Bedürfnisbefriedigung am besten geeigneten Angebote zusammenzustellen.

Allein ist der Arzt meist nicht oder nur in sehr begrenztem Maße in der Lage, dieses Angebot bereitzustellen. Eine Kooperation mit dem Ziel, das Angebot zu komplettieren und Systemlösungen anzubieten, kann also entscheidend zur Erhöhung der Kundenzufriedenheit und damit zur Steigerung des Praxis- bzw. Unternehmenserfolges beitragen.⁴⁸ Hierbei ist es aus ökonomischer Sicht, soweit keine medizinischen Hinderungsgründe vorliegen, völlig unerheblich, ob der Arzt die Anpassung seiner angebotenen Leistungen an die Wünsche der Patienten anstrebt, denn

⁴⁵ **Fehr / Russel** (1984), S. 464

⁴⁶ Vgl. zum Begriff der Patientenzufriedenheit ausführlich **Linder / Pelz** (1982) sowie **Nickel** (2005) S. 43ff.

⁴⁷ Vgl. **Armbruster et al.** (2006), S. 52

⁴⁸ Die Anforderungen, schnell und flexibel auf Marktsituationen, insbesondere Patientenbedürfnisse zu reagieren, sind in jüngster Vergangenheit deutlich gestiegen. Nur mit einer Ausrichtung auf diese Anforderungen kann die Kooperation langfristig erfolgreich sein. Vgl. **Künzel** (2002), S. 24

„In business, there is only one definition of quality – the customer’s definition. With the fierce competition of the international market, quality means survival“⁴⁹

Diese vom Patienten sehr subjektiv wahrgenommene Prozess- und Ergebnisqualität ist es letztendlich, die gemessen an den Erwartungen die Kundenzufriedenheit definiert.⁵⁰

Die bisher geschilderten Merkmale sind kaum bzw. nur sehr vage vergleichbar und messbar. Zur Messung der Patientenzufriedenheit können Ärzte oder MVZ auf objektive und auf subjektive Verfahren zurückgreifen. Objektive Verfahren sind indikatorenbezogen und orientieren sich an Marktgrößen, wie Umsatz, Wachstum oder Marktanteil. Diese objektiven Größen unterliegen zwar keiner subjektiven Verzerrung, bilden jedoch nicht zwingend die Patientenzufriedenheit als alleiniges Merkmal ab.⁵¹ Subjektive Messmethoden, die in direkte und indirekte Methoden unterschieden werden können, erfassen individuell ausgeprägte psychologische Sachverhalte.⁵² Indirekte Methoden erfassen die Patientenzufriedenheit über Indikatoren, wie Anzahl der Beschwerden, Befragungen der Mitarbeiter oder Kundentreue. Direkte Methoden ermitteln die Patientenzufriedenheit durch die Auswertung von Patientenbewertungen.⁵³ Zur Überprüfung der Patientenorientierung in einer Praxis werden reliable und valide Daten benötigt. Zur Ermittlung dieser Daten können Indikatoren, wie z.B.

- Anzahl der Beschwerden,
- durchschnittliche Patientenfluktuation,
- Entwicklung der Patientenzahlen oder

⁴⁹ **Bush** (1993)

⁵⁰ Vgl. **Braun / Gröbner** (2004), S. 5f.

⁵¹ Diese Marktdaten resultieren aus der Gesamtheit des Zusammenspiels der Marktkräfte. Hohe Umsatzzahlen können somit ein Indiz für eine hohe Kundenzufriedenheit oder aber auch auf andere Ursachen zurückzuführen sein. Vgl. **Braun / Gröbner** (2004), S. 6

⁵² Vgl. zu subjektiven Methoden ausführlich **Kaiser** (2002), S. 112ff.

⁵³ Für die Befragung der Patienten sollte die Gesamtzufriedenheit unterteilt werden, da sonst nur ein diffuses Stimmungsbild entsteht, das keine konkreten Handlungsempfehlungen zur Steigerung der Patientenzufriedenheit zulässt. Vgl. **Braun / Gröbner** (2004), S. 6f.

➤ Inanspruchnahme von iGeL - Leistungen herangezogen werden.

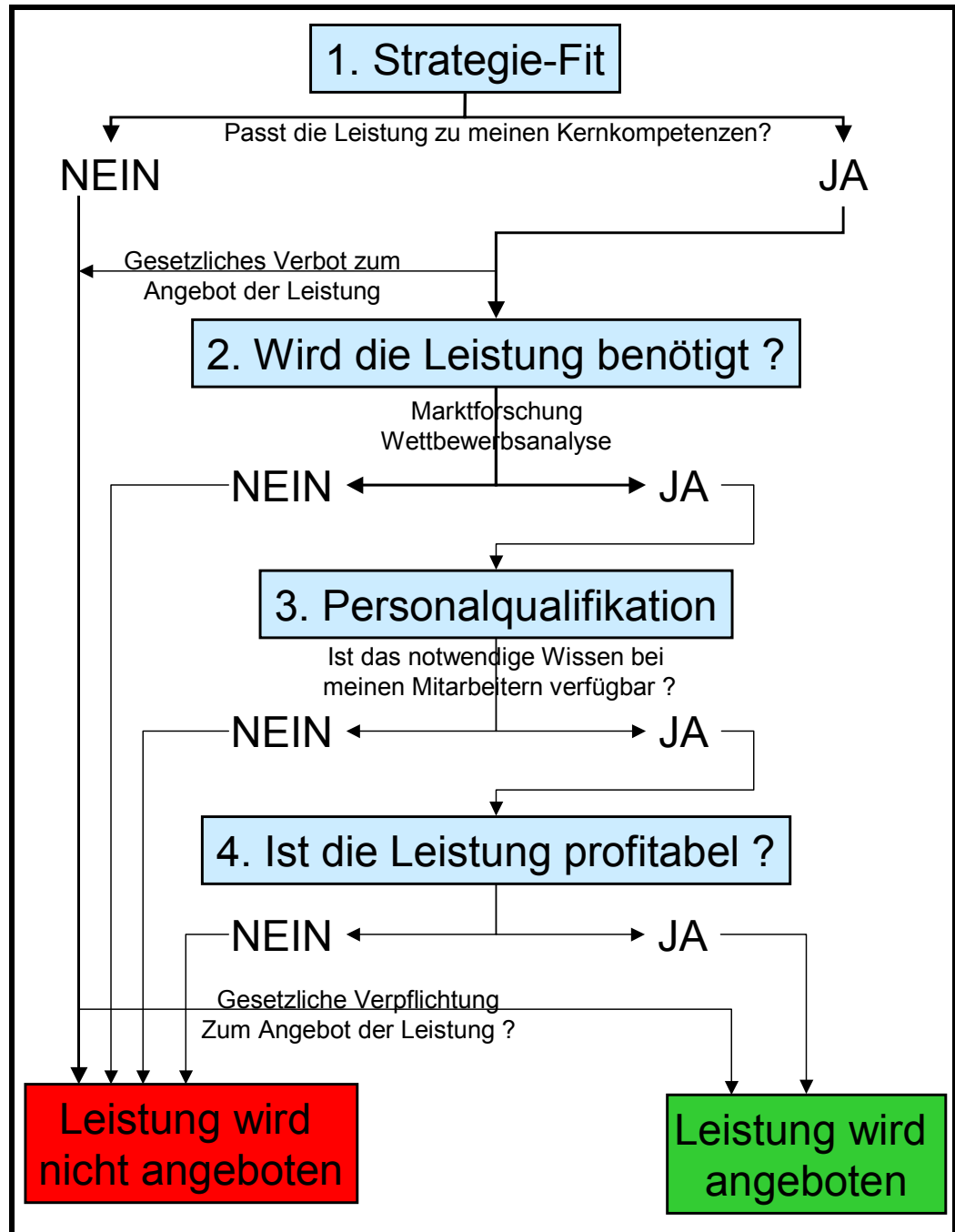
II.1.2.2 Erfolgsfaktor Optimierung der Leistungserbringung

Die Optimierung der Leistungserbringung darf nicht als isoliertes Ziel, sondern muss als integraler Bestandteil der Patientenorientierung betrachtet werden. Der Zielpunkt dieses Erfolgsfaktors, d.h. das Optimum der Leistungserbringung, wird daher ebenfalls vom Patienten als Empfänger der Leistungen definiert.⁵⁴

Zur Definition des zukünftigen Leistungsangebotes muss in einem ersten Schritt das gegenwärtige Leistungsangebot genau analysiert werden. Jede Leistung ist in einem vierstufigen Prozess, gemessen an den Kriterien Strategie-fit, Bedarf, Qualifikation der Mitarbeiter und Wirtschaftlichkeit, auf die Übernahme in das neue (optimierte) Leistungsportfolio zu überprüfen.

⁵⁴ Das Ziel dieses Prozesses ist die innovative Marktführerschaft. Vgl. **Kerres / Lohmann** (1999), S. 31f.

Abbildung 5: Die Selektion des Leistungsangebotes



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Kerres / Lohmann (1999), S.

Zwei Maßnahmen, die im Folgenden erläutert werden, können zur Anwendung gebracht werden, um die Leistungserbringung weiter zu optimieren:

- Einführung einer Zentrumsstruktur und
- Definition von geplanten Behandlungsabläufen.

Die Zentrumsstruktur ist, wie sich bereits aus dem Namen ableiten lässt, ein konstituierendes Merkmal medizinischer Versorgungszentren. Sie wird allerdings nicht allein durch eine enge räumliche Dislozierung geschaffen, sondern vielmehr durch zentrumbasierte organisatorische Strukturen. So muss beispielsweise ein Übergang von einem Fachbereich zu den jeweils anderen Ärzten sowohl räumlich als auch organisatorisch schnell und reibungslos möglich sein. Die dazu notwendigen infrastrukturellen Maßnahmen bilden hierfür die Grundlage.⁵⁵

Geplante Behandlungsabläufe sind spezifische, fachübergreifende und zeitabhängige Pläne, die dazu dienen, Patienten zu behandeln, die eine medizinische Einrichtung mit einer speziellen Diagnose oder einer speziellen medizinischen Fragestellung aufsuchen.⁵⁶ Häufig werden die angelsächsischen Begriffe CareMap, Critical Path, Clinical Pathway oder Anticipated Recovery Path hierfür synonym verwandt.⁵⁷ Behandlungsabläufe sind im stationären Bereich bereits etabliert und geben die Behandlungsschritte wieder, die an bzw. mit einem Patienten mit einer bestimmten Indikation durchgeführt werden müssen. Durch die Standardisierung werden die verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in einen fachübergreifenden Zeitplan gefasst.⁵⁸ Dieser Zeitplan ermöglicht es, dem Patienten ein Gefühl der Sicherheit zu vermitteln, da er jederzeit darüber informiert ist, an welcher Stelle dieses Behandlungsablaufes er

⁵⁵ Fachabteilungen, die von vielen Ärzten in Anspruch genommen werden (z.B. Radiologie), sollten daher zentral gelegen sei.

⁵⁶ Vgl. **Kerres / Lohmann** (1999), S. 32, 83

⁵⁷ Vgl. **ebenda** S. 83

⁵⁸ Vgl. **Schlingensiepen** (2006a), S. 10

sich im Moment befindet.⁵⁹ Geplante Behandlungsabläufe ermöglichen eine gute Vorkalkulation der benötigten Ressourcen, helfen Doppeluntersuchungen zu vermeiden und reduzieren die Aufenthaltsdauer des Patienten in der Einrichtung.⁶⁰

Ca. 40 bis 60 Prozent der Patienten ließen sich auf diesem Wege behandeln. Bei den verbleibenden 40 bis 60 Prozent liegen entweder untypische Voraussetzungen vor oder es ergeben sich im Verlauf der Behandlung Abweichungen, so dass geplante Behandlungsabläufe nicht mehr weiter durchführbar sind.⁶¹

Geplante Behandlungsabläufe können, unterstützt durch IT, die Behandlungsergebnisse und die Behandlungszeit optimieren, wobei die Praxisteams aktiv miteinbezogen werden müssen. Sie leisten somit einen wichtigen Beitrag zur Optimierung der Leistungserbringung der Einrichtung.

II.1.2.3 Erfolgsfaktor Synergieeffekte

Wie bereits dargelegt, korreliert das Potenzial der betrachteten Erfolgsfaktoren in der Regel positiv mit dem Grad der Kooperationsbereitschaft des niedergelassenen Arztes. Das synergetische Potenzial stellt hierbei einen der stärksten Einflussfaktoren dar, welchen es daher detailliert und differenziert zu betrachten gilt.⁶²

Den in einer konventionellen Einzelpraxis tätigen Ärzten soll an dieser Stelle keineswegs die Fähigkeit zur Realisierung dieser Erfolgsfaktoren abgesprochen werden – die Kooperation mit anderen Leistungserbringern eröffnet allen Beteiligten (bei richtiger Planung und Umsetzung) jedoch weitaus umfangreichere Möglichkeiten.

⁵⁹ Er kennt den gesamten Ablauf, er weiß welche Schritte er bereits hinter sich gebracht hat und welche Behandlungen noch vor ihm liegen. Vgl. **Schlingensiepen** (2006a), S. 10

⁶⁰ Im ambulanten Sektor wird auch der Begriff des „Patientenweges“ gebraucht. Vgl. **Schenk** (2006), S. 74f.

⁶¹ Vgl. **Kerres / Lohmann** (1999), S. 86f.

⁶² Vgl. zu dieser ausführlichen Betrachtung Kapitel II.2

Synergieeffekte können naturgemäß⁶³ nur bei der Zusammenfügung mehrerer Teile entstehen. Zur Analyse synergetischer Effekte ist daher eine holistische Betrachtung der Kooperation notwendig.

Die verschiedenen Synergieeffekte werden im folgenden Kapitel näher beschrieben.

II.2 Typische Synergieeffekte durch Kooperation und ihre Realisierung

Ein Wesensmerkmal von Kooperationen ist die Realisierung von Synergien. Die Realisierung erkannter Synergiepotenziale steht meist in direktem Zusammenhang mit der relativen Wettbewerbsposition des Unternehmens.

Der aus dem Griechischen stammende Begriff Synergie beschreibt allgemein die Zusammenarbeit von Individuen.⁶⁴ Der hier verwendete Synergiebegriff lässt sich am einfachsten mit der Definition der Naturwissenschaften umschreiben. Der Chemiker beispielsweise spricht dann von Synergie, wenn beim Zusammenwirken zweier Elemente die resultierende Wirkung größer ist als die Summe der Einzelwirkungen.⁶⁵ In der Wirtschaft soll dieser Effekt bei der Kooperation zwischen Unternehmen generiert werden. Die Summe der Einzelwirkungen wird dabei meist monetär gemessen.⁶⁶ Hierbei werden in der Regel Mengen- bzw. Größenvorteile durch Zentralisierung (Economies of scale) und Verbundvorteile durch die Übertragung kritischer Fähigkeiten (Economies of scope) unterschieden.⁶⁷

⁶³ synergein = zusammenarbeiten; synergia = die Zusammenarbeit (griechisch) vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Synergie>, vgl. auch **Vizjak** (1990), S. 4

⁶⁴ Siehe oben

⁶⁵ Vgl. **Rhumbler** (1993), S. 23

⁶⁶ Hierzu werden verschiedene Kennzahlen, wie Umsatz, Gewinn, Marktanteil, Kosten, Deckungsbeiträge u.Ä. herangezogen.

⁶⁷ Vgl. **Braun** (1995), S. 199

Porter definiert Synergie als die Verbindung von Wertaktivitäten durch die Zusammenlegung von Tätigkeiten (z.B. Beschaffung), die doppelte Ausführung von Tätigkeiten (z.B. gegenseitiger Produktvertrieb) und die wechselseitige Spezialisierung (z.B. einander ergänzende Komponentenfertigung).⁶⁸

Synergien sind gekennzeichnet durch:

- die Unterlassung von einander neutralisierenden Aktivitäten,
- die Vermeidung bzw. Beendigung von Doppelaktivitäten,
- eine Verbesserung der Faktorallokation,
- einer Erhöhung der Marktmacht und
- der Übernahme akquisitorischen Potenzials.⁶⁹

Synergie kann durch Standardisierung, durch Know-how-Transfer oder durch wechselseitige Einflüsse generiert werden. Liegen bei den verschiedenen Kooperationspartnern gleiche oder ähnliche Problemstellungen und Zielsetzungen vor⁷⁰, so kann die Kooperation Synergie im Sinne einer standardisierten Lösung generieren, die jeder Einzelne nicht oder nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand hätte realisieren können. Durch Know-how-Transfer können bereits bestehende Lösungsansätze auf die jeweils anderen Partner übertragen und somit Synergiepotenziale ausgeschöpft werden. Bei den wechselseitigen Einflüssen wird im Gegensatz zu den bisher beschriebenen Möglichkeiten eine völlig neue Lösungsmöglichkeit für ein Problem im Zusammenwirken der Partner geschaffen.

Eine besondere Form der Synergie ergibt sich für Kooperationen im vertragsärztlichen Bereich des Gesundheitswesens durch die Generierung

⁶⁸ Vgl. **Porter** (1986), S. 413

⁶⁹ Vgl. **Kütting** (1981), S. 181ff.

⁷⁰ Amelung et al. verweisen in diesem Zusammenhang auf eine starke Divergenz der Ziele und Strategien von Akteuren im Gesundheitswesen. Diese ist vor allem auf Akteure unterschiedlicher Sektoren (ambulant, stationär, Pflege, Kostenträger) bezogen. Vgl. **Amelung et al.** (2006)

von Mehreinnahmen.⁷¹ Kooperationen medizinischer Leistungserbringer bieten den Vorteil, dass nicht ausgeschöpfte Leistungen aus den Regelleistungsvolumina durch andere Leistungserbringer der Kooperation, die ihre Volumina bereits ausgeschöpft haben, genutzt werden können.⁷²

Synergieeffekte sind prinzipiell in allen Unternehmensbereichen generierbar. Besondere Aufmerksamkeit soll im Folgenden den Bereichen Beschaffung, Personalwirtschaft, Leistungserbringung und Marketing gelten. Hierbei werden die wichtigsten Synergieeffekte dargestellt und im Hinblick auf die Kooperation im Gesundheitswesen untersucht.

II.2.1 Schaffung eines neuen Angebotes

Die Generierung eines neuen Angebotes bedeutet auch ein neues Leistungsversprechen dem Kunden gegenüber, welches es zu halten gilt. Ein neues Angebot entsteht allerdings nicht durch die reine Zusammenlegung der verschiedenen Angebote der einzelner Kooperationspartner. Die Partner müssen beim Zusammenschluss vielmehr ihr Angebot gemeinsam evaluieren und in einem weiteren Schritt korrigieren und komplettieren. Für einzelne Partner kann dies den Verzicht auf das Angebot bestimmter Leistungen zum Wohle der gesamten Kooperation bedeuten. Andere Partner können wiederum verpflichtet werden, bestimmte, bis dahin noch nicht angebotene Leistungen anzubieten. Diese müssen nicht immer von wirtschaftlicher Effizienz⁷³ geprägt sein, können aber im Einzelfall zur Komplettierung des Angebotes notwendig sein.

⁷¹ Vgl. ausführlich zur Vergütung aus vertragsärztlicher Tätigkeit Kapitel III.10.5.1 i.V.m. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 222ff.

⁷² Gleiches gilt für Richtgrößen- und Zeitprofilprüfungen. Vgl. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 225

⁷³ Der Begriff der Effizienz beschreibt die maximale Zielerreichung mit vorgegebenem Ressourceneinsatz oder einen minimalen Ressourceneinsatz bei vorgegebenem Ziel. Vgl. zum Effizienzbegriff insbesondere zur Abgrenzung zum Effektivitätsbegriff **Stahl** (1995), S. 89f.; **Schedler** (1995), S. 70ff.; **Fonger** (1992), S. 20f.

Im Vordergrund stehen jetzt nicht mehr die Interessen der einzelnen niedergelassenen Ärzte, sondern die der Kooperation als gemeinsame wirtschaftliche Einheit.

Mit der Erstellung eines neuen Angebotskataloges ist der erste Schritt vollzogen – dieses erweiterte Angebot muss dem Kunden gegenüber jedoch auch kommuniziert werden.⁷⁴ Hierbei sind die werberechtlichen Bestimmungen sowie die des ärztlichen Berufsrechtes zu berücksichtigen.⁷⁵ Die synergetischen Effekte beim Eingehen einer Kooperation liegen hier in der Vermeidung unnötiger Doppelangebote innerhalb der Kooperation und in der Komplettierung des Angebotes sowie einer gemeinsamen Kommunikation desselben, was durch den einzelnen niedergelassenen Arzt aus Kosten- und Kapazitätsgründen nicht oder nur eingeschränkt möglich ist.⁷⁶

Beispiel:

Ein Chirurg, ein Urologe, ein Gynäkologe und ein Orthopäde treten in eine Kooperation ein. Alle vier Ärzte besitzen je ein Röntgengerät und ein Ultraschallgerät. Keiner von ihnen besitzt einen CT. Durch eine detaillierte Nutzungsplanung im Kooperationsverbund wird nur noch ein Röntgengerät benötigt – mit den so frei gewordenen finanziellen Mitteln ist es nun möglich, einen CT zu beschaffen und damit das Leistungsangebot auszuweiten.

II.2.2 Kostenreduktion / Kostenbeherrschung

Zusätzlich zu einer Neustrukturierung des Angebotes kann der Synergienutzen bei Kooperationen in der Umgestaltung der Wertschöpfungskette des bisherigen Angebotes liegen. Eines der damit verbundenen Ziele ist die Reduktion der Kosten⁷⁷. Eine Reduktion der Kosten setzt eine gründli-

⁷⁴ Vgl. zu den Möglichkeiten der Kommunikation medizinischer Leistungen Kapitel III.9.4.2 i.V.m. **Armbruster et al.** (2006), S. 54ff.

⁷⁵ Vgl. **HWG; UWG, MBO** §27

⁷⁶ Vgl. **Armbruster et al.** (2006), S. 51ff.

⁷⁷ Vgl. **Leder** (1993), S. 16-18

che Evaluation⁷⁸ der Kostenstruktur aller potenziellen Kooperationspartner voraus.⁷⁹ Bei Anwärtern mit einem bereits gut ausgeprägten Unternehmenscontrolling stellt dies kein größeres Problem dar. Im Bereich der niedergelassenen Ärzte existiert dies allerdings nur selten, so dass bereits für die Feststellung des Ist - Zustandes erhebliche Zeit aufgewendet werden muss.

Sind die Kosten evaluiert und zugeordnet, ist der nächste Schritt die Kumulation dieser Kosten zu Kosten der zukünftigen Kooperation. Daran schließt sich die systematische Analyse jedes einzelnen Kostenblockes unter dem Blickpunkt der Reduktion dieser Kosten an. Auf der Grundlage dieser kumulierten und reduzierten Kosten kann nun die neue Kostenplanung der Kooperation erstellt werden.⁸⁰ Die im Folgenden dargestellten Kosten lassen sich durch die Kooperation mit anderen Leistungserbringern in erheblichem Umfang senken.

II.2.2.1 Personalkosten

Trotz der meist unterschiedlichen Fachgebiete kooperierender Ärzte können diverse Aufgaben fachbereichsübergreifend zusammengefasst und zentral ausgeführt werden. Der Patientenempfang bzw. die Einschleusung muss nicht von jedem Arzt einzeln besetzt werden, sondern nur noch einmal innerhalb der Kooperation.⁸¹ Gleiches gilt je nach Verflechtungsintensität für sämtliches nichtmedizinisches Personal, wie z.B. Reinigungspersonal, Buchhaltung, Controlling, EDV, Wäscherei etc. In einigen Bereichen ist sogar der fachübergreifende Einsatz von medizinischem Hilfspersonal denkbar.⁸²

⁷⁸ Evaluation bedeutet allgemein die Beschreibung, Analyse und Bewertung von Prozessen und Organisationseinheiten (lat. *valuere*=bewerten). Evaluation kann sich sowohl auf den Kontext (Voraussetzungen, Rahmenbedingungen), die Struktur, den Prozess als auch das Ergebnis (Produkt) beziehen. Vgl. **Gollwitzer / Jäger** (2007); hier wird unter dem Begriff der Evaluation die Analyse und Bewertung betriebswirtschaftlicher Kosten und deren Auslöser verstanden.

⁷⁹ Vgl. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 132

⁸⁰ Vgl. Kapitel III.10.4 i.V.m. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 132

⁸¹ Dies ist nur der Fall, soweit auch eine räumliche Kooperation vorliegt.

⁸² Vgl. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 133f.

Diese Stellenbesetzung ist im Vorfeld einer möglichen Kooperation detailliert zu verhandeln, um Doppelbesetzungen aufgrund von persönlichen Präferenzen gezielt vorzubeugen⁸³. Die hierdurch notwendig werdenden Personalfreisetzung sind langfristig zu planen und sozialverträglich vorzunehmen.⁸⁴

II.2.2.2 Sachkosten

Die Sachkosten werden, obwohl sie einen geringeren Teil der Gesamtkosten ausmachen, regelmäßig als Grund für das Eingehen von Kooperationen genannt. Sie sind im Vergleich zu den Personalkosten „bequemer“ zu reduzieren, da hier kaum Emotionen, persönliche Schicksale oder Präferenzen die Entscheidungen beeinflussen.

Sachkostenreduktion durch Mengensteigerung oder der angelsächsische Begriff der Economies of scale ist der wohl am weitesten verbreitete angestrebte Synergieeffekt. Die im Vergleich zur Einzelpraxis um ein Vielfaches höheren Bestellmengen, sowohl bei medizinischen als auch bei nichtmedizinischen Materialien, geben Kooperationen eine weitaus höhere Marktmacht als der Einzelpraxis. Dies erstreckt sich praktisch auf sämtliche Einkaufsbereiche, von der Versorgung mit Büromaterial bis zu Verbandsmaterial oder beispielsweise Hard- und Software.⁸⁵

Aber auch ein ganz neuer Aspekt kommt hinzu: Es können nun Beschaffungsvorhaben realisiert werden, die in einer Einzelpraxis aus Kostengründen überhaupt nicht möglich wären. Medizinisches Großgerät, wie z.B. Computertomographen oder Kernspintomographen, können nun gemeinsam beschafft und genutzt werden.

Diese Beispiele veranschaulichen das Zusammenwirken und die Interdependenzen der einzelnen Synergieeffekte, da die Anschaffung dieser Ge-

⁸³ Soll eine Kostenreduktion bei den Personalkosten erzielt werden, ist es schlichtweg nicht möglich, dass jeder niedergelassene Arzt, der der Kooperation beiträgt, sein „eigenes“ Personal zu 100 Prozent einbringt.

⁸⁴ Die einer Kooperation zugrunde liegende Tatsache der günstigeren Personalkosten durch eine bessere Auslastung kann u.U. erst nach einem Jahr zum Tragen kommen, da das Personal solange weiter beschäftigt werden muss. Vgl. **BGB** §613a

⁸⁵ Vgl. Kapitel II.3.1.3 i.V.m. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 135f.

räte gleichzeitig ein neues Angebot im Leistungsspektrum der Kooperation darstellt.

II.2.3 Managementveredlung

Die Verbesserung der Funktionalität des Managements⁸⁶ kann heute als einer der wichtigsten synergetischen Nutzen angesehen werden. Durch die Steigerung des Managementwertes kann der Unternehmenswert mittelfristig erheblich gesteigert werden.⁸⁷ Nur ein gut strukturiertes Management ist in der Lage, dauerhaft die Erfolgspotenziale eines Kooperationsverbundes in quantifizierbare Wettbewerbsvorteile umzusetzen.

Grundlage für eine synergetische Verbesserung des Managements ist die Bereitschaft aller Partner, eigene Managementverfahren kritisch zu analysieren und durch gute Ansätze der anderen Partner „veredeln“ zu lassen. Ist diese Bereitschaft bei allen Partnern gegeben und sind alle Kooperationspartner bereit, ihre Managementverfahren offen zu legen, kann durch die gegenseitige Adaption von Teilen der Managementverfahren eine erhebliche Verbesserung erzielt werden. Wird dieses „veredelte“ Management von allen Partnern in Zusammenarbeit entwickelt und uneingeschränkt getragen, so stellt es den größten und nachhaltigsten Synergieeffekt dar.⁸⁸

⁸⁶ Unter Management wird die professionalisierte Führung soziotechnischer Systeme verstanden, die sich um eine Höherentwicklung der Organisation bemühen und dazu Managementsysteme zur Anwendung kommen, die wie „zusätzliche Organisationen“ mit spezifischen Aufgaben als eigene Schicht institutionalisierbar sind. Vgl. **Ulrich / Fluri** (1995), S. 13f.

⁸⁷ Vgl. **Leder** (1993), S. 18ff.

⁸⁸ Die „Managementveredlung“ stellt transaktionskostentheoretisch die Möglichkeit der bilateralen Anpassungsfähigkeit dar, die von Williamson als „Wirkungsdimension“ einer Organisation bezeichnet werden. Vgl. Kapitel VI.3.4 i.V.m. **Stahl** (1995), S. 98; **Ebers / Gotsch** (1993), S. 224; **Williamson** (1991a), S. 18ff.

II.2.4 Wissensaustausch

Durch den Austausch von Wissen zwischen Organisationen wird Synergie geschaffen. Hierbei kommt es darauf an, das Wissen vollständig zu evaluieren und nicht nur bruchstückhaft zu übernehmen, sondern in einen Innovationsprozess einzubringen.⁸⁹ Als kritisch hat sich hierbei in der Vergangenheit eine sehr ausgeprägte Unternehmenskultur der einzelnen Kooperationspartner herausgestellt. Menschen und Organisationen neigen dazu, die eigene Kultur und das eigene Wissen als das beste anzusehen. Dies kann zwei negative Auswirkungen haben:

- Das Wissen wird nach dem Prinzip „Wissen ist Macht“ nicht offengelegt und
- neues Wissen wird als minderwertig erachtet, sofern es nicht in der eigenen Organisation entstanden ist und daher nicht implementiert.

Die Folge hiervon ist ein Wertekampf innerhalb des Verbundunternehmens, welcher nach Beginn der Kooperation noch Jahre andauern und unvorhersehbare Kosten verursachen kann.⁹⁰ Dem kann nur durch eine gründliche Evaluation⁹¹ der Kooperationspartner und der umfassenden Information aller Beteiligten entgegen gewirkt werden. Sind die kulturellen Barrieren überwunden, ist es die Aufgabe des Managements, Erfahrungen und Wissen aller Kooperationspartner so in den Verbund einfließen zu lassen, dass sich das Personal möglichst bald mit dem neuen Verbundunternehmen identifiziert und keine Subkulturen entstehen. Die Kollektivierung des Wissens, die Sicherstellung der Nutzung des vorhandenen Wis-

⁸⁹ Vgl. **Bea / Göbel** (2006), S. 437f.

⁹⁰ Dies verursacht so genannte Misfits von Strategien, Fähigkeiten, Strukturen und Mentalitäten, welche lokalisiert und beseitigt werden müssen. Vgl. Kapitel II.4 i.V.m. **Vizjak** (1990), S. 14

⁹¹ Evaluation bedeutet allgemein die Beschreibung, Analyse und Bewertung von Prozessen und Organisationseinheiten. Evaluation kann sich sowohl auf den Kontext (Voraussetzungen, Rahmenbedingungen), die Struktur, den Prozess als auch das Ergebnis (Produkt) beziehen. Vgl. **Gollwitzer / Jäger** (2007); Hier wird unter dem Begriff der Evaluation die Analyse und Bewertung potenzieller Kooperationspartner unter dem Fokus der Eignung für eine Kooperation verstanden.

sens und die dauerhafte Forcierung der Lernprozesse sind die Schlüsselprobleme zur Generierung von Synergien beim Wissen der Organisation.⁹²

II.3 Ausgewählte Dimensionen der Kooperation und ihre Ausprägungen

In diesem Kapitel werden einige ausgewählte Dimensionen, die Kooperationsformen maßgeblich kennzeichnen, untersucht und ihre verschiedenen Ausprägungsgrade im Bezug auf ihren Beitrag zu einer erfolgreichen Kooperation im Gesundheitswesen analysiert.

II.3.1 Beschaffung / Logistik

Kooperationen in der Beschaffung von Gütern und Dienstleistungen finden in nahezu allen Bereichen des Lebens statt. Dies beschränkt sich keinesfalls auf Unternehmen, sondern kommt gleichermaßen in privaten und freigemeinnützigen Bereichen zur Anwendung.⁹³ Lediglich die Ausprägung der Kooperation variiert nach Dauer, Umfang und Art.

Die Spanne reicht hierbei von völlig autonomen Handeln über verschiedene Ausprägungen bis hin zur Fusion der kooperierenden Partner. Für alle anderen Formen der Beschaffungs Kooperation, die zwischen diesen beiden Extremen liegen, wird in der Literatur der Begriff der *Einkaufskooperation* verwandt.⁹⁴

Die Autonomie bzw. „Null – Kooperation“ als Form der Beschaffung stellt keine Kooperation im engeren Sinne dar, ist jedoch unverzichtbar als

⁹² Vgl. ausführlich zum Wissensmanagement mit dem Ziel organisationalen Lernens **Steinemann / Hennemann** (1997), S. 39f.

⁹³ Der gemeinsame Bau eines Doppelhauses, Familieneinkäufe u.Ä. stellen bereits Formen einer Einkaufskooperation dar.

⁹⁴ So in **Sprenger** (2001), S. 13; **Ostler** (1994), S. 6f.; **Dauner** (1988), S. 43; **Emmerich** (1999), S. 80

Ausgangspunkt der nominalskalierten möglichen Ausprägungsformen. Sie soll als Referenz- und Vergleichsgröße für die Intensität der Kooperation im Folgenden herangezogen werden.

II.3.1.1 Kooperationen ohne vertragliche Bindung

Diese Form der Kooperation stellt die schwächste und unverbindlichste Form der Koordination der unternehmerischen Einkaufsfunktion dar. Sie kann gewissermaßen als Vorstufe zum Eingehen weiterer, im Folgenden noch näher beschriebener Kooperationsformen gelten.⁹⁵ Die Zusammenarbeit der beteiligten Unternehmen erfolgt hier bereits bewusst nach gegenseitiger Information über das zukünftige eigene Marktverhalten. Sie ist daher von zufälligem unbewusstem Parallelverhalten abzugrenzen. Es findet jedoch (noch) keine vertragliche Fixierung dieser Koordination statt. Ausprägungsformen dieser Form der Koordination können z.B. sein:

- Preisabsprachen,
- Werbegemeinschaften oder
- gegenseitige Marktinformation.

Sobald die Kooperationsmodalitäten in rechtswirksamen Verträgen niedergeschrieben worden sind, kann nicht mehr von einer bloßen Verhaltenskoordination gesprochen werden. Hier wird von den so genannten *Einkaufskooperationen* gesprochen, welche im Folgenden näher beschrieben werden.

II.3.1.2 Einkaufskooperationen

Einkaufskooperationen werden in der Literatur nicht immer einheitlich definiert. Oftmals werden Begriffe wie Einkaufskontor, Einkaufssyndikat, freiwillige Kette, Bezugsgemeinschaft, Nachfragerverbund, Konsumgenossenschaft, Einkaufsgenossenschaft, Einkaufsgruppe oder Einkaufsgemeinschaft synonym verwandt.⁹⁶ In der Kartellrechtspraxis und der Lite-

⁹⁵ Vgl. Köhler (1977), S. 103 und Ostler (1994), S. 15

⁹⁶ Vgl. hierzu Dauner (1988), S. 21; Ostler (1994), S. 6f.

ratur wird als gemeinsames konstituierendes Element für diese Begriffe festgelegt, dass eine Einkaufskooperation sich durch jegliche vertraglich geregelte Form der Zusammenarbeit rechtlich und wirtschaftlich selbständiger Unternehmen definiert, deren Einkauf mit dem Ziel der erfolgreichen Güterbeschaffung ganz oder teilweise gemeinschaftlich durchgeführt wird.⁹⁷

Hierzu steht eine Vielzahl rechtlicher Gestaltungsmöglichkeiten zur Verfügung. Die konstituierenden Merkmale und die Gestaltungsmöglichkeiten werden nun näher untersucht.

Bei der vertraglichen Zusammenarbeit stützt sich die Einkaufskooperation per Definition auf eine vertragliche Bindung bzw. auf gemeinsame Beschlüsse der kooperierenden Unternehmen. Es erfolgt also eine Ex-ante-Abstimmung der Vertragspartner für die Unternehmensfunktion Einkauf.⁹⁸ Dieser Vertrag wird als „Organisationsvertrag“ bezeichnet.⁹⁹ Die Ausgestaltung dieses Vertrages obliegt hierbei einzig und allein den Vertragspartnern. Die gemeinsame Willenserklärung kann daher beispielsweise aus einem Austauschvertrag, einem Gesellschaftsvertrag oder einem Kontrakt bestehen.

Ebenso wie bei der vertraglichen Ausgestaltung der Kooperation sind die Partner frei in der Wahl der Rechtsform. Dabei sind sowohl Personengesellschaften als auch Körperschaften zu betrachten. Einige Möglichkeiten sind z.B. die Gründung einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR), einer offenen Handelsgesellschaft (OHG), einer Kommanditgesellschaft (KG), einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) sowie Mischformen aus den vorher genannten Rechtsformen.¹⁰⁰

⁹⁷ Vgl. **Dauner** (1988), S. 43; **Emmerich** (1999), S. 80; **Ostler** (1994), S. 7; **Sprenger** (2001), S. 13

⁹⁸ Vgl. **Rotthege** (1982), S. 3; **Salje** (1981); **Ostler** (1994), S. 8

⁹⁹ Vgl. **Dauner** (1988), S. 30f.; **Ostler** (1994), S. 8

¹⁰⁰ Im Kapitel II.3.7 werden die rechtlichen Gestaltungsmöglichkeiten einschließlich der Entscheidungstatbestände zur Wahl einer geeigneten Rechtsform eingehend analysiert. Vgl. Kapitel II.3.7

Für Einkaufskooperationen ist sowohl die rechtliche als auch die wirtschaftliche Selbständigkeit Voraussetzung. Dies unterscheidet sie von den Verbundunternehmen. Während die rechtliche Selbständigkeit noch relativ scharf abzugrenzen ist, ist der Übergang vom wirtschaftlich selbständigen Kooperationspartner zu Verbundunternehmen fließend und nicht immer eindeutig zu definieren.¹⁰¹ Insbesondere Gemeinschaftsunternehmen können hierbei wirtschaftlich als bloße Einkaufskooperationen oder als (teilweiser) Unternehmenszusammenschluss bewertet werden. Die Entscheidung darüber, wann die Grenze zwischen wirtschaftlicher Kooperation und Fusion überschritten ist, kann mangels trennscharfer Kriterien nicht allgemein, sondern nur für den Einzelfall erfolgen.

Ein weiteres definitorisches Merkmal der Einkaufskooperation ist die gemeinsame Ausübung der Einkaufs- bzw. der Warenbeschaffungsfunktion. Dies umfasst im Wesentlichen die Kommunikation und die Kontrahierung beim Einkauf.¹⁰² Hierbei gehören zur Kommunikation die Marktanalyse, die Marktinformation, die Akquisition, die Beratung und das Aushandeln der Konditionen.¹⁰³

Unternehmen verfolgen mit der gemeinsamen Güterbeschaffung bestimmte unternehmerische Ziele, deren Zielerreichungsgrad sie zu maximieren versuchen. Die Kooperationspartner in einer Einkaufskooperation erwarten somit von der Kooperation eine erfolgreichere Güterbeschaffung, als sie sie allein durchzuführen im Stande wären. Dieser Erfolg kann in einer höheren Marktmacht, besseren Einkaufskonditionen, Mengenrabatten und Einsparungen in den einzelnen betrieblichen Teilbereichen des Einkaufs liegen.

¹⁰¹ Vgl. **Emmerich** (1999), S. 98 oder **Ostler** (1994), S. 10f.

¹⁰² Vgl. **Dauner** (1988), S. 43; **Sprenger** (2001), S. 13

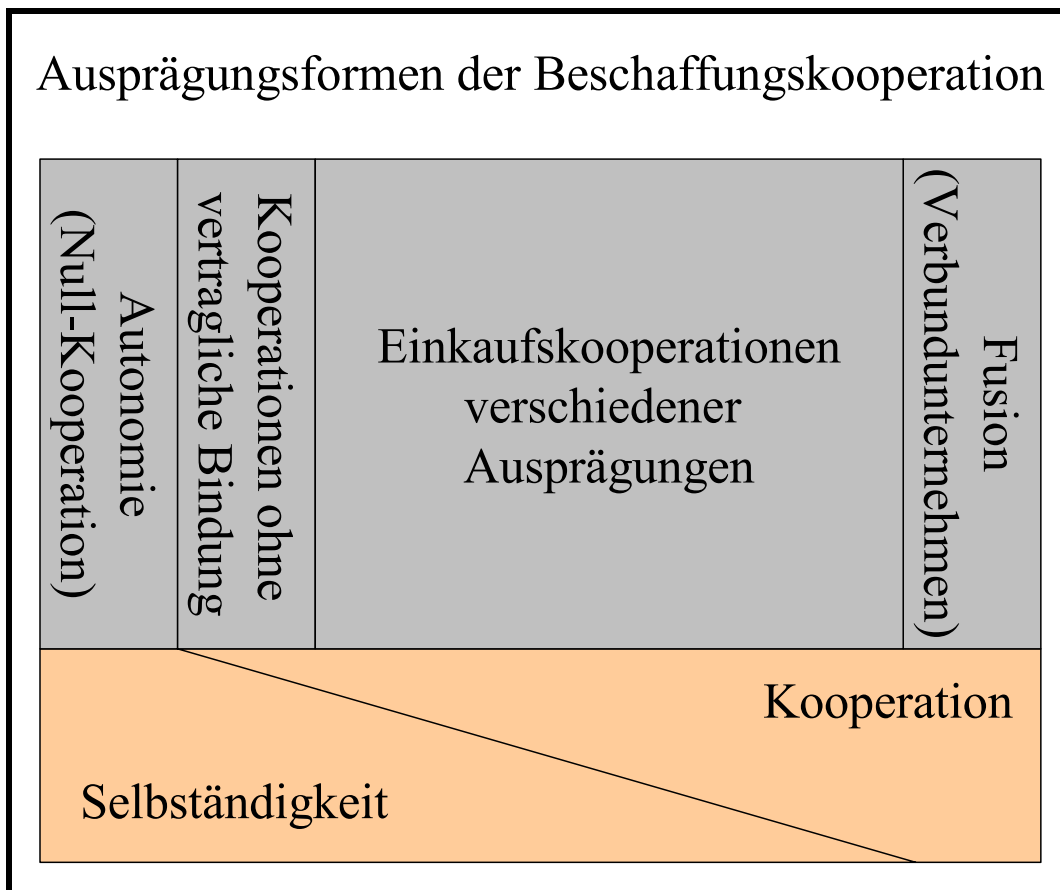
¹⁰³ Vgl. hierzu **Ostler** (1994), S. 13

II.3.1.3 Fusion zum Verbundunternehmen

Die stärkste Form der Kooperation stellt die Fusion zu einem gemeinsamen Unternehmen dar. Hier geben die Kooperationspartner sowohl ihre wirtschaftliche als auch ihre rechtliche Selbständigkeit auf.

Die Bandbreite verschiedener Kooperationsformen, angefangen von der losen Kooperation bis hin zur Fusion, wird in der folgenden Abbildung deutlich. Die Übergänge zwischen den einzelnen Stufen sind hierbei fließend und nicht eindeutig definierbar.

Abbildung 6: Ausprägungsformen der Beschaffungskooperation



Quelle: Eigene Darstellung

II.3.2 Gebäudemanagement und Facility Management

Der Begriff Gebäudemanagement (GM) wird in der jüngeren Literatur oftmals mit dem angelsächsischen Begriff „Facility Management“ (FM) gleichgesetzt. Dies ist vor dem Hintergrund der verschiedenen Betrachtungsweisen beider Ansätze als unzulässig zu bewerten. Das FM geht weit über das herkömmliche GM hinaus. Es verfolgt einen strategischen Ansatz, indem es nicht nur die erbrachten Leistungen, sondern auch die Art der Leistungserbringung betrachtet. Das FM ist durch die Merkmale

- Zielorientierung,
- Prozessorientierung,
- Kundenorientierung und
- verursachergerechte Leistungsverrechnung

gekennzeichnet.¹⁰⁴

FM umschreibt alle kostenrelevanten Vorgänge in und um ein Gebäudesystem, die nicht zum Kerngeschäft gehören.¹⁰⁵ Es umfasst den gesamten Lebenszyklus eines Objektes von der Planung über die Erstellung, die tatsächliche Nutzung und die Sanierung bis hin zur Stilllegung.¹⁰⁶ Das herkömmliche GM hingegen ist ausschließlich auf die Nutzungsphase fixiert.

¹⁰⁴ Vgl. **Glauche** (1999), S. 1

¹⁰⁵ Vgl. **Schneider** (1999), S. 8f.

¹⁰⁶ Vgl. **ebenda** S. 12ff.

Tabelle 1: Gegenüberstellung GM - FM

	<u>Herkömmliches Gebäudemanagement</u>	<u>Facility Management</u>
Vorgehensweise	administrativ, verwaltend	strategisch planend, vorausschauend, entscheidend
Zuständigkeiten	zersplittert, unklar	konzentriert, klar
Arbeitsweise	gewohnheitsorientiert	prozessorientiert
Kern- und Supportprozesse	nicht definiert, vermischt	definiert, getrennt
Hierarchien	steil, viele Ebenen, lange Entscheidungswege	flach, wenig Ebenen, kurze Entscheidungswege
Organisationseinheiten/Abteilungen	statisch, gegenseitig abschottend	gegenseitig offen, dynamisch
Kundenorientierung	gering, Leistungserbringung nur wenn nötig	hoch, Leistungserbringung nach Bedarf
Nutzungskosten	nicht transparent, als unbeeinflussbar geltend	transparent, als weitgehend beeinflussbar geltend
Interne Leistungsverrechnung	nicht oder nur pauschal über Fläche	möglichst verursachergerecht
Verbesserungsanreize	gering	hoch
Gebäudedienstleistungen	diskret (einzeln)	konzentriert (gemeinsam)
Art der Dienstleistung	pauschal (für alle Nutzer gleich)	differenziert (je nach Bedarf)
Synergiepotenzial	kaum erkannt/genutzt	erkannt und genutzt
Unterhaltsleistungen	nach dringendstem Bedarf, kurzfristig	geplant, vorausschauend
Informationsfluss	gering	hoch
Gebäudedokumentation	unstrukturiert, zufällig	strukturiert, geplant
insgesamt	passiv, reagierend	aktiv, agierend

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an **Glauche** (1999), S. 5

Aus dieser Gegenüberstellung wird deutlich, dass das FM als Instrumentarium zur Bewirtschaftung von Objekten gerade in einem Kooperationsverbund geeigneter ist, als das herkömmliche GM. Vor diesem Hintergrund sollen nun die Möglichkeiten und die spezifischen Besonderheiten, die sich aus der Kombination von FM und Kooperation im Gesundheitswesen ergeben, analysiert werden.

Kooperationen sind aufgrund ihrer Größe meist besser in der Lage, eigene Ressourcen für das FM bereitzustellen. Ein umfassendes FM kann erst ab einer bestimmten Unternehmensgröße sinnvoll betrieben werden. Unterhalb dieser Größe beschränkt es sich lediglich auf den Einkauf verschiedener Leistungen, wie z.B. Reinigung, Klimatisierung, Renovierung etc. Dem FM eines Kooperationsverbundes obliegt die Koordination aller Maßnahmen unter dem Aspekt der Zielorientierung, der Prozessorientierung und der Kunden- bzw. Patientenorientierung.¹⁰⁷

Neben den reinen Größenvorteilen bieten Verbundunternehmen strukturelle Vorteile, die eine effiziente Gebäudebewirtschaftung erlauben.¹⁰⁸ Die bereits oben beschriebenen Erfolgsfaktoren Kundenorientierung, Optimierung der Leistungserbringung und Generierung von Synergieeffekten¹⁰⁹ lassen sich in den Merkmalen des FM wiederfinden und sind wie folgt zuzuordnen.

¹⁰⁷ Vgl. Kapitel II.1.2.1 i.V.m. **Braun / Gröbner** (2004), S. 5

¹⁰⁸ Strukturelle Vorteile werden auch als Verbundvorteile oder „Economies of scope“ bezeichnet. Vgl. Kapitel III.4.1.2 i.V.m. **Braun** (1995), S. 1999; **Braun / Güssow** (2006), S. 70

¹⁰⁹ Vgl. Kapitel II.2

Tabelle 2: Merkmale von FM und Erfolgsfaktoren

<u>Merkmale des FM</u>	<u>durch Kooperation zu realisierender Erfolgsfaktor</u>
Zielorientierung	Generierung von Synergie, Optimierung der Leistungserbringung
Prozessorientierung	Generierung von Synergie, Kundenorientierung, Optimierung der Leistungserbringung
Kundenorientierung	Kundenorientierung
Leistungsverrechnung	Optimierung der Leistungserbringung

Quelle: Eigene Darstellung

Da diese Erfolgsfaktoren durch das Eingehen einer Kooperation realisiert werden sollen, kann davon ausgegangen werden, dass somit die Voraussetzungen für ein effizientes FM in einer Kooperation tendenziell besser sind als in einem Einzelunternehmen.¹¹⁰ Facility Management und Kooperationen beeinflussen sich somit wechselseitig positiv. Hierzu orientiert sich das FM an Zielen, Prozessen, Kunden und Leistungen.

Die Aktivitäten und erbrachten Leistungen sind konsequent auf die Ziele des Verbundunternehmens auszurichten. Dies setzt voraus, dass diese Ziele definiert und transparent kommuniziert werden. Die Ziele bilden die Grundlage für alle weiteren Maßnahmen des FM und müssen daher im Konsens der beteiligten Partner entstehen. Zielgrößen sind klar und messbar zu definieren. Schwammige Formulierungen, wie „möglichst, optimal oder maximal/minimal“, sind zu vermeiden. Unter Umständen sind für bestimmte Ziele erst geeignete Messinstrumente zu schaffen.¹¹¹ Die Zielkenngrößen sind konsequenterweise aus den Unternehmenszielen der Kooperation abzuleiten und herunterzubrechen.

Prozessorientierung wird von vielen Unternehmen als wesentliche Methode zur Verbesserung ihrer internen Strukturen genutzt. Gebäudebewirtschaftung und Gebäudedienste gehören dabei zu den Unterstützungspro-

¹¹⁰ Vgl. Kapitel II.1.2 i.V.m. **Seibert** (1987), S. 10 und **Leidecker / Bruno** (1984), S. 24f.

¹¹¹ Dies können z.B. Befragungen bei den Patienten oder auch bei den Ärzten als direkte „Kunden“ des FM sein.

zessen (Support), da sie nicht das eigentliche Kerngeschäft bilden. Im Rahmen des FM werden nun diese Supportprozesse zu Kernprozessen des jeweiligen Anbieters (intern oder extern) erhoben. Die Betrachtung der Prozesse als verkettete Abfolge von wiederholt ablaufenden vor- und nachgelagerten Tätigkeiten mit messbarer Eingabe, Wertschöpfung und Ausgabe ermöglicht erhebliche Vereinfachungen, Beschleunigungen und Kosteneinsparungen im Rahmen des FM.¹¹² Hierzu müssen die FM – Prozesse definiert und die Voraussetzungen bezüglich der Qualifikation der beteiligten Personen, der Verfügbarkeit von Informationen und der Funktionalität von Werkzeugen geschaffen werden.¹¹³

Die Kundenorientierung muss sich in allen Unternehmensbereichen wiederfinden lassen.¹¹⁴ Vordergründig handelt es sich bei den Kunden des FM um die im Kooperationsverbund tätigen Ärzte als direkte Abnehmer der Leistungen des FM. Wird eine konsequente Patientenorientierung der Ärzte unterstellt, sind die Ansprüche der Ärzte an das FM jedoch direkt aus den Ansprüchen der Patienten abgeleitet. Die Ärzte fungieren hier also nur als Mittler der Ansprüche der Patienten an das FM. Kundenorientierung im FM bedeutet also die konsequente Ausrichtung aller Prozesse auf die Bedürfnisse der Patienten.

Grundlage für eine Leistungsverrechnung im FM ist die Ermittlung der Höhe der Kosten für diese Leistungen. Bei extern erbrachten Leistungen ist dies aufgrund klarer Rechnungsstellung vergleichsweise einfach, die Verrechnung der teuersten Ressource – der Fläche – bereitet hier schon größere Probleme. Die Einführung von Marktmietmodellen zur Verrechnung von kalkulatorischen Mieten kann hierbei sehr hilfreich sein.

Die Zuordnung der erbrachten Leistungen sollte, wo immer möglich, verursachergerecht erfolgen, da nur so Anreize zur sparsamen Nutzung ge-

¹¹² Vgl. **Sohn / Schöffski** (2002), S. 366

¹¹³ Vgl. ausführlich zu Möglichkeiten der Prozessorientierung im Gesundheitswesen **Güssow** (2007), S. 70ff.

¹¹⁴ Vgl. Kapitel II.1.2.1

geben werden. Eine pauschale Umlage nach der genutzten Fläche sollte nur erfolgen, wenn die jeweilige Leistung nicht anders zuzuordnen ist.

Medizinischen Kooperationen bietet das FM aufgrund ihrer Struktur und Größe erhebliche Möglichkeiten Erfolgspotenziale zu realisieren. Die Entscheidung, ob das FM extern oder intern erfolgen soll, ist im Wesentlichen von der Größe der Kooperation, dem Know-how der beteiligten Partner und den Eigentumsverhältnissen abhängig. Diese Entscheidung ist daher einzelfallbezogen zu treffen – hat aber im Übrigen wenige Auswirkungen auf die vorangegangenen Ausführungen.

II.3.3 Personalwesen

Personalkosten stellen im Gesundheitswesen, gemessen an den Gesamtkosten, einen erheblichen Kostenfaktor dar.¹¹⁵ Diese Tatsache impliziert bereits das darin verborgene Kostensenkungspotenzial. Eine Möglichkeit zur Senkung der Personalkosten bei gleich bleibender oder steigender Versorgungsqualität ist das Eingehen einer Kooperation in diesem Bereich.¹¹⁶

Ziel einer Kooperation im Personalwesen muss die Zusammenführung der Entscheidungs- und Handlungskompetenzen sein. Die besondere Sensibilität des Themas erfordert hier eine ständige, transparente Kommunikation der Maßnahmen für alle Beteiligten. Nur so werden sich die Mitarbeiter mit dem neuen Kooperationsverbund als berufliche Heimat identifizieren und ihr Leistungspotenzial voll einbringen.¹¹⁷

¹¹⁵ Die Höhe der Personalkosten im Gesundheitswesen beträgt ca. 60 Prozent der Gesamtausgaben. Vgl. **Bundeszentrale für politische Bildung (bpb)** unter: http://www.bpb.de/wissen/LP52Z0,0,0,Kosten_und_Finanzierung.html

¹¹⁶ Vgl. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 133

¹¹⁷ Vgl. **Schenk** (2006), S. 75ff.

Art und Umfang der Kooperation müssen im Vorfeld im Interesse aller Beteiligten¹¹⁸ exakt definiert und vertraglich fixiert werden. Hier ist vor allem festzulegen, bei wem die betroffenen Mitarbeiter angestellt sind. Praktische Möglichkeiten sind hierbei die Anstellung bei einem der Kooperationspartner oder die Anstellung bei einer gemeinsamen Gesellschaft. Dazu kann eine bereits bestehende rechtliche Kooperationsform genutzt werden. Ein eigens zum Zweck der Personalbereitstellung ins Leben gerufenes gemeinsames Unternehmen kommt hierbei ebenfalls in Frage. In jedem Fall ist eine Verrechnung der Personalkosten zwischen den Kooperationspartnern zu vereinbaren.¹¹⁹

Das Gesundheitszentrum Potsdam GmbH betreibt beispielsweise für die Fachbereiche Gynäkologie und Dermatologie eine gemeinsame Anmeldung und hält eine Arzthelferin als „Springerin“ für krankheitsbedingte Ausfälle vor.¹²⁰ Die Kosten für das gemeinsam in Anspruch genommene Personal werden den jeweiligen Praxen als Kostenstellen je nach der Einsatzzeit „zugebucht“.

Naturgemäß ist ein flexibler Personaleinsatz im Gesundheitswesen nicht immer möglich. Notwendige Spezialausbildungen, berufsrechtliche Vorschriften und umfassende Einarbeitungszeiten können hier restriktiv wirken, dennoch ist das vorhandene Potenzial in diesem Bereich aufgrund der absoluten Höhe relativ hoch.

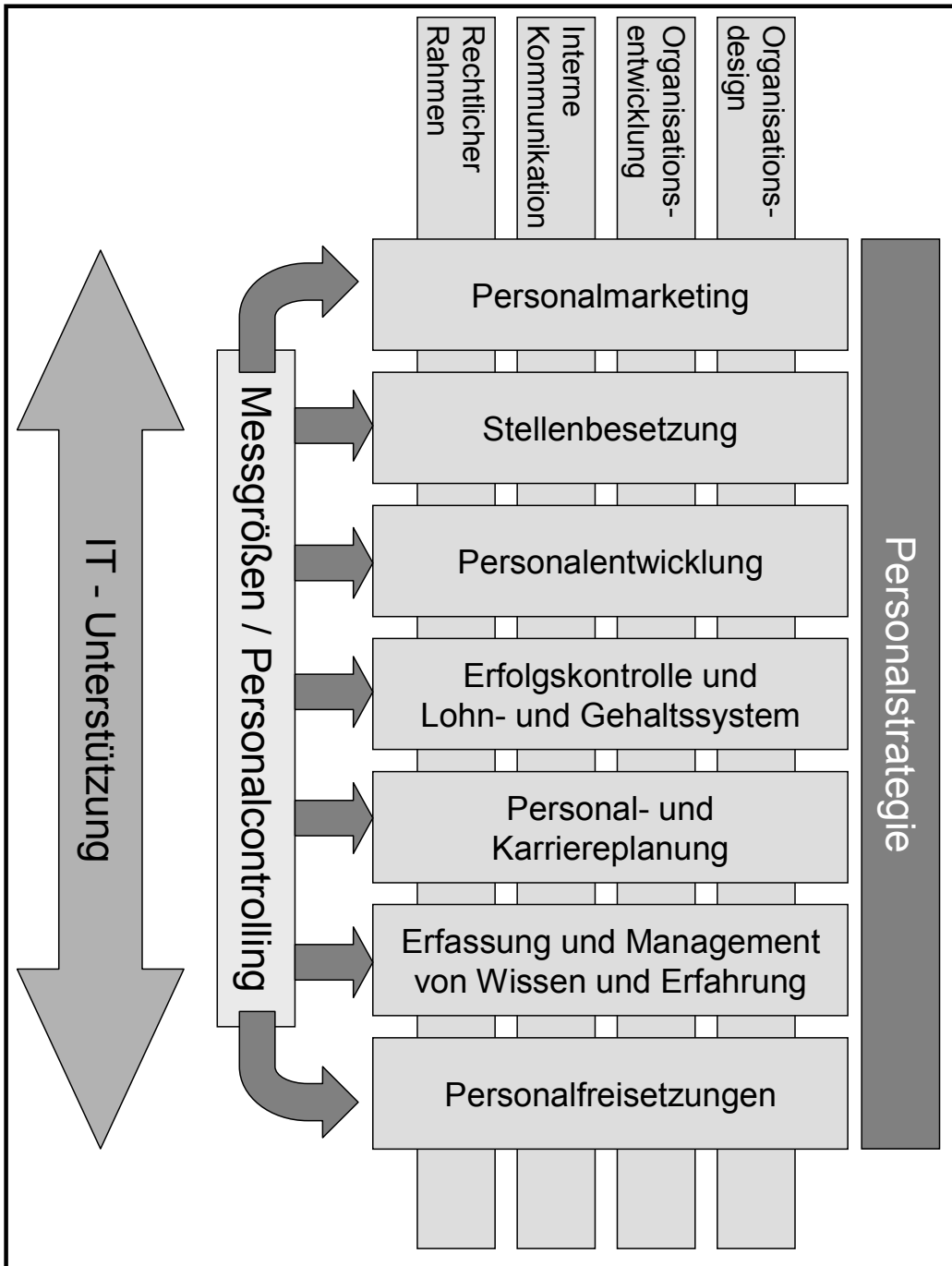
Kooperation im Personalwesen muss, will sie erfolgreich sein, in allen Personalfunktionen erfolgen, obwohl die Kooperationsentscheidung für jede Personalfunktion einzeln, in Bezug auf das Synergiepotenzial zu prüfen ist. Die verschiedenen Personalfunktionen sind entsprechend ihrer zeitlichen Abfolge in der folgenden Abbildung dargestellt und werden im Folgenden kurz erläutert.

¹¹⁸ Dies gilt für alle Kooperationspartner und vor allem für die betroffenen Mitarbeiter.

¹¹⁹ Die Verrechnung kann dabei beispielsweise nach der anteiligen Arbeitszeit erfolgen. Vgl. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 133f.

¹²⁰ Vgl. <http://www.gz-potsdam.de/> vom 10.11.2003

Abbildung 7: Personalstrategie



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Kerres / Lohmann (1999), S. 121

Der Bereich des Personalmarketings umfasst alle Tätigkeiten und Prozesse, die notwendig sind, um potenzielle Mitarbeiter auf das Unternehmen

aufmerksam zu machen und zur Abgabe einer Bewerbung zu bewegen.¹²¹ Das Personalmarketing stellt somit den Anfang der Personalbeschaffung dar und erfordert daher eine gründliche Abstimmung der Partner über Art und Umfang der Maßnahmen.

Ziel der Stellenbesetzung ist der Einsatz eines Mitarbeiters auf einer Stelle, deren Anforderungsprofil seinen Fähigkeiten und Interessen entspricht. Voraussetzung für eine erfolgreiche Stellenbesetzung innerhalb eines Kooperationsverbundes ist die Transparenz der verfügbaren Stellen. Das bedeutet, dass jede Stelle mit einem Anforderungsprofil sowie einer detaillierten Stellenbeschreibung zu versehen ist. Bei einer zentralen Ausübung dieser Personalfunktion sind die Gestaltung des Anforderungsprofils und der Stellenbeschreibung die einzigen Mittel des Arztes, im Vorfeld Einfluss auf die Auswahl seiner zukünftigen Mitarbeiter zu nehmen. In einer Kooperation ist die Formulierung von Schnittstellen und Kompetenzen bei der Personaleinstellung zwingend notwendig.¹²²

Personalentwicklungsmaßnahmen, wie z.B. Fort- und Weiterbildungen, können genutzt werden, um Mitarbeiter für neue Aufgaben zu qualifizieren bzw. den Wissensstand aktuell zu halten.¹²³ In einer Kooperationsgemeinschaft kann es sinnvoll sein, die Mitarbeiter möglichst homogen weiterzubilden, um die gegenseitige Vertretbarkeit zu gewährleisten; es kann jedoch ebenfalls sinnvoll sein, die Mitarbeiter möglichst komplementär weiterzubilden, um so eine umfassende Qualifikation auf verschiedenen Fachgebieten sicherzustellen.¹²⁴ Bei entsprechender Größe der Kooperation werden vermutlich beide Ansätze verfolgt, so dass beispielsweise jeweils zwei oder drei Mitarbeiter ähnlich qualifiziert werden.¹²⁵

¹²¹ Vgl. **Kerres / Lohmann** (1999), S. 120

¹²² Insbesondere müssen detaillierte Festlegungen getroffen werden, wer Personal einstellen darf und wer die entsprechenden Anforderungsprofile erstellt. Vgl. **Schenk** (2006), S. 76

¹²³ Vgl. **Herler** (1999), S. 840ff.

¹²⁴ Eine komplementäre Weiterbildung wirkt darüber hinaus motivierend, da vielfältige und somit weniger monotone Aufgaben wahrgenommen werden können. Vgl. **Bea / Göbel** (2006), S. 332

¹²⁵ Im MVZ POLIKUM GmbH ist beispielsweise angestrebt, jede Facharzttrichtung redundant zu besetzen. Vgl. **Amelung** (2007), S. 228

Sowohl bei internen als auch bei externen Qualifizierungsmaßnahmen sind bei steigender Teilnehmerzahl Skaleneffekte generierbar.¹²⁶

Die Leistungsbewertung sowie das Lohn- und Gehaltssystem sollten innerhalb der Kooperation angeglichen und für die Arbeitnehmer transparent gestaltet werden. Um eine Erfolgskontrolle zu ermöglichen, müssen Ex-ante-Ziele für das Personal und mit dem Personal definiert werden.¹²⁷ Ein umfassendes Beurteilungssystem mit Beurteilungsgesprächen und klaren Bewertungsmaßstäben ist dabei unverzichtbar. Hierzu ist es sinnvoll einen Teil der Vergütung erfolgsabhängig zu gestalten, um einerseits die Anreizstrukturen zu verbessern¹²⁸ und andererseits die Kosten mit dem Ausbleiben des wirtschaftlichen Erfolgs schnell reduzieren zu können.¹²⁹

Im Rahmen der Erfolgskontrolle festgestellter Abweichungen der erbrachten Leistung zur erwarteten Leistung müssen innerhalb einer Kooperation nicht zwangsläufig die Trennung von diesem Mitarbeiter zur Folge haben. Aufgrund der höheren Anzahl an Einsatzmöglichkeiten kann auch eine interne Versetzung den gewünschten Erfolg erzielen. Einzelnen niedergelassene Ärzte verfügen über diese Möglichkeit meist nicht.

Durch die Verbindung eines umfassenden und transparenten Beurteilungssystems mit einem entsprechenden Lohn- und Gehaltsgefüge können Mitarbeitern und potenziellen Mitarbeitern die Karrieremöglichkeiten innerhalb der Kooperation aufgezeigt werden.¹³⁰ Mitarbeiter können je nach Eignung, Leistung, Befähigung und Bedarf auf neue Stellen versetzt werden. Diese können gleiche, ähnliche, erweiterte, weniger anspruchsvolle

¹²⁶ Vgl. Kapitel III.4.1.1 i.V.m. **Braun** (1995), S. 199

¹²⁷ Die Personalführung mittels Zielvereinbarungen wird auch mit dem angelsächsischen Begriff „Management by objectives“ bezeichnet. Vgl. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 270

¹²⁸ Dies ist für den Unternehmenserfolg nicht unerheblich, da „erquickliche Beschäftigungsverhältnisse ... rechtlich nicht erzwingbare motivationale Voraussetzungen haben.“ **Sadowski** (1988), S. 225 und „Dienst nach Vorschrift“ allgemein bereits als Form der Arbeitsverweigerung betrachtet wird. Vgl. **Bea / Göbel** (2006), S. 329

¹²⁹ Vgl. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 134

¹³⁰ Dies trägt erheblich zur Motivation der Belegschaft bei. Vgl. **Schenk** (2006), S. 76f.

oder komplett neue Tätigkeitsfelder für den Mitarbeiter bieten.¹³¹ Die Wünsche des jeweiligen Mitarbeiters sind hierbei soweit möglich zu berücksichtigen.

Das gesammelte Wissen und die Erfahrungen von Mitarbeitern sind regelmäßig, spätestens aber vor dem Ausscheiden oder der Versetzung eines Mitarbeiters zu dokumentieren. Die Sicherstellung und Dokumentation von Wissen und Erfahrung bringt noch keinen Nutzen, vielmehr müssen diese Daten transparent gemacht und abrufbar bereitgehalten werden. Bei dem Umfang der anfallenden Daten, ist die Nutzung moderner IT hierbei unabdingbar.¹³² Vorteile einer Kooperation bestehen dabei in der Menge der anfallenden Daten sowie in der Menge der Nutzer dieser Daten.

Die Art und Weise von Personalfreisetzung prägt zum einen das Image eines Unternehmens auf dem Arbeitsmarkt und zum anderen das Image gegenüber den im Unternehmen verbliebenen Mitarbeitern. Eine „hire and fire“-Mentalität ist gerade im Gesundheitssektor nicht dazu geeignet, ein Vertrauensverhältnis zwischen Personal und Patienten aufzubauen. Gerade dieses empfindliche Vertrauensverhältnis sollte aufgebaut und gepflegt werden.¹³³ Kooperationen bieten oft die Möglichkeit, Personal intern umzusetzen und so Kündigungen zu vermeiden. Selbst bei unvermeidbarem Personlabbau ist eine Kooperation besser in der Lage, eine sozialverträgliche Lösung herbeizuführen.¹³⁴

Diese Personalfunktionen sind verschiedenen Rahmenbedingungen – dem Organisationsdesign, der Organisationsentwicklung und den rechtlichen Rahmenbedingungen unterworfen.¹³⁵ Eine gute interne Kommunikation ist Grundvoraussetzung für eine transparente Personalstrategie. Ziel

¹³¹ So kann geeigneten Mitarbeitern z.B. Führungs- oder Ausbildungsverantwortung übertragen werden oder sie können an bestimmten Projekten mitarbeiten.

¹³² Eine konsequente IT- Unterstützung ermöglicht erst das Management dieser Datenmengen und ist daher wichtiger Bestandteil der gesamten Kooperation – dies wurde auch im MVZ POLIKUM GmbH in Berlin so gesehen und realisiert. Vgl. **Amelung** (2007), S. 228

¹³³ Vgl. **Neubauer / Demmler** (1989), S. 38

¹³⁴ Dies kann beispielsweise durch Altersteilzeitmodelle o.Ä. geschehen.

¹³⁵ Vgl. Abbildung 7

dieser umfassenden Personalstrategie muss es sein, eine attraktive Arbeitsumgebung für die Mitarbeiter als Grundlage für eine optimale Patientenversorgung zu schaffen und so die Kooperation weiterzuentwickeln.¹³⁶

II.3.4 Großgeräte

„Der Mensch als Patient steht im Mittelpunkt des medizinischen Handelns, nicht die High Tech. Sie ist nur ein phantastisches Hilfsmittel.“¹³⁷

Ausgehend vom Patienten als „Mittelpunkt des medizinischen Handelns“ stellt sich bei neuen Geräten zunächst die Frage nach dem Bedarf. Wer hat Bedarf an Medizintechnik? Bedarf an medizintechnischen Geräten entsteht nicht, wie fälschlicherweise oft dargestellt, beim Arzt oder beim Krankenhaus. Diese sind lediglich Mediatoren - der „Verbraucher“, an denen sich die Bedarfsanalyse orientieren muss. Dies sind die Patienten.¹³⁸ Primär ist also zu evaluieren, ob die Patienten im Einzugsgebiet der Kooperation Bedarf an neuen medizinischen Geräten haben. Da durch eine direkte Bedarfsanalyse beim Patienten offensichtlich keine verwertbaren Ergebnisse erzielt werden können, muss der Arzt beurteilen, ob dieser Bedarf besteht.¹³⁹ Hierbei hat er zu beurteilen, ob das neue Gerät die Belastung für den Patienten im Rahmen der ärztlichen Maßnahmen¹⁴⁰ deutlich reduziert oder völlig neue, bessere Maßnahmen ermöglicht. Erst in einem zweiten Schritt ist die Frage nach der Rentabilität und der Finanzierbarkeit des neuen Gerätes zu betrachten.¹⁴¹

¹³⁶ Dies führt in Idealfall zu einer „lernenden Organisation“. Vgl. **Bea / Göbel** (2006), S. 437f.; **Steinemann / Hennemann** (1997), S. 39f.; **Bijkerk** (1999), S. 832ff.

¹³⁷ **Grönemeyer** (1996), S. 125

¹³⁸ Vgl. **Müller** (1995), S. 18

¹³⁹ Die Patientenorientierung ist hierbei als Grundprämisse der Entscheidungen zu verstehen. Vgl. Kapitel II.1.2.1 i.V.m. **Linder / Pelz** (1982) sowie **Nickel** (2005) S. 43ff.

¹⁴⁰ Dies umfasst alle Maßnahmen der Vorsorge, der Diagnose, der Behandlung und der Nachsorge.

¹⁴¹ Wird die primäre Frage nach dem Bedarf schon verneint, so erübrigt sich die Frage nach der Finanzierbarkeit.

Niedergelassene Ärzte sind regelmäßig nicht in der Lage neue medizinische Großgeräte aus eigenen finanziellen Mitteln zu beschaffen. Teilweise sind einzeln tätige Ärzte auch nicht in der Lage, die zur Amortisation nötige Auslastung des Gerätes sicherzustellen. Ferner muss Personal ausgebildet werden, um das Gerät zu bedienen, was ebenfalls zusätzliche Kosten verursacht.

Diese Erkenntnisse sind häufig der Ausgangspunkt von Kooperationsüberlegungen.¹⁴²

Ist durch einen niedergelassenen Arzt oder eine Kooperation niedergelassener Ärzte der Bedarf festgestellt und kann die Finanzierung bzw. der kostendeckende Betrieb im eigenen Bereich nicht sichergestellt werden, so gilt es mögliche Partner für den gemeinsamen Erwerb und Betrieb des Gerätes zu evaluieren. Dies sind in der Regel andere niedergelassene Ärzte oder Zentren im Bereich der ambulanten Versorgung – Kooperationen mit Krankenhäusern können hier ebenfalls in Betracht gezogen werden. Nachdem ein oder mehrere geeignete und interessierte Partner für die jeweilige Gerätekooperation gefunden sind, ist die Form der Kooperation festzulegen und der Kooperationsvertrag auszugestalten.¹⁴³ Bei der Form der Kooperation kommen im Wesentlichen die gemeinsame Gerätebeschaffung, die Beschaffung durch einen Partner oder die Gründung eines gemeinsamen Unternehmens, welches das Gerät beschafft, in Frage.¹⁴⁴ Die Entscheidung, welche Form gewählt wird, hängt maßgeblich von der Art der Kooperationspartner ab und bildet die Grundlage für den Kooperationsvertrag. Im Kooperationsvertrag sollten mindestens die Eigentumsverhältnisse, der Standort, Art und Umfang der Nutzung, das Bedienpersonal, die Räumlichkeiten, die Kostenerstattung und die Haftung geregelt sein.¹⁴⁵ Aufgrund der hohen Kostenintensität ist eine juristische Prüfung des Vertrages vor Abschluss unerlässlich.

¹⁴² Vgl. **Pfeiffer** (2000), S. 449

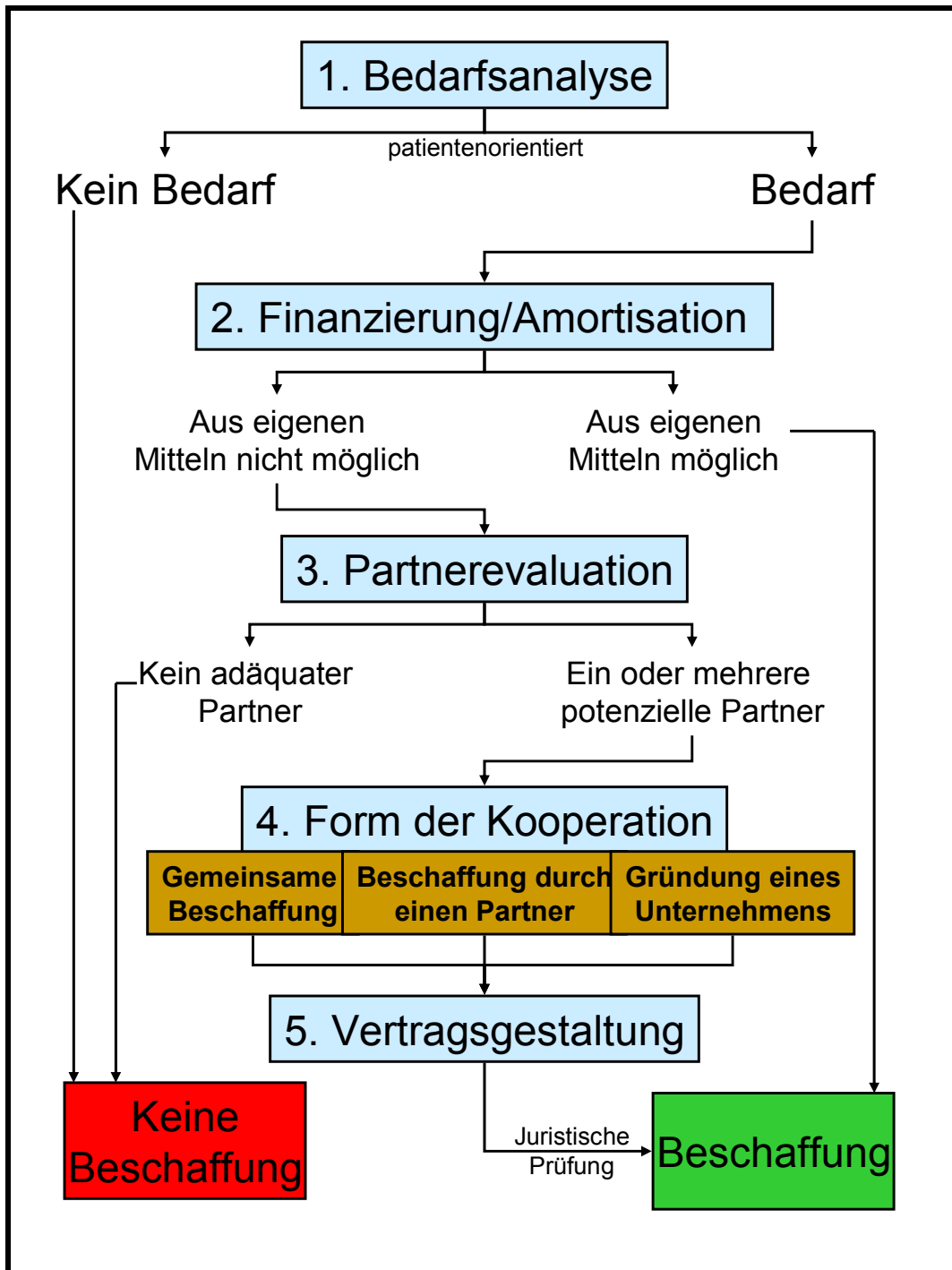
¹⁴³ Vgl. ausführlich zur Vertragsgestaltung und zu den Vertragsinhalten **Ramolla** (2006), S. 97ff.

¹⁴⁴ Vgl. **Pfeiffer** (2000), S. 449f.

¹⁴⁵ Vgl. Kapitel III.7 i.V.m. **Ramolla** (2006), S. 97ff.

Die folgende Abbildung verdeutlicht den Ablauf einer geplanten Großgerätekooperation in Form eines Entscheidungsbaumes. Zu beachten ist hierbei, dass die einzelnen Arbeitsschritte sequentiell ablaufen und aufeinander aufbauen.

Abbildung 8: Ablauf einer Großgerätekooperation



Quelle: Eigene Darstellung

Großgerätekooperationen eröffnen bei sorgfältiger Planung niedergelassenen Ärzten oder anderen medizinischen Versorgungseinrichtungen neue Diagnose- und Behandlungsmethoden bzw. senken die Kosten erheblich, wie am Beispiel des MVZ Polikum GmbH in Berlin Friedenau deutlich wird. Die dort praktizierenden Ärzte nutzen ca. 90 medizintechnische Geräte gemeinsam. Die Koordination der Nutzungszeiten wird dabei über eine direkte IT- Anbindung der Geräte an das Terminmanagement gewährleistet.¹⁴⁶ Maßgeblich für die Kostenreduktion ist dabei der hohe Auslastungsgrad der Geräte.

II.3.5 Marketing

In den letzten Jahren wurde das Werbeverbot für Ärzte in Deutschland sukzessiv gelockert. Zwar sind nicht – wie in den USA – alle berufsrechtlichen Werbeschränken gefallen, den Ärzten wurden und werden allerdings immer mehr Rechte zur Information über ihre Tätigkeit zugesprochen.¹⁴⁷ Auch die Patienten sehen im Arzt, hervorgerufen durch Zuzahlungen wie z.B. die Praxisgebühr, zunehmend einen Dienstleister und erwarten ein umfassendes Angebot. Dieses Angebot im Rahmen der berufsrechtlichen Vorschriften zu kommunizieren ist die Aufgabe des Marketings im Gesundheitswesen.¹⁴⁸ Wird der enorme Kostenaufwand betrachtet, den beispielsweise eine umfassende Marktforschung oder der Aufbau einer wirksamen langfristigen Werbung mit sich bringt, so ist es nahe liegend, diesen Aufwand auf mehrere Partner zu verteilen. Diese Verteilung kann in Form einer Marketingkooperation erfolgen. Marketingkooperationen werden grundsätzlich zwischen rechtlich selbständigen Partnern geschlossen, die hiermit teilweise ihre wirtschaftliche

¹⁴⁶ Vgl. **Amelung** (2007), S. 228

¹⁴⁷ Vgl. **Braun** (2005); **Braun / Güssow** (2006)

¹⁴⁸ Vgl. **ebenda**

Selbständigkeit zugunsten der Kooperation aufgeben und sich nach der Art der kooperierenden Unternehmen wie folgt differenzieren lassen.

II.3.5.1 Horizontale Marketingkooperation

Unter horizontaler Marketingkooperation ist die übergreifende Zusammenarbeit von Leistungsanbietern derselben Leistungsstufe zu verstehen. Bei der Evaluation potenzieller Kooperationspartner ist darauf zu achten, dass die Kooperationspartner keine Güter oder Dienstleistungen anbieten, die im Gegensatz zur eigenen Leistung stehen, und dass die Qualität einen ähnlichen Standard aufweist.¹⁴⁹ Die Zusammenarbeit im Rahmen des Marketings sollte dabei in der Lage sein, eine bedarfsgerechte Absatzorganisation aufzubauen und potenzielle Kunden differenziert anzusprechen.¹⁵⁰ Dabei können die unterschiedlichen Produkte und Dienstleistungen der Anbieter den Kunden sowohl als Alternativen als auch als Ergänzungen angeboten werden.

Im Gesundheitssektor ist ein erhebliches Potenzial für horizontale Marketingkooperationen vorhanden, welches bisher jedoch kaum ausgeschöpft wird. Zwei exemplarische Möglichkeiten hierzu verdeutlicht die folgende Tabelle.

¹⁴⁹ Die Vereinbarung gemeinsamer Qualitätsstandards sollte die Grundlage für eine Marketingkooperation bilden. Vgl. Kapitel III.11 i.V.m. **Schmutte** (1999), S. 648; **Schmutte** (1998), S. 85ff.

¹⁵⁰ Dies entspricht einer Marktsegmentierungsstrategie, für die zumindest das Potenzial vorhanden sein muss. Über die Strategiewahl in Bezug auf verschiedene Märkte muss in einem weiteren Schritt gemeinsam entschieden werden. Vgl. zu diversen Marketingstrategien Kapitel III.9.3 i.V.m. **Becker** (1992), S. 121ff.

Tabelle 3: Horizontale Marketingkooperationen im Gesundheitssektor

<u>Gebiet</u>	<u>Partner</u>	<u>Angebot</u>
<i>Vorsorge / Gesunderhaltung</i>	Hausarzt	Vorsorge Check-Up, Beratung, Trainingsempfehlung
	Sportarzt	Lacktatwertmessung, Belastungs-EKG, Beratung
	Fitnessstudio	Trainingsprogramm, Trainingsmöglichkeit, Anleitung
	Sportausstatter	Sportgeräte, Sportbekleidung
	Sportverein	Gemeinschaftserlebnis, Motivation, Wissensaustausch
<i>Reise / Reisemedizin</i>	Hausarzt	Gesundheitscheck, Impfberatung, Thrombosevorsorge
	Tropenarzt	Impfberatung, Spezialberatung für bestimmte Gebiete, Zusammenstellung der Reiseapotheke
	Apotheke	Reiseapotheke, Impfstoffe
	Tropeninstitut	Informationen, Warnungen, Empfehlungen, Spezialimpfungen ¹⁵¹
	Reisebüro	Reiseplanung und -organisation

Quelle: Eigene Darstellung

Vor allem im Bereich der Individuellen Gesundheitsleistungen (iGeL) kann eine sorgfältig geplante Marketingkooperation für einen Umsatzzuwachs aller beteiligten Partner sorgen. Die oftmals angeführten Restriktionen des ärztlichen Berufsrechtes sind natürlich auch bei Marketingkooperationen

¹⁵¹ Z.B. Gelbfieberprophylaxe, die nur durch eine von der WHO zertifizierte Impfstelle durchgeführt werden darf.

einzuhalten¹⁵² – sie schließen jedoch keinesfalls eine Marketingkooperation im Gesundheitswesen aus, obwohl dies oft als Hinderungsgrund angeführt wird.

Die Tendenz zur Lockerung des ärztlichen Werbeverbotes ist seit einigen Jahren vorhanden und findet Ausdruck in diversen diesbezüglichen Gerichtsurteilen.¹⁵³ Es ist zu erwarten, dass mit einer weiteren Lockerung des Werbeverbotes eine Zunahme der horizontalen Marketingkooperationen im Gesundheitswesen einhergehen wird.

II.3.5.2 Vertikale Marketingkooperation

In Abgrenzung zur horizontalen Kooperation erfolgt hier die Zusammenarbeit zwischen Unternehmen vor- bzw. nachgelagerter Leistungsstufen.¹⁵⁴

Ziele einer solchen Kooperation können beispielsweise die Entlastung der Partner von bestimmten absatzwirtschaftlichen Teilaufgaben bzw. eine verbesserte Verteilung der Erfüllung dieser Teilaufgaben durch die Kooperationspartner sein. Marktforschung könnte so z.B. durch einen spezialisierten Partner durchgeführt werden, während ein anderer Partner die Gestaltung der Werbung übernimmt. Dies setzt voraus, dass die Verbindung der Leistungsstufen bzw. der Unternehmen und ihrer Produkte und Dienstleistungen dem Kunden eindeutig kommuniziert werden kann. Eine Möglichkeit zur vertikalen Marketingkooperation im Gesundheitswesen soll nun anhand einer einfachen Knochenfraktur vorgestellt werden.

Hier ist eine Kooperation entlang der Leistungskette zwischen einem Facharzt für Chirurgie, einem Facharzt für Allgemeinmedizin und einer

¹⁵² Vgl. **Braun** (2005); **Braun / Güssow** (2006)

¹⁵³ Erlaubt sind demnach z.B. die Angabe von Behandlungsangeboten und Tätigkeitsschwerpunkten auf dem Praxisschild (BVerfG vom 05.04.2001, Az.: 3 C 25/00), die Bezeichnung eines Arztes als Spezialist, abweichend von Facharztbezeichnungen (BVerfG vom 08.01.2002, Az.: 1 BvR 1147/01), die namentliche Nennung und Zitierung eines Arztes (Bayerisches OLG vom 26.09.02, Az.: LBG-Z 2/02), Slogans oder Logos (BVerfG vom 17.07.2003, Az.: 1 BvR 2115/02; LG Aachen vom 13.11.2001, Az.: 1 O 611/00), Auskünfte über den beruflichen Werdegang und Auslandsaufenthalte (BVerfG vom 26.08.2003, Az.: 1 BvR 1003/02), Dialekt- und Fremdsprachenkenntnisse (BVerfG vom 26.08.2003, Az.: 1 BvR 1003/02), private Hobbys und Sympathiewerbung (BVerfG vom 26.08.2003, Az.: 1 BvR 1003/02) und die Nutzung unüblicher oder untypischer Medien (BVerfG vom 26.09.2003, Az.: 1 BvR 1608/02)

¹⁵⁴ Vgl. **Braun / Güssow** (2006), S. 71

Rehabilitationseinrichtung vorstellbar. In diesem Fall könnte die Marketingkooperation so realisiert werden, dass der Chirurg die Patienten mit der Indikation Knochenfraktur über die Möglichkeit der Nachsorge beim Allgemeinmediziner und der Rehabilitation in der Rehabilitationseinrichtung informiert, die Rehabilitationseinrichtung Marktforschung bei potenziellen und bei bereits behandelten Patienten durchführt, der hausärztliche Allgemeinmediziner als Bindeglied fungiert und für die Werbung für diese Versorgungskette verantwortlich ist.

Auch hier stellen das ärztliche Berufsrecht sowie die einschlägigen Gesetze die Obergrenze der Möglichkeiten zur Werbung dar, welche sich allerdings wie bereits angesprochen sukzessiv nach oben verschiebt.¹⁵⁵

II.3.5.3 Komplementäre Marketingkooperation

Dies sind Kooperationen, die sich im Produktions-, Sortiments- oder Leistungsprogramm gegenseitig ergänzen.¹⁵⁶ Dabei können vertikale und/oder horizontale Kooperationspartner eingeschlossen sein. Ziel der Komplementären Marketingkooperation ist die Vermarktung einer so genannten „Systemlösung“. Hierunter ist ein Komplettangebot zu verstehen, welches dem Kunden alle Güter und/oder Dienstleistungen aus einer Hand anbietet, die er zur Befriedigung eines bestimmten Bedürfnisses benötigt.¹⁵⁷ Bei der Evaluation der potenziellen Partner ist hier vor allem darauf zu achten, dass die angebotenen Güter und Dienstleistungen nicht in direkter Konkurrenz zueinander stehen, sondern sich möglichst ergänzen. Bestehen in einzelnen Teilbereichen solche Konkurrenzangebote, sollte das Produkt oder die Dienstleistung nur noch von dem Partner angeboten werden, der hier bereits über die umfangreicheren Erfahrungen und die stärkere Marktposition verfügt.

¹⁵⁵ Vgl. **Braun** (2005); **Braun / Güssow** (2006)

¹⁵⁶ Komplementäre Kooperationen werden auch als „lateral“ bezeichnet. Vgl. **Stölzle** (1999), S. 150f.; **Picot / Dietl / Franck** (2002), S. 126; **Reiß** (1992), S. 122; **Braun / Güssow** (2006), S. 71

¹⁵⁷ Komplementäre Marketingkooperationen müssen sich daher noch stärker am Kunden orientieren, um durch eine konsequente Kundenorientierung komparative Wettbewerbsvorteile aus der Kooperation zu erschließen. Vgl. **Braun / Gröbner** (2004), S. 5

Im Gesundheitssektor befinden sich solche Marketingkooperationen bereits bei einigen Einrichtungen im Aufbau.

Hervorragend geeignet für eine komplementäre Marketingkooperationen sind beispielsweise Zentren, die mehrere niedergelassene Ärzte und Einrichtungen wie Apotheke, Heilpraktiker, Hörgeräteakustiker, Physiotherapeut, Psychotherapeut und Sanitätshaus beherbergen. So kann das Komplettangebot der „Gesundheitsversorgung unter einem Dach“ am effektivsten vermarktet werden.¹⁵⁸

Diese Kooperationsform wird vor dem Hintergrund der neu eingeführten Integrierten Versorgung mit einem Budgetvolumen in der Anschubfinanzierung von 1 Prozent der Gesamtvergütung, was in den Jahren 2006 und 2007 ca. 680 Mio. Euro entsprach, in Zukunft stark zunehmen.¹⁵⁹

II.3.6 Finanzierung

Unter Finanzierung wird gemeinhin die Bereitstellung von Kapital verstanden. Die finanzielle Absicherung der Kooperation ist von existenzieller Bedeutung.¹⁶⁰ Der zur Finanzierung gegenläufige Vorgang – die Definanzierung – ist demzufolge die Rückzahlung von Kapital. Bilanztechnisch ist daher jede Passivmehrung als Finanzierung und jede Passivminderung als Definanzierung zu betrachten.¹⁶¹

Bei der gebräuchlicheren, engeren Auslegung dieser beiden Begriffe wird unter Finanzierung und Definanzierung nur noch der Zu- bzw. Abfluss finanzieller Mittel, wie z.B. Bargeld, Wertpapiere, Bankguthaben u.Ä., verstanden. Die Finanzierung dient hierbei der Mittelaufbringung mit dem Ziel

¹⁵⁸ So z.B. im Gesundheitszentrum Gropiusstadt (Berlin), im Gesundheitszentrum Spandau (Berlin) oder im Gesundheitszentrum Potsdam GmbH.

¹⁵⁹ Vgl. ausführlich zur Integrierten Versorgung **SGB V** §140a ff. i.V.m. **Kuhlmann** (2000); **Ratajczak** (2000); **Wigge** (2001); **Wigge** (2001a); **Bihr / Krauskopf** (2001); **Hess** (2002); **Windhorst** (2002); **Braun / Güssow** (2006); **Güssow** (2007)

¹⁶⁰ Der häufigste Grund für das Scheitern von Existenzgründungen sind Finanzierungsfehler. Vgl. **Merk** (2006), S. 26

¹⁶¹ Vgl. **Seicht** (1995), S. 170f.

der weiteren Mittelverwendung. Bilanztechnisch lässt sich der Zusammenhang zwischen diesen Größen, abgeleitet aus der Bilanzgleichung, wie folgt darstellen:

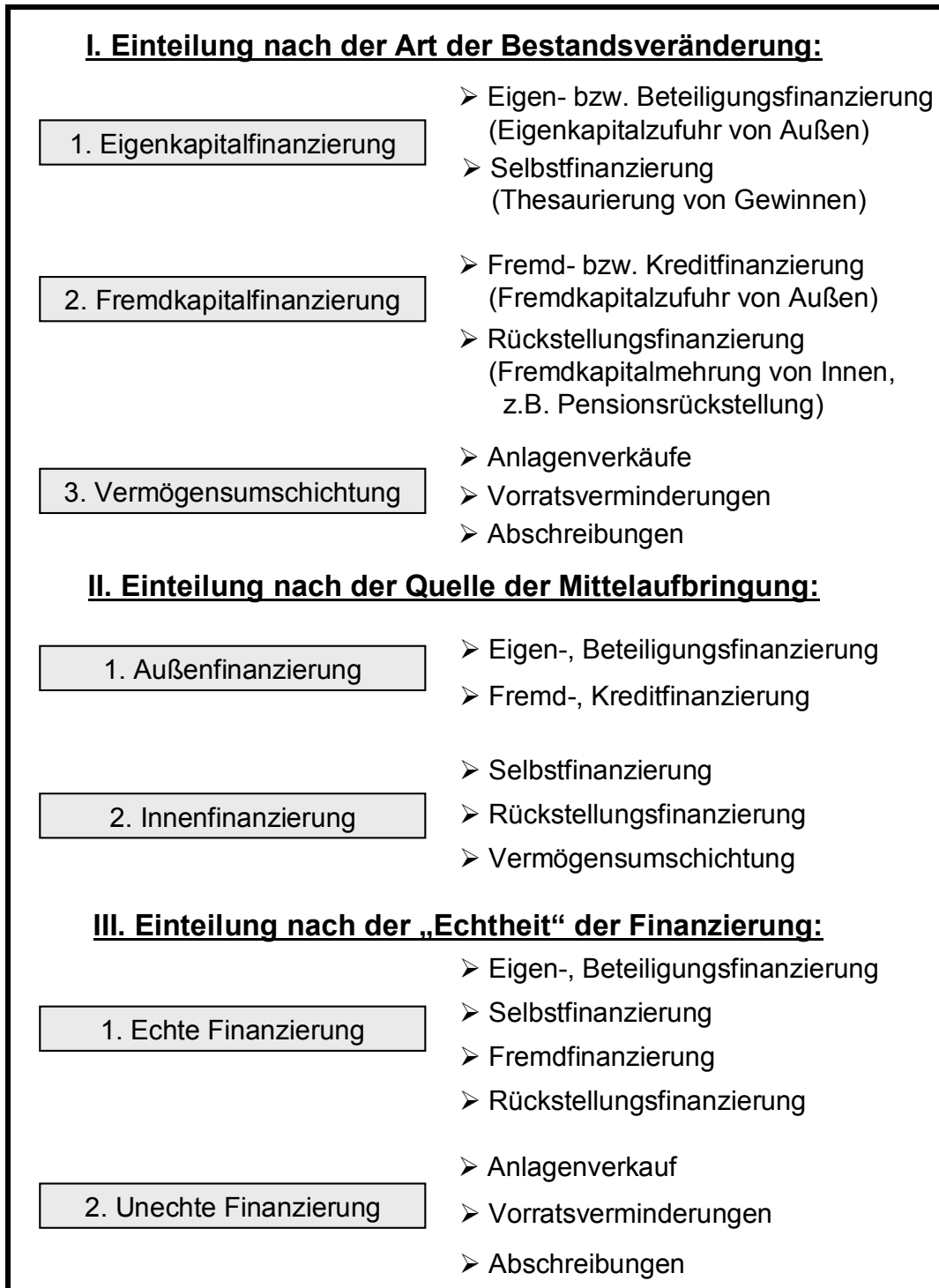
$$\begin{aligned} & \text{Mittelaufbringung (Finanzierung + Devestition)} \\ & = \text{Mittelverwendung (Definanzierung + Investition)}^{162} \end{aligned}$$

Finanzierungsvorgänge lassen sich nach der Mittelherkunft in Eigen- und Fremdfinanzierung unterscheiden.¹⁶³ Weitere Unterscheidungskriterien sind in der folgenden Abbildung dargestellt.

¹⁶² Vgl. **ebenda** S. 170f.

¹⁶³ Vgl. **Almendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 131f.

Abbildung 9: Finanzierungsvorgänge



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an **Seicht** (1995), S. 171f.

Unabhängig von der Art der Einteilung können fünf Arten der Finanzierung unterschieden werden:

- Eigenfinanzierung,

- Selbstfinanzierung,
- Fremdfinanzierung,
- Rückstellungsfinanzierung und
- Finanzierung aus Vermögensumschichtungen.¹⁶⁴

Es ist zu prüfen ob und falls ja wie Kooperationen dazu beitragen können, das Finanzierungspotenzial in den einzelnen Bereichen zu erhöhen oder besser auszuschöpfen.

Die Eigenfinanzierung als Eigenkapitalzufuhr von außen ist unmittelbar abhängig von der Finanzkraft der Eigenkapitalgeber. Quellen der Eigenfinanzierung können Haftungskapital von Gesellschaftern, eingebrachte Sachwerte, stille Beteiligungen von Kapitalgebern, Zuschüsse und Eigenleistungen sein.¹⁶⁵ Diese Finanzkraft muss in einer Kooperation nicht zwangsläufig größer sein, zumindest die Anzahl der Eigenkapitalgeber ist jedoch größer als bei einem Einzelunternehmen.¹⁶⁶ Tendenziell ist also ein Verbundunternehmen aufgrund der größeren Anzahl an Eigenkapitalgebern – und damit an Optionen zur Eigenfinanzierung - besser in der Lage, Kapital auf dem Wege der Eigenfinanzierung verfügbar zu machen. Weitere zu berücksichtigende wichtige Einflussfaktoren sind dabei die Rechtsform und die Anzahl der Partner.¹⁶⁷

Die Selbstfinanzierung erfolgt in der Regel durch die Thesaurierung von Gewinnen. Die Möglichkeit zur Selbstfinanzierung ist also allein von der Höhe der erwirtschafteten Gewinne abhängig. Diese Tatsache allein ist nicht dazu geeignet einer Kooperation bessere Möglichkeiten zur Selbstfinanzierung zuzusprechen als einem Einzelunternehmer. Wird jedoch unterstellt, dass ein Ziel der Kooperation die Steigerung des Gewinnes ist und dieses Ziel mindestens teilweise erreicht wird, so bieten sich der Ko-

¹⁶⁴ Vgl. **Seicht** (1995), S. 170f.

¹⁶⁵ Vgl. **Almendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 131f.

¹⁶⁶ Gerade im Bereich der niedergelassenen Ärzte sind die Ärzte in der Regel selbst die einzigen Eigenkapitalgeber und können daher bei Finanznot kaum weitere Quellen zur Eigenfinanzierung erschließen.

¹⁶⁷ Vgl. Kapitel II.3.7 i.V.m **Klawonn / Wagner** (2006), S. 9ff.

operation aufgrund des höheren Gewinnpotenzials bessere Möglichkeiten zur Kapitalgewinnung durch Selbstfinanzierung.

Die Fremdfinanzierung erfolgt durch Zuführung von Kapital von außen, d.h. von Fremdkapitalgebern. Diese Fremdkapitalgeber sind regelmäßig Kreditinstitute¹⁶⁸, die Kapital in Form von Krediten bereitstellen.¹⁶⁹ Für die Höhe der bereitgestellten Kredite ist die Kreditwürdigkeit des Unternehmens entscheidend. Für die Kreditwürdigkeit wiederum spielen Sicherheiten eine entscheidende Rolle. Größere Unternehmen haben somit meist bessere Möglichkeiten zur Kreditfinanzierung als kleinere Unternehmen. Wird davon ausgegangen, dass eine Kooperation tendenziell größer als ein Einzelunternehmen ist, so hat dies zur Folge, dass die Fremdfinanzierung in einer Kooperation besser zu realisieren ist als bei einem Einzelunternehmen.

Die Rückstellungsfinanzierung ist eine Fremdkapitalmehrung von innen heraus. Hierbei werden Verbindlichkeiten zwar als Ausgabe der laufenden Periode behandelt, die Auszahlung erfolgt jedoch erst in der Zukunft.¹⁷⁰ Das so frei gewordene Kapital (inklusive des Steuervorteils) ist also durch eine Rückstellung finanziert worden. Der Vorteil der Kooperation gegenüber dem Einzelunternehmen besteht hier wiederum in der Größe des Unternehmens. Die zugrunde liegende Rechtsform ist hierbei ein entscheidender Faktor, da vielfältige rechtliche Restriktionen zu beachten sind.¹⁷¹

Die Finanzierung aus Vermögensumschichtungen ist, wie bereits in Abbildung 9 dargestellt, keine echte Form der Finanzierung, sondern lediglich eine Umschichtung von Vermögenswerten. Bilanztechnisch stellt sich dies als Aktivtausch mit bilanzverkürzender Wirkung dar. Diese Form der Finanzierung ist daher lediglich geeignet, um kurzfristige Liquiditätsengpäs-

¹⁶⁸ Fremdkapitalgeber können auch Lieferanten, Pharmafirmen oder öffentliche Stellen sein.

¹⁶⁹ Die Fremdfinanzierung wird daher auch oft als „Kreditfinanzierung“ bezeichnet.

¹⁷⁰ Dies sind z.B. Pensionsrückstellungen.

¹⁷¹ Insbesondere die hier relevanten steuerrechtlichen Vorgaben differieren teilweise erheblich zwischen Körperschaften und Personengesellschaften. Vgl. Kapitel III.10.4.5 i.V.m. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 93ff.

se aufzufangen und später wieder zu def finanzieren bzw. zu investieren. Die Möglichkeiten zu dieser Finanzierungsform hängen in erster Linie von der Art des Anlage- und Umlaufvermögens des Unternehmens ab. Kooperationen haben hier lediglich einen Vorteil in der Masse der potenziell zu liquidierenden Vermögensgegenstände.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass ein Kooperationsverbund tendenziell aufgrund seiner Struktur und seiner Größe im Vergleich zu Einzelunternehmen besser in der Lage ist, Finanzierungspotenzial zu erschließen. Dies gilt sowohl für die Anzahl der Möglichkeiten zur Finanzierung als auch für die Höhe des zu finanzierenden Betrages. Dabei gilt: Die Summe der Finanzierungssummen einzelner Unternehmen ist kleiner als die potenzielle Finanzierungssumme bei einer Kooperation aus denselben Unternehmen. Es kann somit von Synergiepotenzial ausgegangen werden.¹⁷²

II.3.7 Rechtliche Verflechtung (Rechtsform)

Ein grundlegender Prüfungspunkt beim Eingehen von Kooperationen sollte die Wahl der (richtigen) Rechtsform sein. Dabei stehen medizinischen Kooperationen grundsätzlich alle zulässigen Organisationsformen zur Verfügung.¹⁷³ Dies gilt sowohl für die traditionellen freiberuflichen Kooperationsformen als auch für Personengesellschaften und Körperschaften. Die wichtigsten Organisationsformen werden im Folgenden dargestellt und charakterisiert.

¹⁷² Vgl. Kapitel II.2 i.V.m. **Vizjak** (1990), S. 4

¹⁷³ Vgl. z.B. **SGB V** §95 (1)

II.3.7.1 Freiberufliche Kooperationsformen

Die traditionelle Einzelpraxis mit einer natürlichen Person als Eigentümer und Geschäftsführer soll hier nicht näher betrachtet werden, sondern lediglich als Referenzgröße und „Nullpunkt“ von Kooperationen dienen.

Die bis zum Inkrafttreten des GMG¹⁷⁴ praktizierten Kooperationsformen niedergelassener Ärzte beschränkten sich im Wesentlichen auf Praxisgemeinschaften, Labor- oder Apparategemeinschaften und Gemeinschaftspraxen. Mit Inkrafttreten des VÄndG¹⁷⁵ wurden die Kooperationsmöglichkeiten freiberuflich tätiger Ärzte deutlich erweitert. Der Begriff „Gemeinschaftspraxis“ wurde durch den Terminus „Berufsausübungsgemeinschaft“ ersetzt und inhaltlich erweitert. Unter Berufsausübungsgemeinschaften werden fachgleiche Gemeinschaftspraxen, fachgebietsübergreifende¹⁷⁶ Gemeinschaftspraxen, Teilgemeinschaftspraxen und überörtliche Gemeinschaftspraxen zusammengefasst.¹⁷⁷ Praxisgemeinschaften sowie Labor- oder Apparategemeinschaften werden als Organisationsgemeinschaften bezeichnet.

Als Organisationsgemeinschaft wird die Zusammenarbeit rechtlich selbständiger Ärzte verstanden, die sich auf die gemeinsame Nutzung von Gebäuden, Räumlichkeiten, Einrichtungen oder Geräten erstreckt.¹⁷⁸ Die Kooperation ist somit überwiegend wirtschaftlicher und nicht juristischer Natur. Die Ärzte rechnen ihre Leistungen wie in einer Einzelpraxis getrennt ab.¹⁷⁹ Die Aufteilung der Kosten erfolgt nach einem vertraglich vereinbarten Schlüssel, der meist an die Häufigkeit bzw. die Zeit der Nutzung gekoppelt ist.¹⁸⁰ Ziel dieser Kooperationsform ist es, die hohen Investi-

¹⁷⁴ Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14.11.2003 (BGBl I, S. 2190) trat zum 01.01.2004 in Kraft. Vgl. Kapitel III.2

¹⁷⁵ Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) vom 22.12.2006 (BGBl I, S. 3439) trat zum 01.01.2007 in Kraft.

¹⁷⁶ Vgl. zur Definition des Merkmals „fachübergreifend“ Kapitel III.2.2.1

¹⁷⁷ Vgl. **Orlowski / Halbe / Karch** (2008), S. 108 f.

¹⁷⁸ Vgl. **Meyer** (1993), S. 112f.

¹⁷⁹ Dies gilt sowohl für EBM-Abrechnungen mit der zuständigen KV als auch für Privatliquidationen nach GOÄ.

¹⁸⁰ Vgl. **Meyer** (1993), S. 113

onskosten für medizinische Apparate, Laboreinrichtungen oder Infrastruktur auf mehrere Partner zu verteilen und eine effiziente Auslastung¹⁸¹ sicherzustellen.¹⁸² Die Organisationsgemeinschaft stellt innerhalb der möglichen Ausprägungen eine relativ lose Kooperationsform mit nur geringer Verflechtungsintensität und Verbindlichkeit dar.

Berufsausübungsgemeinschaften unterscheiden sich von Organisationsgemeinschaften im Wesentlichen durch die rechtliche Verbindung der Partner zu einer gesellschaftsrechtlichen Einheit mit dem Zwecke der gemeinsamen Berufsausübung.¹⁸³ Die wirtschaftliche Kooperation erfolgt ähnlich wie bei Organisationsgemeinschaften; die Kooperationspartner rechnen ihre erbrachten Leistungen allerdings als Einheit unter einer Abrechnungsnummer ab.¹⁸⁴ Die interne Verteilung der Erträge erfolgt in der Regel nach vertraglich vereinbarten Verteilungsschlüsseln bzw. nach dem Anteil des jeweiligen Arztes am Umsatz. Die Konsultation von Kollegen innerhalb der Berufsausübungsgemeinschaft erfolgt ohne Überweisung.¹⁸⁵ Diese Form der Kooperation ist vor allem unter Familienmitgliedern verbreitet.¹⁸⁶

¹⁸¹ Eine effiziente Auslastung ist hier gleichzusetzen mit einer hohen Auslastung. Da der Ressourceneinsatz mit der Anschaffung und dem Betrieb des Labors bzw. der Gerätes bereits vorgegeben ist, ist eine maximale Auslastung hier effizient. Vgl. zum Effizienzbegriff, insbesondere zur Abgrenzung zum Effektivitätsbegriff **Stahl** (1995), S. 89f.; **Schedler** (1995), S. 70ff.; **Fonger** (1992), S. 20f.

¹⁸² Siehe hierzu auch Kapitel II.3.4

¹⁸³ Vgl. **Orlowski / Halbe / Karch** (2008), S. 109 f.

¹⁸⁴ Dies gilt für die EBM-Abrechnungen mit der zuständigen KV. Privatliquidationen können je nach Vereinbarung weiterhin separat oder ebenfalls gemeinsam abgerechnet werden.

¹⁸⁵ Eine Ausnahme hiervon bilden seit Inkrafttreten des EBM 2008 zum 01.01.2008 fachgebietsübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, die Versicherten- und Grundpauschalen (Vgl. **EBM 2008** Abschnitt 3ff.) für fachgebietsübergreifend behandelte Patienten mehrfach abrechnen können. Der bis dahin gewährte Aufschlag zum Ordinationskomplex ist für alle Berufsausübungsgemeinschaften zum 31.12.2007 entfallen. Vgl. **EBM 2008**, Abschnitt 1

¹⁸⁶ In diesem Fall werden Berufsausübungsgemeinschaften häufig auch als Familienpraxen bezeichnet.

II.3.7.2 Personengesellschaften

Das HGB bzw. das BGB sehen die Gesellschaft bürgerlichen Rechts¹⁸⁷ (GbR)¹⁸⁸, die Offene Handelsgesellschaft (OHG)¹⁸⁹, die Kommanditgesellschaft (KG)¹⁹⁰ und die Stille Gesellschaft¹⁹¹ als Organisationsformen der Personengesellschaften vor.¹⁹² Medizinische Kooperationen betreiben in der Regel kein Handelsgewerbe¹⁹³, welches Voraussetzung zur Gründung einer OHG, einer KG oder einer Stillen Gesellschaft wäre.¹⁹⁴ Tritt eine Personengesellschaft dennoch als OHG, KG oder Stille Gesellschaft auf, ohne ein Handelsgewerbe zu betreiben, so wird sie zivilrechtlich als GbR angesehen.¹⁹⁵ Die Rechtsformen des HGB kommen daher für medizinische Kooperationen nicht in Betracht.¹⁹⁶

Die GbR als Rechtsform des BGB hingegen stellt eine mögliche und zulässige Organisationsform für medizinische Kooperationen dar. Speziell für Angehörige freier Berufe wurde mit der Verabschiedung des Partnerschaftsgesellschaftsgesetzes (PartGG) eine zweite mögliche Rechtsform in Form einer Personengesellschaft geschaffen.¹⁹⁷

Die Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) ist als Zusammenschluss mehrerer natürlicher oder juristischer Personen gekennzeichnet, die durch

¹⁸⁷ Für die Gesellschaft bürgerlichen Rechts wird der gesetzlichen Normierung folgend auch der Begriff „BGB – Gesellschaft“ synonym verwendet.

¹⁸⁸ Vgl. **BGB** §§705ff.

¹⁸⁹ Vgl. **HGB** §§105ff.

¹⁹⁰ Vgl. **ebenda** §§161ff.

¹⁹¹ Vgl. **ebenda** §§230ff.

¹⁹² Vgl. **Bea / Göbel** (2006), S. 289f.

¹⁹³ „Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe; er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.“ **BÄO** §1 (2), **MBO** §1 (1)

¹⁹⁴ Vgl. **HGB** §§105 (1), 162 (1) und 230 (1)

¹⁹⁵ Vgl. **Horschwitz / Groß / Weidner** (1997), S. 4.

¹⁹⁶ Vgl. ausführlich zur Problematik der Zulässigkeit von Gesellschaftsformen nach HGB insbesondere für MVZ bzw. der Vereinbarkeit mit der BÄO **Zwingel / Preißler** (2005), S. 67f.; zu einem anderen Schluss kommen hingegen **Isringhaus / Kroel / Wendland**, die eine Unvereinbarkeit des §1 BÄO mit dem HGB verneinen. Vgl. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 11ff. Die Tatsache, dass bis zum 30.06.2007 keine ärztlichen Kooperationen mit dem Ziel der Leistungserbringung (insbesondere MVZ) als OHG, KG oder stille Gesellschaft zugelassen wurden, spricht für die Unvereinbarkeit dieser beiden Normen.

¹⁹⁷ Vgl. **Horschwitz / Groß / Weidner** (1997), S. 4.; **PartGG**

ihr Zusammenwirken einen gemeinsamen Zweck verfolgen.¹⁹⁸ Grundlage dieses Zusammenwirkens ist der so genannte Gesellschaftervertrag, der die Art und Weise des Zusammenwirkens definieren muss.¹⁹⁹ Der Gesellschaftsvertrag ist an keine bestimmte Form gebunden und kann somit formal und inhaltlich frei gestaltet werden.

Der gemeinschaftlich verfolgte Zweck kann sowohl ideeller als auch wirtschaftlicher Natur sein und auf Dauer oder vorübergehend angelegt sein. Eine eigene Rechtspersönlichkeit besitzt die GbR grundsätzlich nicht, der BGH hat ihr mit seiner Grundsatzentscheidung vom 29.01.2001²⁰⁰ jedoch eine Rechtsfähigkeit zuerkannt, sofern sich durch die Teilnahme am Rechtsverkehr eigene Rechte und Pflichten begründen lassen.²⁰¹ Dies ist beispielsweise bei einem als GbR geführten MVZ der Fall. Damit wurde das Haftungssystem der GbR dem der OHG angepasst, was gravierende Folgen für die Gesellschafter hat. Die Gesellschafter haften jetzt per Gesetz für sämtliche Verbindlichkeiten der Gesellschaft, sogar wenn diese vor ihrem Beitritt entstanden sind.²⁰² Gesellschafter kann neben jeder natürlichen Person auch jede juristische Person sein.²⁰³ Trifft der Gesellschaftsvertrag keine Regelungen zur Geschäftsführung durch einen oder mehrere Gesellschafter, so führen alle Gesellschafter die Geschäfte gemeinschaftlich, d.h. jedes Rechtsgeschäft bedarf der Zustimmung aller Gesellschafter (Einstimmigkeitsgrundsatz).²⁰⁴ Das Vermögen der Gesellschaft stellt ein dinglich gebundenes Sondervermögen dar, welches durch Einlagen der Gesellschafter oder durch den Geschäftsbetrieb erworben wird.²⁰⁵ Es handelt sich hierbei um ein so genanntes Gesamthandsvermö-

¹⁹⁸ Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 29

¹⁹⁹ Vgl. **BGB** §705

²⁰⁰ Vgl. **BGH** Az. II ZR 331/00 vom 29.01.2001

²⁰¹ Dies hat z.B. zur Folge, dass die GbR (und nicht nur ihre Gesellschafter) gemäß **ZPO** §50 (1) auch parteifähig im Rahmen von Prozessen ist.

²⁰² Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 29 i.V.m. **HGB** §§128, 130

²⁰³ Dies können z.B. andere Personengesellschaften, wie OHG, KG, GbR, Partnerschaftsgesellschaft oder Kapitalgesellschaften, sein.

²⁰⁴ Vgl. **BGB** §§709, 710

²⁰⁵ Vgl. **ebenda** §718

gen, über das der einzelne Gesellschafter nicht verfügen kann.²⁰⁶ Wird für eine Kooperation im Gesundheitswesen, beispielsweise ein MVZ, die GbR als Rechtsform gewählt, so sollten im Gesellschaftsvertrag Festlegungen getroffen sein, wie die Gewinn- und Verlustverteilung sowie die Entnahmerechte geregelt werden. Wird dies versäumt, sieht das Gesetz eine grundsätzlich gleiche Verteilung von Gewinn und Verlust auf die Gesellschafter vor. Nach Art, Größe oder Kapitaleinlage der Gesellschafter wird hierbei nicht differenziert.²⁰⁷ Gleiches gilt für das Ausscheiden eines Gesellschafters. Werden im Gesellschaftsvertrag keine Festlegungen diesbezüglich getroffen, so wird die Gesellschaft durch das Ausscheiden eines Gesellschafters (beispielsweise durch Tod, Insolvenz, Kündigung) aufgelöst.²⁰⁸ Die soeben genannten subsidiären gesetzlichen Regelungen verdeutlichen die Bedeutung, die dem Gesellschaftsvertrag bei der Gründung einer GbR zukommt.²⁰⁹ Hier ist der Schwerpunkt bei der Gründung einer Kooperation im Gesundheitswesen als GbR zu setzen – professionelle Beratung und Unterstützung ist dabei unabdingbar.

Im Bereich des Gesundheitswesens ist die bisher gebräuchlichste Form der GbR die Berufsausübungsgemeinschaft, grundsätzlich sind der Ausgestaltung der GbR auch im Gesundheitswesen kaum Grenzen gesetzt.

Die seit dem 01.07.1995 aufgrund des Partnerschaftsgesellschaftsgesetzes mögliche Partnerschaftsgesellschaft (PartG) ist eine Personengesellschaft, bei der sich ausschließlich natürliche Personen, welche Angehörige Freier Berufe sind, zur gemeinschaftlichen Berufsausübung zusammenschließen können.²¹⁰ Aus dem Bereich des Gesundheitswesens definiert das Gesetz hier explizit die selbständige Berufstätigkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Heilpraktiker, Krankengymnasten, Hebammen, Heilmasseure und Diplom-Psychologen.²¹¹

²⁰⁶ Auch eine teilweise Verfügbarkeit ist ausgeschlossen. Vgl. **BGB** §719

²⁰⁷ Vgl. **BGB** §722 (1)

²⁰⁸ Vgl. **ebenda** §723ff.

²⁰⁹ Vgl. Kapitel III.7 i.V.m. **Homann / Klawonn** (2005), S. 35ff.

²¹⁰ Vgl. **PartGG** §1 (1)

²¹¹ Vgl. **ebenda** §1 (2)

Die Partnerschaftsgesellschaft kann als das Pendant zur Handelsgewerbe ausübenden OHG angesehen werden, was auch aus den häufigen Verweisen zum Handelsrecht ersichtlich wird.²¹² Sie ist im Partnerschaftsregister registrierpflichtig.²¹³

Die Haftung in der Partnerschaftsgesellschaft ergibt sich aus dem HGB und ist wie bei der OHG und der GbR grundsätzlich gesamtschuldnerisch geregelt.²¹⁴ Das PartGG sieht jedoch eine Ausnahme von der Gesamtschuldnerschaft vor. Durch die so genannte Haftungskonzentration kann die Haftung aus beruflichen Fehlern auf den oder die tatsächlich beauftragten und handelnden Partner beschränkt werden.²¹⁵

Mit dieser Rechtsform wurde die Rechtsform der OHG indirekt für die Freien Berufe geöffnet und stellt somit eine mögliche Alternative zur GbR im Rahmen der Gründung eines Versorgungszentrums als Personengesellschaft dar.

II.3.7.3 Körperschaften

Körperschaften sind rechtsfähige Vereine, die in Genossenschaften und Kapitalgesellschaften unterschieden werden. Die eingetragenen Genossenschaften werden hier nicht weiter betrachtet, da medizinische Berufsausübungskooperationen nicht mit der Definition des Genossenschaftsgesetzes (GenG) in Übereinstimmung zu bringen sind.²¹⁶

Kapitalgesellschaften können als Aktiengesellschaft (AG), Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) oder Kommanditgesellschaft auf Aktien (KGaA) geführt werden. Für medizinische Kooperationen kommen aller-

²¹² Vgl. **ebenda** §§6-10

²¹³ Vgl. **ebenda** §4

²¹⁴ Dies bedeutet, dass jeder einzelne Gesellschafter für die gesamten Ansprüche Dritter gegen die Gesellschaft vollumfänglich haftet. Vgl. **PartGG** §8 (1) i.V.m. **HGB** §§128-130

²¹⁵ Dies ist besonders für medizinische Kooperationen relevant, da so die so genannten „ärztlichen Kunstfehler“ und die daraus resultierenden Schadensersatzansprüche nur zu Lasten der an der Behandlung beteiligten Gesellschafter gehen. Vgl. **PartGG** §8 (2)

²¹⁶ Dies gilt nur für Kooperationen, die die medizinische Leistungserbringung zum Ziel haben. Reine Einkaufskooperationen sind auch im Gesundheitswesen als Genossenschaft zulässig. Vgl. **GenG** §1

dings nur die ersten beiden in Betracht, da es sich bei der KGaA um eine Handelsgesellschaft handelt.²¹⁷

Die Aktiengesellschaft (AG) ist eine Gesellschaft mit eigener Rechtspersönlichkeit, bei der die Gesellschafter mit Einlagen in Form von Aktien am Grundkapital beteiligt sind.²¹⁸ Die Gesellschafter haften ausschließlich mit dieser Einlage für Verbindlichkeiten der Gesellschaft.²¹⁹ Eine persönliche Haftung wie sie für Personengesellschaften gilt, existiert hier nicht. Darin liegt ein entscheidender Vorteil einer Kapitalgesellschaft gegenüber einer Personengesellschaft.²²⁰ Um den Gläubigern der AG eine Mindestsicherheit zu verschaffen, ist das Grundkapital einer AG auf mindestens 50.000 Euro festgesetzt.²²¹ Jede Aktie beinhaltet einen Bruchteil des Grundkapitals und das Mitgliedschaftsrecht an der AG. Damit verbrieft sie dem Inhaber das Stimmrecht, das Recht auf Dividende sowie einen Anspruch auf einen Teil des Gesellschaftsvermögens bei Abwicklung der AG.²²² Das Aktiengesetz bietet der AG differenzierte Möglichkeiten der Ausstellung der Aktien (Inhaberaktien oder Namensaktien)²²³ sowie der Vergabe besonderer Berechtigungen (Stammaktien oder Vorzugsaktien)²²⁴. Jede AG beinhaltet drei wesentliche Organe - den Vorstand, den Aufsichtsrat und die Hauptversammlung.²²⁵ Der Vorstand leitet die Geschäfte der AG im Innenverhältnis (Geschäftsführungsbefugnis)²²⁶ und vertritt die Gesellschaft nach außen (Vertretungsmacht). Der Aufsichtsrat bestellt den Vorstand, überwacht dessen Geschäftsführung und vertritt die Gesellschaft

²¹⁷ Vgl. zur (Un-)Vereinbarkeit der ärztlichen Berufsausübung mit Handelsgesellschaften Kapitel II.3.7.2. i.V.m. **Zwingerl / Preißler** (2005), S. 67f.

²¹⁸ Vgl. **Bea / Göbel** (2006), S. 290ff.

²¹⁹ Vgl. **AktG** §1 (1)

²²⁰ Das SGB V sieht allerdings eine selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung für alle Forderungen der KVen und Krankenkassen gegenüber MVZ vor, was diesen Vorteil nivelliert. Vgl. **SGB V** §95(2) S. 6

²²¹ Vgl. **AktG** §7

²²² Vgl. **Bea / Göbel** (2006), S. 290ff.

²²³ Vgl. **AktG** §23 (3) Nr. 5

²²⁴ Vgl. **ebenda** §11

²²⁵ Vgl. **Bea / Göbel** (2006), S. 290ff.

²²⁶ Vgl. **AktG** §§76-78

gegenüber dem Vorstand.²²⁷ Die Hauptversammlung ist die ordnungsgemäß einberufene Versammlung der Aktionäre, die hier ihren Willen durch Beschluss zum Ausdruck bringen können.²²⁸ Bestimmte Entscheidungen, wie z.B. zu Fragen des Aufbaus der AG (Satzungsänderungen²²⁹, Auflösung der AG²³⁰, Unternehmensverträge²³¹), organisatorische Maßnahmen (Wahl und Abberufung des Aufsichtsrates²³², Entlastung von Vorstand und Aufsichtsrat²³³, Bestellung von Abschluss- und Sonderprüfern²³⁴) und die Verwendung des Bilanzgewinnes können ausschließlich durch die Hauptversammlung getroffen werden.

Die AG bietet aufgrund dieser Struktur die Möglichkeit, relativ große Mengen Eigenkapital durch die Emission von Aktien zu akquirieren. Durch die umfassenden Kontroll- und Aufsichtsorgane und den gesetzlichen Regelungen hierzu ist sie in ihrer Flexibilität und Handlungsfreiheit eingeschränkt. Diese Gesellschaftsform ist daher für große Konzerne bzw. Unternehmen grundsätzlich besser geeignet, als für kleine und mittelständische Unternehmen. Aus diesem Grund wird die AG als Gesellschaftsform für medizinische Versorgungszentren vermutlich nur eine untergeordnete Rolle spielen.²³⁵

Die Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) ist ebenso wie die AG eine Kapitalgesellschaft mit eigener Rechtspersönlichkeit, bei der die Gesellschafter mit Einlagen am Stammkapital beteiligt sind, ohne persönlich für die Verbindlichkeiten der Gesellschaft zu haften.²³⁶ Das Stammkapital als Mindestgarantiesumme zum Schutz der Gläubiger ist bei der GmbH

²²⁷ Vgl. **ebenda** §§84 (1), 111 (1), 112

²²⁸ Vgl. **ebenda** §118 (1)

²²⁹ Vgl. **ebenda** §179

²³⁰ Vgl. **ebenda** §262 (1) Nr. 2

²³¹ Vgl. **ebenda** §293

²³² Vgl. **ebenda** §119 (1) Nr. 1

²³³ Vgl. **ebenda** §§119 (1) Nr. 3, 120

²³⁴ Vgl. **ebenda** §§119 (1) Nr. 4, 142

²³⁵ Bis zum 30.06.2007 waren nach Kenntnis des Autors keine MVZ in der Rechtsform der AG zugelassen. Vgl. **KBV** (2008); **KBV** (2008a)

²³⁶ Definition in Anlehnung an **AktG** §1 (1)

auf 25.000 € festgelegt.²³⁷ Eine GmbH kann jedem gesetzlich zulässigen Zweck dienen, ist also nicht wie beispielsweise die OHG oder die KG an ein bestimmtes Gewerbe gebunden.²³⁸ Damit ist sie auch eine zulässige Rechtsform für Kooperationen im Gesundheitssektor. Die Eignung für diesen Zweck ist im Einzelfall zu prüfen. Der durch die Zahlung der Stammeinlage erworbene Geschäftsanteil ist bei der GmbH grundsätzlich enger an den Gesellschafter gebunden als die Aktie bei der AG. Geschäftsanteile können durch Abtretung übertragen werden, bedürfen hierzu allerdings einer notariellen Beurkundung.²³⁹ Üblicherweise sieht der Gesellschaftsvertrag zusätzlich die Zustimmung der anderen Gesellschafter zur Übertragung der Geschäftsanteile bzw. ein Vorkaufsrecht vor. Die GmbH hat im Gegensatz zur AG nur zwei notwendige Organe – den oder die Geschäftsführer und die Gesellschafterversammlung als Gesamtheit der Gesellschafter.²⁴⁰ Ein Aufsichtsrat ist hier nicht erforderlich, es sei denn, er ist durch die diversen Mitbestimmungsgesetze vorgeschrieben. Die Geschäftsführung leitet das Unternehmen nicht wie der Vorstand der AG in eigener Verantwortung, sondern ist der Gesellschafterversammlung gegenüber weisungsgebunden.²⁴¹ Die Gesellschafterversammlung ist somit das oberste Willensbildungsorgan der GmbH. Im Hinblick auf die meist geringe Zahl der Gesellschafter sind die Zuständigkeiten der Gesellschafterversammlung sehr weit. Gesetzlich vorgeschrieben ist ein Gesellschafterbeschluss z.B. bei Änderungen des Gesellschaftsvertrages (Satzungsänderungen)²⁴², bei der Einforderung von Nachschüssen²⁴³, der Auflösung der Gesellschaft²⁴⁴ und der Bestellung und Abberufung besonderer Liqui-

²³⁷ Vgl. **GmbHG** §5 (1) Das SGB V sieht allerdings eine selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung für alle Forderungen der KVen und Krankenkassen gegenüber MVZ vor, was den vollen Haftungsdurchgriff für diese Verbindlichkeiten erlaubt. Vgl. **SGB V** §95(2) S. 6

²³⁸ Vgl. **GmbHG** §1

²³⁹ Vgl. **ebenda** §15 (3) und (4)

²⁴⁰ Vgl. **Bea / Göbel** (2006), S. 293

²⁴¹ Vgl. **GmbHG** §§45, 46

²⁴² Vgl. **ebenda** §53 (1)

²⁴³ Vgl. **ebenda** §26 (1)

²⁴⁴ Vgl. **ebenda** §60 (1)

datoren²⁴⁵. Alle sonstigen Zuständigkeiten werden durch den Gesellschaftervertrag bestimmt.²⁴⁶ Beschlüsse werden in der Gesellschafterversammlung grundsätzlich mit einfacher Mehrheit gefasst²⁴⁷ – Beschlüsse, die Satzungsänderungen oder die Auflösung der Gesellschaft betreffen, bedürfen einer Dreiviertelmehrheit²⁴⁸. Die GmbH kann ebenso wie die AG von nur einer natürlichen oder juristischen Person gegründet werden. Aufgrund der nur halb so hohen Stammeinlage und der schlankeren Struktur eignet sich die GmbH besser für kleine mittelständische Unternehmen als die AG. Die meist geringere Zahl der Gesellschafter ermöglicht ihr eine flexiblere Geschäftsführung, beschränkt aber auch gleichzeitig ihre Möglichkeiten zur Akquirierung von Eigenkapital.

Dies lässt die GmbH als eine zulässige und erfolgsversprechende Rechtsform für die Gründung (meist mittelständischer) Kooperationen im Gesundheitswesen erscheinen. Hierfür spricht ebenfalls die Praxisanwendung dieser Rechtsform – zum 31.12.2007 firmierten 411 der 948 zugelassenen MVZ in der Rechtsform der GmbH.²⁴⁹

Abschließend lässt sich somit feststellen, dass Kooperationen im Gesundheitswesen, insbesondere MVZ, in Form von vier unterschiedlichen Rechtsformen gegründet werden können:

- Gesellschaft bürgerlichen Rechts²⁵⁰,
- Partnerschaftsgesellschaft²⁵¹,
- Aktiengesellschaft²⁵² und
- Gesellschaft mit beschränkter Haftung²⁵³.

²⁴⁵ Vgl. **ebenda** §66

²⁴⁶ Vgl. **Bea / Göbel** (2006), S. 293

²⁴⁷ Vgl. **GmbHG** §47 (1)

²⁴⁸ Vgl. **ebenda** §§53 (2) Satz1, 60 (1) Nr. 2

²⁴⁹ Dies entspricht ca. 43 Prozent der Gesamtzahl. Vgl. **KBV** (2008a), S. 2

²⁵⁰ Nach **BGB** §§705ff.

²⁵¹ Nach **PartGG**

²⁵² Nach **AktG**

²⁵³ Nach **GmbHG**

Alle anderen Rechtsformen sind, wie bereits dargelegt, nicht zulässig bzw. lassen eine Erfüllung der Aufgaben der medizinischen Leistungserbringung nicht zu.²⁵⁴

II.3.8 Rechnungswesen und Controlling

Jedes Unternehmen muss sich intensiv mit der Planung, Kontrolle und Steuerung seiner Unternehmenstätigkeit auseinandersetzen. Dazu muss es die entsprechenden Instrumente qualifiziert auswählen, anpassen und anwenden können. Grundvoraussetzung zur Anwendung dieser Instrumente ist die Informationsgewinnung im eigenen Unternehmen.²⁵⁵ Rechnungswesen und Controlling nehmen daher auch in Unternehmen des Gesundheitssektors eine zentrale Stellung ein.²⁵⁶

Das Rechnungs- oder Berichtswesen dient dabei der zahlenmäßigen Erfassung, Darstellung und Auswertung der Geschäftstätigkeit.²⁵⁷ Es gibt die finanziellen Auswirkungen vergangener, laufender oder geplanter Aktivitäten im Sinne einer Vergangenheits-, Gegenwarts- oder Zukunftsrechnung wieder und eröffnet so die Möglichkeit zu Periodenvergleichen.²⁵⁸ Relevant sind hierbei alle Informationen über die Erreichung von Erfolgs- und Finanzzielen, wie z.B. Produktivität, Wirtschaftlichkeit, Gewinn, Rentabilität, Liquidität oder Kapital- und Vermögensstruktur.²⁵⁹

²⁵⁴ Auf die Zulässigkeit anderer ausländischer europäischer Rechtsformen, wie beispielsweise der britischen Private Limited Company (Ltd.), soll an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden, da einerseits die Praxisrelevanz dieser Rechtsformen für den deutschen Gesundheitsmarkt nicht gegeben ist und andererseits die gravierenden Unterschiede meist in der Höhe des Grundkapitals liegen, was aufgrund der selbstschuldnerischen Bürgschaftsverpflichtung des SGB V zu vernachlässigen ist. Der vermeintliche Vorteil einer geringeren Stammeinlage (bei der Ltd.= 1 GBP) wird durch Übersetzungs- und Bilanzierungskosten meist überkompensiert. Vgl. **Lehnen** (2004), S. 15

²⁵⁵ Vgl. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 127

²⁵⁶ Vgl. **Iringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 235

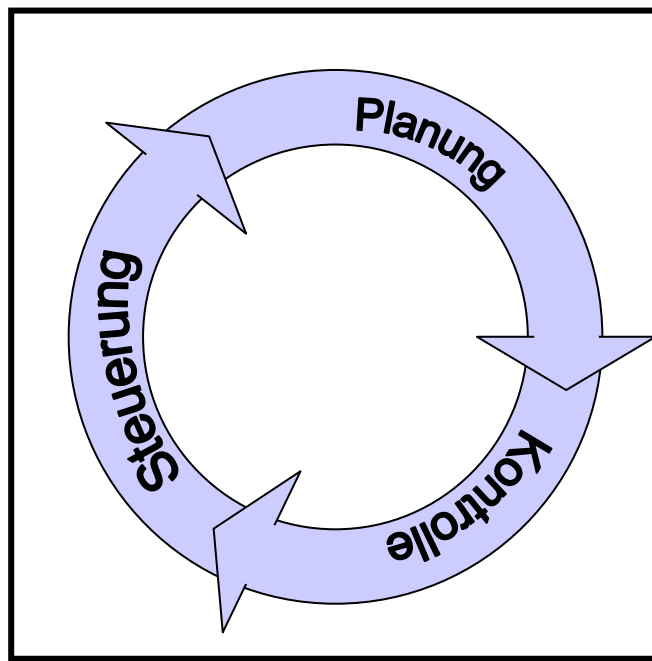
²⁵⁷ Vgl. **ebenda**

²⁵⁸ Vgl. **Schellenberg** (2000), S. 21

²⁵⁹ Die Gegenüberstellung dieser Zielgrößen mit den Ist-Größen erfolgt in Form der GuV, der Bilanz und der Liquiditätsrechnung. Vgl. **Strehlau-Schwoll** (1999), S. 862f. insbesondere Abbildung 1

Die Auswertung dieser Informationen erfolgt durch das Controlling mit Hilfe diverser Controllinginstrumente.²⁶⁰ Das Controlling hat die Planung, Kontrolle und Steuerung der für den Unternehmenserfolg relevanten Größen zum Ziel.²⁶¹ Die Planung bestimmt dabei die Zielrichtung für das folgende Geschäftsjahr, Abweichungen werden durch die ständige Kontrolle im Sinne eines Soll-Ist-Vergleichs lokalisiert und durch die Steuerungsfunktion werden Maßnahmen zur Korrektur veranlasst. Planung, Kontrolle und Steuerung sind also in einem Regelkreis eng miteinander verbunden.²⁶²

Abbildung 10: Geschlossener Zyklus von Planung, Kontrolle und Steuerung



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Ulrich / Fluri (1995), S. 107

Rechnungswesen und Controlling bilden mit der Erfassung und Auswertung der relevanten betriebswirtschaftlichen Daten eine wesentliche Grundlage für den Unternehmenserfolg.

²⁶⁰ Vgl. ausführlich zu den Controllinginstrumenten in Gesundheitsunternehmen Allmendinger / Langer / Mehnert (2006), S. 150f.; Röhrig (1999), S. 875ff.

²⁶¹ Vgl. Allmendinger / Langer / Mehnert (2006), S. 150f.

²⁶² Vgl. Vollmuth (1998), S. 13f.

Diese Erkenntnis setzt sich (zwangsläufig) zunehmend auch bei niedergelassenen Ärzten durch. Wurde das Rechnungswesen bisher als lästiges Übel betrachtet, wurde auf den Einsatz von Controllinginstrumenten oft völlig verzichtet. Kooperationen im Gesundheitswesen müssen im Controlling neben ökonomischen Aspekten auch medizinische Fragestellungen berücksichtigen.²⁶³ Medizinische Zielgrößen und Indikatoren sind ebenso wie die ökonomischen Pendanten im Controlling zu planen, zu steuern und zu kontrollieren.²⁶⁴ Der zunehmende ökonomische Leidensdruck sowie gesetzliche Neuregelungen zur Qualitätssicherung²⁶⁵ zwingen nun auch zunehmend die Ärzteschaft zur Anwendung dieser Instrumente. Problematisch sind hierbei die fehlende betriebswirtschaftliche Ausbildung der Ärzte und der mit der Implementierung verbundene Zeitaufwand.

Eine Alternative zur externen und damit meist kostenintensiven Auslagerung des Rechnungswesens und des Controllings kann der Aufbau eigener, interner Kompetenz auf diesem Gebiet sein. Niedergelassene Ärzte erreichen in der Regel nicht die kritische Betriebsgröße, um Personal ausschließlich für diesen Aufgabenbereich qualifizieren und einsetzen zu können.²⁶⁶ Hier kann durch die Kooperation mit einem oder mehreren Partnern eine effiziente Lösung herbeigeführt werden. Aufgrund der oben bereits beschriebenen engen Verknüpfungen und Überschneidungen von Rechnungswesen und Controlling sind diese beiden Funktionen als zusammengehörig zu betrachten – von einer teilweisen Auslagerung oder

²⁶³ Vgl. **Frielingsdorf** (2000)

²⁶⁴ Vgl. **Braun / Güssow** (2006), S. 86

²⁶⁵ Seit dem Inkrafttreten des GMG zum 01.01.2004 besteht für Arztpraxen eine Verpflichtung zur Einführung und Weiterentwicklung eines QM – Systems. Dies gilt für ärztliche Kooperationen gleichermaßen. Vgl. **SGB V**, §135a (2) Zum 01. Januar 2006 trat zusätzlich die Qualitätsmanagement (QM) Richtlinie in Kraft, in der MVZ als spezielle ärztliche Kooperationsform explizit verpflichtet werden, ein praxisspezifisches Qualitätsmanagement einzuführen. Für Einführung und Erfolgskontrolle steht ein Zeitraum von fünf Jahren zur Verfügung. Eine Zertifizierung ist weiterhin fakultativ. Für die Teilnahme an Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung müssen weitere Qualitätsmerkmale erfüllt werden. Vgl. **SGB V**, §73b (2)

²⁶⁶ Erst ab einer Größenordnung von 4 oder 5 Ärzten bzw. 3 verschiedenen Fachgruppen wird es sinnvoll sein, einen sachverständigen Berater zu beauftragen oder einzustellen. Vgl. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 235

einer teilweisen kooperativen Ausübung ist daher grundsätzlich abzusehen.²⁶⁷

Welche Möglichkeiten bieten sich nun innerhalb einer Kooperation? Zunächst besteht nach wie vor die Möglichkeit einen externen Partner mit dem Rechnungswesen und dem Controlling der Kooperation zu beauftragen.²⁶⁸ Diese Option garantiert meist eine hohe fachliche Kompetenz und sorgt vor allem beim Controlling für die notwendige Distanz in der Beurteilung betriebswirtschaftlicher Prozesse und Leistungen. Als nachteilig sind die relativ hohen Kosten und das fehlende „Insiderwissen“ zu bewerten. Diese Schnittstellenproblematik ist durch die Beistellung von eigenem, internem Personal möglichst gering zu halten. Der Vorteil eines Kooperationsverbundes gegenüber einem einzeln niedergelassenen Arzt besteht bei der externen Vergabe lediglich als Größenvorteil bei Budgetverhandlungen mit dem externen Partner.²⁶⁹ Das Synergiepotenzial dieser Option ist daher als gering zu bewerten.

Ist die Entscheidung zugunsten einer internen Ausübung des Rechnungswesens und des Controllings gefallen, ist festzulegen, wer diese Funktionen wahrnehmen soll und wie die Leistungsverrechnung erfolgen soll. Grundsätzlich kann ein einzelner Kooperationspartner diese Funktionen ausüben oder eine spezielle Abteilung des Kooperationsverbundes wird dafür ins Leben gerufen. Vorausgesetzt einer der Partner ist ausreichend für diese Aufgabe qualifiziert, bieten beide Möglichkeiten den Vorteil einer effektiven und effizienten internen Datengewinnung und –auswertung.²⁷⁰ Die Ausübung dieser Funktionen durch einen ärztlichen Kooperationspartner kommt in der Regel nur bis zu einer bestimmten Größe des Unternehmens in Betracht, da der zeitliche Aufwand sonst nicht mehr mit der Ausübung der medizinischen Tätigkeit in Einklang zu bringen wäre. Als problematisch könnte sich auch die Stellung des die Funktion ausübenden

²⁶⁷ Vgl. **ebenda**

²⁶⁸ Dies können beispielsweise spezialisierte Steuerberatungs- oder Wirtschaftsprüfungsgesellschaften übernehmen. Vgl. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 235

²⁶⁹ Vgl. ausführlich zu den Größenvorteilen kooperativer Unternehmen Kapitel III.4.1.1 i.V.m. **Braun** (1995), S. 199

²⁷⁰ Vgl. **Stebner** (2004), S. 93ff.

Partners als „Primus inter pares“²⁷¹ in Fragen des Rechnungswesens und Controllings erweisen. Dies kann insbesondere bei negativen Entwicklungen in einigen Bereichen kognitive Barrieren bei den übrigen Partnern hervorrufen.²⁷² Die Einrichtung einer eigenen Abteilung „Rechnungswesen und Controlling“ ist ab einer bestimmten Betriebsgröße unumgänglich.²⁷³ Kleinere Verbundunternehmen sollten diese Möglichkeit jedoch ebenfalls in Betracht ziehen. Eine interne, partnerübergreifende Abteilung ist am besten in der Lage, den Spagat zwischen bewertender Distanz und informationsgewinnender Nähe zu meistern. Das Personal kann hier nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten ausgewählt und eingesetzt werden, da es nicht „nur“ nebenamtlich eingesetzt ist. Die Größe dieser Abteilung ist je nach Art und Größe der Kooperation individuell festzulegen. Das synergetische Potenzial dieser Option ist vergleichsweise hoch, wie auch die zu erwartende Akzeptanz innerhalb des Unternehmens.

²⁷¹ lat.: „Erster unter Gleichen“

²⁷² Ein allgemein gebilligtes Controlling ist Voraussetzung für Vertrauen und für eine gemeinsame Handlungsbasis. Vgl. **Braun / Güssow** (2006), S. 70f.; **Schödel** (2004)

²⁷³ Ab einer Größenordnung der Kooperation von 4 oder 5 Ärzten wird mindestens eine Teilzeitkraft hierfür eingestellt werden müssen. Vgl. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 235

Tabelle 4: Möglichkeiten des Rechnungswesens und des Controllings in Kooperationen

	<u>Extern</u>	<u>Intern</u>	
		<u>Partner</u>	<u>Abteilung</u>
<u>Kosten für die Kooperation</u>	hoch --	niedrig ++	mittel +
<u>Kompetenz</u>	hoch ++	ist aufzubauen, zu erhalten o	ist bei Personal- auswahl zu be- rücksichtigen o
<u>Distanz zu Partnern</u>	hoch -	gering (zu gering) --	mittel ++
<u>Synergiepotenzial</u>	niedrig --	mittel o	hoch ++
<u>Legende „Bewertung der Einflüsse“:</u> -- sehr negativ; - negativ; o neutral; + positiv; ++ sehr positiv			

Quelle: Eigene Darstellung

Die oben stehende Tabelle fasst die wichtigsten Vor- und Nachteile der verschiedenen Möglichkeiten zusammen und zeigt durch die Bewertung die Vorteilhaftigkeit der internen Ausübung des Rechnungswesens und Controllings mittels einer eigenen Abteilung gegenüber den beiden anderen Möglichkeiten auf. Besondere Bedeutung kommt hierbei dem synergetischen Potenzial zu, welches bei dieser Möglichkeit am höchsten ist.²⁷⁴

Die konkrete Entscheidung hierüber ist jedoch immer einzelfallbezogen zu treffen und kann durch differierende Rahmenbedingungen auch zugunsten einer der anderen beiden Optionen zu fällen sein.²⁷⁵

²⁷⁴ Vgl. Kapitel II.2 i.V.m. **Braun** (1995), S. 199

²⁷⁵ Insbesondere die bereits angesprochenen Größenverhältnisse der Kooperation können hier zu anderen Ergebnissen führen. Vgl. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 235

II.3.9 Informations- und Kommunikationstechnologie

Die effektive Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien ist eine Grundlage zur Realisierung von Wettbewerbsvorteilen. Dies gilt für niedergelassene Ärzte ebenso wie für Krankenhäuser oder nach rein erwerbswirtschaftlichen Gesichtspunkten geführte Unternehmen.²⁷⁶ Was allerdings bedeutet eine „effektive Nutzung“ dieser Technologien? Zurzeit existieren in den meisten Arztpraxen verschiedene isolierte Subsysteme für administrative und medizinische Angelegenheiten, welche in den wenigsten Fällen vollständig kompatibel zueinander sind.²⁷⁷

Das Kontinuum der Ausprägungen der Kooperation auf dem Gebiet der Kommunikations- und Informationstechnologie reicht von völlig isoliert betriebenen „Stand-alone-PC“ oder „Inselnetzwerken“ bis hin zum Netzwerkverbund mit einer vollständigen Integration²⁷⁸ aller Daten und mindestens einer Schnittstelle nach außen.²⁷⁹ Um diese vollständige Integration der Daten in einem Netzwerkverbund zu realisieren, sind folgende Voraussetzungen zu schaffen:

- Standardisierung der Hard- und Software²⁸⁰,
- Schaffung von IT- Kompetenz²⁸¹,
- Einrichtung und Administration eines (wireless) LAN,

²⁷⁶ „Unser Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen HMO's ist die effektive Nutzung unserer Informationstechnologie.“ Dieser Ausspruch stammt vom CEO eines der erfolgreichsten und größten HMO's im mittleren Westen der USA während eines Treffens mit deutschen Krankenhausvorständen. Vgl. **Kerres / Lohmann** (1999), S. 109

²⁷⁷ Vgl. **ebenda** S. 109f.

²⁷⁸ Integration als die (Wieder-)Herstellung einer Einheit aus Differenziertem bedeutet dabei, dass sämtliche Daten der Kooperation durch die IT erfasst sind und zur Verfügung stehen. Vgl. **Mühlbacher** (2002), S. 18; **Braun / Güssow** (2006), S. 65

²⁷⁹ Üblicherweise ist dies eine Schnittstelle in das World Wide Web (www).

²⁸⁰ Dies bedeutet nicht zwangsläufig einen Komplettersatz aller IT- Systeme der Kooperationspartner, allerdings müssen Mindestvoraussetzungen, wie z.B. Taktfrequenz, Arbeitsspeicher, Festplattenspeicher, geschaffen werden, die einen reibungslosen Betrieb des Netzwerkes erlauben. Softwaremäßig müssen Standards in Bezug auf alle Programmtypen festgelegt werden, da eine vollständige Kompatibilität der Daten gewährleistet sein muss. Vgl. **Kerres / Lohmann** (1999), S. 110ff.

²⁸¹ Dies kann entweder durch die Einstellung von qualifiziertem Personal realisiert werden (nur für große Kooperationen sinnvoll) oder durch Personalentwicklungsmaßnahmen auf der Basis von Nebenfunktionen des Personalbestandes. Vgl. **Bea / Göbel** (2006), S. 332

- Schaffung eines zentralen Datenbestandes mit differenzierten Zugriffsrechten,
- Wahrung der IT- / Datensicherheit²⁸²,
- Beteiligung aller Kooperationspartner bei der Planung und Implementierung von IT – Projekten.

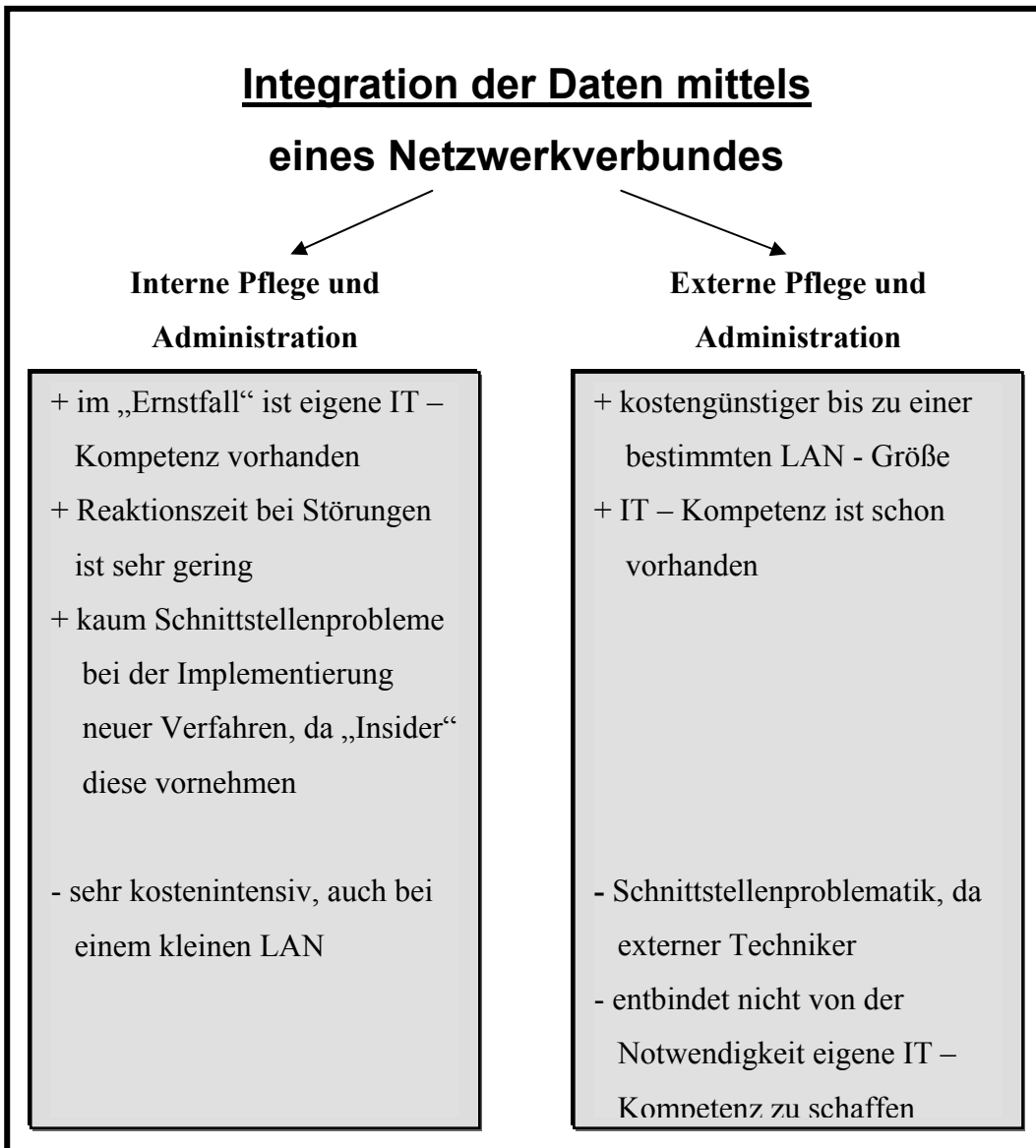
Wie stark die Verflechtungsintensität beim Eingehen einer Kooperation tatsächlich sein wird, hängt im Wesentlichen von der Berücksichtigung dieser Faktoren ab. Probleme können hier bei der Migration der bereits vorhandenen Daten der einzelnen Kooperationspartner und bei der Zusammenarbeit mit außerhalb des Kooperationsverbundes stehenden Partnern auftreten. Das Problem der Migration vorhandener Daten kann durch eine strenge Abwärtskompatibilität der Software gelöst werden.²⁸³ Schnittstellenprobleme bei der Zusammenarbeit mit externen Partnern können beispielsweise mit universellen Schnittstellenprogrammen nach Art der Internet Browser gelöst werden. Hierbei darf der Datenschutz jedoch nicht vernachlässigt werden.

Ist die Entscheidung zugunsten eines solchen Netzwerkverbundes gefallen, stehen die Kooperationspartner vor der Wahl, die Implementierung und Administration durch eigene Mitarbeiter vornehmen zu lassen oder einen externen Partner damit zu beauftragen. Beide Lösungsansätze bieten sowohl Vor- als auch Nachteile, wie sie in der folgenden Abbildung erkennbar sind.

²⁸² Vgl. zur Datensicherheit bzw. zum Datenschutz Kapitel III.12 i.V.m. **Kerres / Lohmann** (1999), S. 111; **Schenk** (2006), S. 84

²⁸³ Vgl. **Kerres / Lohmann** (1999), S. 113f.

Abbildung 11: Interne vs. Externe Administration

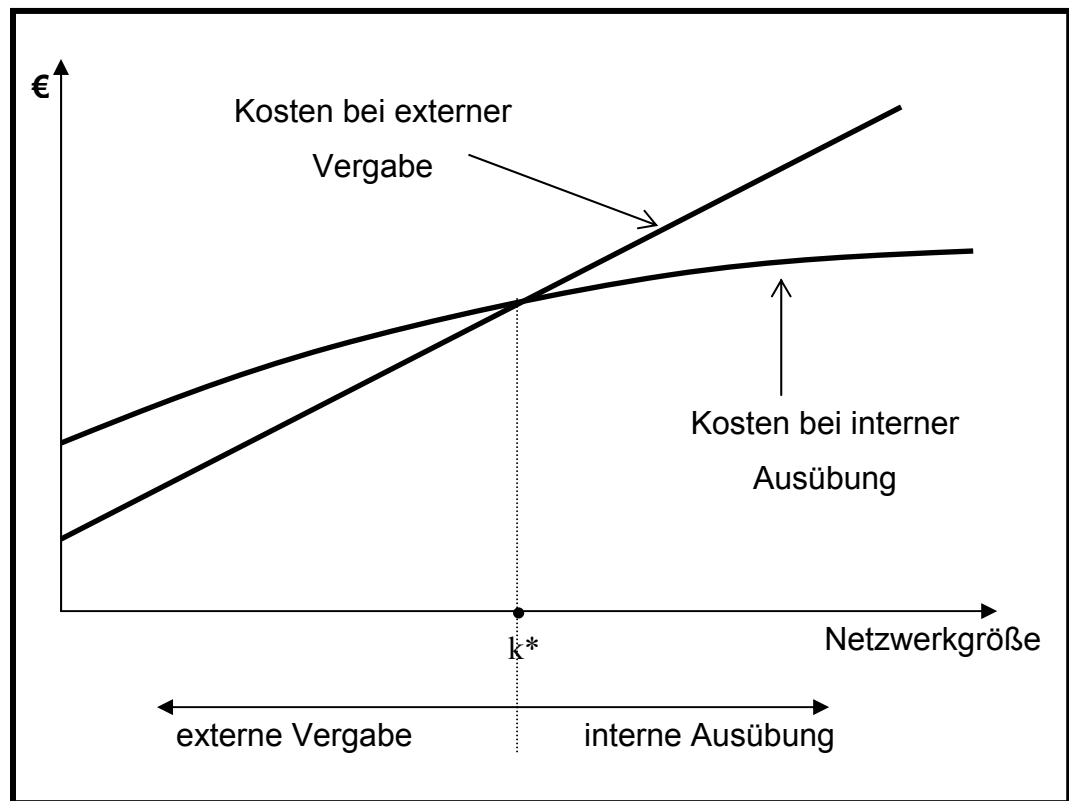


Quelle: Eigene Darstellung

Hinsichtlich der Kosten kann festgestellt werden, dass bis zu einer bestimmten Netzwerkgröße k^* die Vergabe an einen externen Partner als günstiger zu bewerten ist, ab dieser Schwellengröße k^* jedoch die Administration durch eigenes Personal effizienter ist. Ausschlaggebend hierfür

sind die Kostenfunktionen beider Varianten. In der folgenden Abbildung ist ein Beispielszenario hierfür dargestellt.²⁸⁴

Abbildung 12: Kostenfunktionen der Administration



Quelle: Eigene Darstellung

II.4 Barrieren bei der Implementierung von Kooperationen

Wie bereits aus dem Begriff hervorgeht, liegt synergetisches Potenzial im Zusammenwirken verschiedener Kräfte.²⁸⁵ Zur Realisierung dieses Potenzials ist die Integration²⁸⁶ verschiedener Funktionsbereiche zwingend er-

²⁸⁴ Für die Entscheidung zwischen interner Ausübung oder externer Vergabe der Administration kann z.B. eine eigene transaktionskostentheoretische Analyse, wie sie in den Kapiteln V und VI beschrieben ist, durchgeführt werden.

²⁸⁵ Vgl. Vizjak (1990), S. 4

²⁸⁶ Integration wird dabei als die (Wieder-)Herstellung einer Einheit aus Differenziertem definiert. Vgl. Mühlbacher (2002), S. 18; Braun / Güssow (2006), S. 65

forderlich.²⁸⁷ Die Integration stellt dabei den Prozess dar, der darauf ausgerichtet ist, die Zusammenarbeit zwischen den Organisationseinheiten ohne Reibungsverluste sicherzustellen. Hierbei können verschiedenen Störfaktoren, auch Barrieren oder Misfits genannt, in folgenden Bereichen auftreten:

- Primärbereich - Misfit von Strategien,
- Sekundärbereich - Misfit von kritischen Fähigkeiten,
- Tertiärbereich - Misfit von Strukturen und Systemen,
- Quartiärbereich - Misfit von Unternehmenskulturen.²⁸⁸

Primär- und Sekundärbereich stellen die Grundlage der kooperativen Tätigkeit dar und werden daher oft implizit bei der Evaluation²⁸⁹ der potenziellen Kooperationspartner zur Entscheidungsfindung herangezogen. Vordergründig gemeinsame (strategische) Ziele sowie zur Zielerreichung notwendige Fähigkeiten sind häufig Auslöser für Kooperationsgespräche mit potenziellen Partnern. Teilweise führt dies zu einer mangelhaften Tiefe der Prüfung. Dies ist der Grund, warum Defizite in diesen Bereichen meist vor dem Entstehen der Kooperation als beseitigt gelten und nur noch eine untergeordnete Rolle in einem bereits bestehenden Kooperationsverbund einnehmen.²⁹⁰ Dieser Gefahr ist durch eine detaillierte und transparente Prüfung von Zielen und Fähigkeiten zu begegnen. Die Beseitigung potenzieller Zieldiskrepanzen ist dabei als oberste Managementaufgabe zu definieren.²⁹¹ Nicht erkannte Misfits im Primär- und Sekundärbereich sind in einer laufenden Kooperation kaum korrigierbar und führen überwiegend zum Scheitern derselben.

Eine gemeinsame strategische Zielsetzung sowie die Definition der von den Partnern zu erbringenden Leistungen bilden somit die notwendigen

²⁸⁷ Vgl. **Bühner** (1987), S. 47; **Möller** (1983), S. 150f.

²⁸⁸ Vgl. **Vizjak** (1990), S. 14

²⁸⁹ Vgl. zum Evaluationsbegriff **Gollwitzer / Jäger** (2007); hier wird unter dem Begriff der Evaluation die Analyse und Bewertung potenzieller Kooperationspartner unter dem Fokus der Eignung für eine Kooperation verstanden. Vgl. Kapitel II.2

²⁹⁰ Vgl. **Vizjak** (1990), S. 14

²⁹¹ Vgl. **von Eiff** (2000), S. 35

Bedingungen einer Kooperation. Häufig werden Strategie- und Leistungsfit allerdings auch als ausreichende Bedingung betrachtet, um eine erfolgreiche Kooperation einzugehen. Durch diese Vorgehensweise ist Konfliktpotenzial im Tertiär- und im Quartiärbereich vorprogrammiert.

Strukturelle bzw. systembedingte Misfits können z.B. aus Differenzen bei den Planungs- und Kontrollsystemen, Anreiz- und Sanktionsmechanismen oder Informationssystemen erwachsen. Strukturelle Unterschiede lassen sich bei einer bestehenden Kooperation meist nur noch mit Hilfe von Schnittstellen miteinander verbinden. Gerade diese systemimmanenten und strukturellen Schnittstellen sind es jedoch, die durch das Eingehen einer Kooperation abgebaut werden sollen.²⁹² Tolerierte bzw. nicht erkannte Misfits in diesen Bereichen bewirken demzufolge eine Reduzierung des angestrebten Synergiepotenzials und stehen somit der Zielsetzung der Kooperation entgegen.

Die Unternehmenskultur ist der sensibelste Bereich, da hier die Werte und Normen – die so genannten „soft facts“ der Unternehmen verankert sind. Diese „soft facts“ finden z.B. Ausdruck im Führungsstil, in der strategischen Grundhaltung und im Wertesystem der Unternehmen. Der Führungsstil in einem Kooperationsverbund muss je nach Art und Intensität der Kooperation angepasst und vor allem transparent kommuniziert werden, um kognitive Barrieren bei den Mitarbeitern zu vermeiden. Werte, Normen und Einstellungen prägen entscheidend das strategische Handeln einer Organisation. Die Führungskultur ist die zentrale Determinante im gesamten Führungssystem und wirkt sich direkt auf Führungsorganisation, Führungstechnik, Führungsverhalten und Personalentwicklung aus.²⁹³ Sie bildet die Identität der Organisation.²⁹⁴ Bei grundsätzlichen Abweichungen sind Integrationsprobleme vorprogrammiert.

²⁹² Die Funktionalität des Schnittstellenmanagements beeinflusst die Effizienz von Kooperationen im Gesundheitswesen erheblich. Vgl. **Kuck** (1999), S. 775

²⁹³ Vgl. **von Eiff** (2000), S. 35

²⁹⁴ Eine gemeinsam getragene Vision ist dabei die Grundlage der Unternehmenskultur und die treibende Kraft, um die Organisation voranzubringen. Vgl. **Bijkerk** (1999), S. 833

Gleiches gilt für das Wertesystem innerhalb der Organisation. Der Status bestimmter Personen oder Abteilungen ändert sich zwangsläufig beim Eingehen einer Kooperation. Statussymbole spielen hier eine nicht zu unterschätzende Rolle. Eine Angleichung differierender Hierarchien und Statussymbole muss schrittweise und transparent erfolgen, da sonst Frustration und Senkung des Leistungsniveaus bis hin zur Resignation die Folge sein können.

Alle vier Bereiche sind möglichst vor dem Eingehen der Kooperation auf potenzielle Misfits zu untersuchen, Lösungsansätze sind gemeinsam zu erarbeiten und zu kommunizieren, um die zu überwindenden Barrieren bei der Realisation der Kooperation so gering wie möglich zu halten. Hierbei ist für eine möglichst hohe Transparenz durch präzise, gezielte und aktuelle gegenseitige Information zu sorgen.²⁹⁵ Zusätzlich bilden gegenseitige Wertschätzung, die Freiwilligkeit der Kooperation sowie die aktive Beziehungsarbeit die kulturelle Grundlage einer Zusammenarbeit.²⁹⁶ Die Bedeutung kultureller Fits/Misfits kann dabei kaum hoch genug veranschlagt werden:

„Alle reden von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und unterschlagen damit die wichtigste Qualitätsvoraussetzung. [...] Die Sozialqualität ist eine Qualitätsdimension, die den Einfluss der Unternehmenskultur auf die Effektivität (Zielorientierung) und Effizienz (Wirtschaftlichkeitsorientierung) von Leistungsprozessen, Organisations- und Zusammenarbeitsformen transparent macht.“²⁹⁷

Je nach Komplexität der angestrebten Kooperation kann die Hilfe externer professioneller Unterstützung zum Aufspüren und Beseitigen potenzieller Misfits hilfreich oder sogar notwendig sein.²⁹⁸

²⁹⁵ Vgl. Fischer et al. (2004), S. 40

²⁹⁶ Vgl. ebenda

²⁹⁷ von Eiff (2000), S. 25

²⁹⁸ Vgl. Fischer et al. (2004), S. 40

III. Das Medizinische Versorgungszentrum als neue kooperative Organisationsform der medizinischen Leistungserbringung

III.1 Die Ausgangslage

Mit dem Mauerfall und der Wiedervereinigung Deutschlands prallten zwei grundsätzlich verschiedene Gesundheitssysteme aufeinander. Die ca. 70.000 ambulant tätigen Vertragsärzte in den alten Bundesländern arbeiteten meist in modern ausgestatteten Einzelpraxen, während die ca. 20.000 gut ausgebildeten Kollegen im Osten überwiegend in einer der 626 Polikliniken, 1.020 Ambulatorien oder 1.665 staatlichen Arztpraxen mit maroder Bausubstanz und veralteten technischen Geräten praktizierten.²⁹⁹ Nur 341 Kollegen praktizierten zur Wendezeit als niedergelassene selbständige Ärzte in der DDR.³⁰⁰ Der Begriff Poliklinik ist bei den Berufs- und Interessenvertretungen der niedergelassenen Ärzte negativ besetzt und steht für ein marodes sozialistisches Gesundheitssystem. Dies liegt einerseits in der bereits angesprochenen mangelhaften Ausstattung dieser Einrichtungen in der DDR, aber auch in der Angst vor einer übermächtigen Konkurrenz im ambulanten Bereich begründet. Vergessen wird hierbei oft, dass Polikliniken keineswegs eine sozialistische Erfindung sind – die Idee dieser Versorgungsform geht vielmehr auf den Arzt Christop-Wilhelm Hufeland aus dem 17. Jahrhundert zurück und ist in vielen westlichen Ländern, wie z.B. den Niederlanden, fest etabliert.³⁰¹

Anfänglich wurde zwar diskutiert, wie positive Strukturen aus beiden Systemen in ein gemeinsames Deutschland übernommen werden könnten,

²⁹⁹ Vgl. **Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg** (1992), S. 6

³⁰⁰ Vgl. **ebenda**

³⁰¹ Vgl. **ebenda** S. 6ff.

letztendlich wurde jedoch das schon zu dieser Zeit reformbedürftige Gesundheitssystem der Alt-Bundesrepublik mit all seinen Vorzügen, aber auch mit all seinen Fehlern auf die neuen Bundesländer übertragen, obwohl auch die geschichtliche Entwicklung in den alten Bundesländern in Richtung Kooperation im niedergelassenen Bereich wies. So hob z.B. der Deutsche Ärztetag bereits 1968 einen Passus von 1956 in der Berufsordnung auf, wonach die Gründung von Gemeinschaftspraxen nur in Ausnahmefällen und nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Landesärztekammer erlaubt war. 1980 praktizierten bereits 10 Prozent oder 5.800 Ärzte in kleinen, meist zwei bis drei Partner umfassenden Gemeinschaftspraxen oder Praxisgemeinschaften. 1992 waren es bereits 20 Prozent.³⁰² Vor diesem Hintergrund ist die im Einigungsvertrag getroffene Regelung, alle Polikliniken bis spätestens 1995 abzuwickeln, mehr als unverständlich. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz vom 09.12.1992 wurde den noch bestehenden Einrichtungen ein dauerhaftes Fortbestehen unter strengen Auflagen ermöglicht.³⁰³ Diese Regelung fand Ausdruck im Paragraphen 311 des Sozialgesetzbuches V, was den Nachfolgeeinrichtungen der ostdeutschen Polikliniken auch den Namen „311er Einrichtungen“ bescherte.³⁰⁴ Nach diesem Paragraphen war es den Einrichtungen lediglich gestattet mit der Anzahl der Ärzte und Fachrichtungen fortzubestehen, die sie am festgelegten Stichtag – dem 1. Oktober 1992 – bereits beschäftigten.³⁰⁵ Aufgrund der ursprünglichen Regelung, die Häuser bis 1995 komplett abzu-

³⁰² Dieser Trend ist im gleichen Zeitraum auch bei anderen freien Berufen, wie z.B. Wirtschaftsprüfern, Steuerberatern oder Anwälten, zu beobachten gewesen.

³⁰³ Vgl. **Gesundheitsstrukturgesetz** (GSG) vom 09.12.1992 mit Inkrafttreten zum 01.01.1993

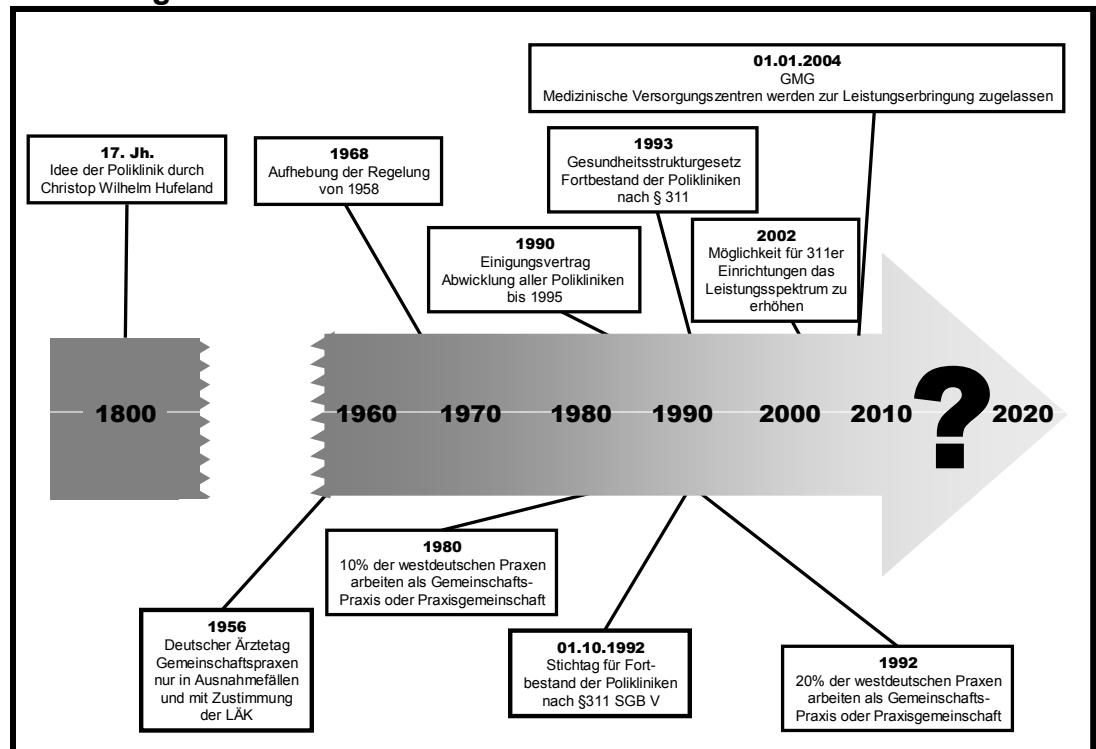
³⁰⁴ Der Paragraph 311 SGB V beinhaltet bis zum Erscheinen dieser Arbeit weiterhin die Regelungen zu Polikliniken, Fachambulanzen und Ambulatorien. Die Bestimmungen wurden mit dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 15.11.2003 zum 01.01.2004 weitgehend den Vorgaben für MVZ angepasst: „Im Übrigen gelten für die Einrichtungen nach Satz 1 [Polikliniken, Ambulatorien, Arztpraxen, Fachambulanzen - Anm. d. Verf.] die Vorschriften dieses Buches, die sich auf medizinische Versorgungszentren beziehen, entsprechend.“ **SGB V** §311 (2) S. 2

³⁰⁵ Vgl. **GSG** §311 Diese Stichtagsregelung wurde mit dem GMG erneut eingeführt – ein Bestandsschutz ist für diese Einrichtungen in dem Umfang vorgesehen, wie sie zum 31.12.2003 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen waren. Neugründungen oder Erweiterungen sollen somit ausschließlich in der neu geschaffenen Versorgungsform MVZ möglich sein. Vgl. **SGB V** §311 (2) S. 1

wickeln, waren bis dato bereits viele Ärzte aus den Polikliniken „geflüchtet“ und viele Häuser geschlossen worden. Erst 2002 wurde den 311er Einrichtungen per Gesetz die Möglichkeit eingeräumt, ihr Leistungsspektrum zu vergrößern und die Anzahl der angestellten Ärzte zu erhöhen.³⁰⁶

Eine Neugründung einer fachübergreifenden ambulanten Versorgungseinrichtung mit angestellten Ärzten war bis zum 31.12.2003 jedoch noch immer nicht gestattet. Dies ist erst seit dem 1. Januar 2004 mit dem Inkrafttreten des GMG in Form von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) möglich.³⁰⁷ Diese grob skizzierte geschichtliche Entwicklung soll die folgende Abbildung verdeutlichen.

Abbildung 13: Geschichte der Zentrums-idee



Quelle: Eigene Darstellung

³⁰⁶ Vgl. **Beitragssatzsicherungsgesetz** (BSSichG) vom 23.12.2002, §311

³⁰⁷ Vgl. **SGB V** §95

III.2 Änderung der Ausgangslage – das GKV-Modernisierungsgesetz

III.2.1 Zur Entstehung des GKV-Modernisierungsgesetzes

Dem Gesetzesentwurf zum GKV-Modernisierungsgesetz ging der Entwurf zum Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz voraus. Dieser Entwurf wurde Anfang 2003 vom Bundesgesundheitsministerium unter Führung der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) erarbeitet.³⁰⁸ Dieser Entwurf sah zunächst vor, die fachärztliche ambulante Versorgung weitgehend in Klinikambulanzen und Gesundheitszentren zu verlagern.³⁰⁹ Dies war für Facharztverbände und Kassenärztliche Vereinigungen ein inakzeptabler Vorschlag, zumal die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung und eine Einzelvertragsregelung für Fachärzte ebenfalls geplant waren. Es war zu befürchten, dass der freiberuflich tätige Vertragsarzt angesichts dieser drohenden Konkurrenz keine wirtschaftlich attraktive Alternative mehr darstellen würde. Weitere Kritikpunkte von Verbänden, Vereinigungen und vor allem der parlamentarischen Opposition führten dazu, dass Mitte 2003 ein gemeinsamer Gesetzesentwurf von Regierung und Opposition erarbeitet wurde.³¹⁰

Gesundheitsexperten von CDU/CSU (Horst Seehofer) und SPD (Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt) waren maßgeblich daran beteiligt. Dieser Gesetzesentwurf trug nun den Namen GKV-Modernisierungsgesetz, die Gesundheitszentren hießen nur Medizinische Versorgungszentren.³¹¹ Am 1. Januar 2004 trat dieses Gesetz in Kraft.³¹²

³⁰⁸ Vgl. **Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems** (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG) mit Stand 09.05.2003, 08:30 Uhr

³⁰⁹ Die damals noch als Gesundheitszentren bezeichneten Einrichtungen waren auf hausärztliche, gynäkologische und augenärztliche Leistungserbringung beschränkt. Vgl. **ebenda** S. 211f. (zu Nummer §95)

³¹⁰ Vgl. **Blöß / Rabbata** (2003), C1733

³¹¹ Vgl. **GMG** §95

III.2.2 Inhalte des GKV-Modernisierungsgesetzes als Gründungsvoraussetzung für Medizinische Versorgungszentren

Der mit dem GMG novellierte Paragraph 95 des SGB V definiert die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) wie folgt:

„Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 Nr. 1 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Die Medizinischen Versorgungszentren können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen; sie können von den Leistungserbringern, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen, gegründet werden. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).“³¹³

Die Tätigkeit der MVZ ist demnach nicht auf die vertragsärztliche oder auf die privatärztliche Versorgung, streng genommen nicht einmal auf die ambulante Versorgung beschränkt. Es muss lediglich fachübergreifend tätig sein und unter ärztlicher Leitung stehen.³¹⁴

III.2.2.1 MVZ als „fachübergreifende“ Einrichtungen

Vor dem 01. Januar 2004 war eine fachübergreifende Kooperation nur unter verwandten Facharztgruppen, beispielsweise in Berufsausübungsgemeinschaften, möglich. Dies führte immer wieder zu rechtlichen Friktio-

³¹² Das GMG fand mit den Regelungen zu Medizinischen Versorgungszentren Eingang im **SGB V** §95.

³¹³ **SGB V**, §95 (1) in der Fassung vom 01.01.2004, zum 01.01.2007 wurde diese Regelung durch das **VÄndG** um eine Definition des Merkmals „fachübergreifend“ erweitert. Vgl. **SGB V**, §95 (1) in der Fassung vom 01.01.2007

³¹⁴ Vgl. **SGB V** §95 (1)

nen bezüglich der Einhaltung der Fachgebietsgrenzen.³¹⁵ An die Stelle dieser Friktionen trat nun die Frage nach der Definition des Merkmales „fachübergreifend“.³¹⁶ Der Begriff „fachübergreifend“ definierte vordergründig die Beteiligung von Ärzten mindestens zweier unterschiedlicher Fachgebiete. Dies bedeutete zunächst, dass die beteiligten Ärzte verschiedene Gebiets- oder Facharztbezeichnungen führen müssen.³¹⁷ Der Gesetzgeber gebrauchte jedoch den Begriff „fachübergreifend“ und nicht „fachgebietsübergreifend“, was den Schluss zuließ, dass auch fachübergreifende Kooperationen innerhalb eines Fachgebietes zulässig und erwünscht waren.³¹⁸

War folglich die Gründung eines MVZ durch Ärzte identischer Fachgebiete mit unterschiedlicher Schwerpunktbezeichnung, wie z.B. durch einen Unfallchirurgen, einen Visceralchirurgen und einen Thoraxchirurgen, zulässig? Genügte schon eine unterschiedliche Zusatzbezeichnung oder ein Fachkundenachweis, um das Merkmal fachübergreifend zu erfüllen? Aus dem Gesetzestext ging dies zunächst nicht eindeutig hervor.³¹⁹

Die bestehenden Regelungen des Zulassungsrechtes hingegen sprachen gegen eine Berücksichtigung der Schwerpunktbezeichnungen für die Zulassung zur Gründung Medizinischer Versorgungszentren.³²⁰ Die Vergütungsregelungen sind nach wie vor streng an die Fachgebietsgrenzen gebunden und die Regelungen zur Anstellung von Ärzten forderte bis zum Inkrafttreten des VÄndG zum 01. Januar 2007 die Übereinstimmung der Fachgebietsbezeichnungen des anstellenden und des angestellten Arztes.³²¹

³¹⁵ Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 20

³¹⁶ Vgl. **ebenda**

³¹⁷ Die verschiedenen Gebiets- und Facharztbezeichnungen ergeben sich aus den Weiterbildungsordnungen der (Landes-)Ärzttekammern. Vgl. **Istringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 23

³¹⁸ Vgl. **Zwingel / Preißler** (2005), S. 43f.

³¹⁹ Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 20f.; **Zwingel / Preißler** (2005), S. 43f.

³²⁰ Vor allem die Vorschriften zum Jobsharing stellen ausschließlich auf die Übereinstimmung der Fachgebiete ab. Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 21

³²¹ Vgl. **ebenda**

Der Intention des GMG folgend, war diese strenge Bezugnahme auf die Fachgebietsgrenzen weder zeitgemäß noch im Sinne der Reform.³²² Ein reines Abheben auf die Fachgebietsgrenzen erlaubte beispielsweise einem Allgemeinarzt und einem hausärztlich tätigen Internisten die Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums, obwohl ihr Leistungsspektrum nahezu identisch ist.³²³ Die Versorgungsfunktion (hausärztlich, fachärztlich, psychotherapeutisch)³²⁴ war also für die Definition des Merkmals fachübergreifend zu berücksichtigen, obwohl per Gesetzestext die o.g. Konstellation nicht ausgeschlossen war.³²⁵ Die zuständigen Zulassungsausschüsse verneinten allerdings eine Fachverschiedenheit bei der Erbringung gleicher Leistungen unter formell unterschiedlichen Fachgebietsbezeichnungen.³²⁶

Die mangelnde Definition des konstituierenden Merkmals „fachübergreifend“ wurde erst zwei Jahre nach Inkrafttreten des GMG mit dem VÄndG konkretisiert. Der durch das VÄndG geänderte §95(1) SGB V definiert nun:

„Eine Einrichtung nach Satz 2 ist dann fachübergreifend, wenn in ihr Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind; sie ist nicht fachübergreifend, wenn die Ärzte der hausärztlichen Arztgruppe nach §101 (5) angehören und wenn die Ärzte oder Psychotherapeuten der psychotherapeutischen Arztgruppe nach §101 (4) angehören. Sind in einer Einrichtung nach Satz 2 ein fachärztlicher und ein hausärztlicher Internist tätig, so ist die Einrichtung fachübergreifend.“³²⁷

³²² Ausgehend von der Gesetzesbegründung kann die Intention des Gesetzgebers als Versorgungsangebot aus einer Hand über mehrere Sektoren interpretiert werden, was ein reines Abstellen auf Fachgebiete verböte. Vgl. **Zwingel / Preißler** (2005), S. 44f.; **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 23f.

³²³ Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 22

³²⁴ Vgl. **SGB V**, §73 (1) S. 1

³²⁵ Vgl. **Zwingel / Preißler** (2005), S. 44f.

³²⁶ Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 22f.

³²⁷ **SGB V**, §95 (1) S. 3,4 i.d.F.v. 01.01.2007

Zur Erfüllung des Merkmals der fachübergreifenden Tätigkeit genügt somit entweder die Kooperation von Haus- und Gebietsärzten oder von Ärzten mit mindestens verschiedenen Schwerpunktbezeichnungen.

Über eine maximale Größe bezogen auf die Anzahl der Ärzte oder der Fachgebiete finden sich keine Aussagen im Gesetzestext. Dies ermöglicht eine (theoretisch) unbegrenzte Anzahl von beschäftigten Ärzten, die alle Fachgebiete abdecken können.³²⁸

Die Kooperation verschiedener Ärzte desselben Fachgebietes ist hierdurch keinesfalls ausgeschlossen – das Gesetz verbietet keine „Doppelbesetzungen“ von Fachgebieten innerhalb eines MVZ. Der Begriff „fachübergreifend“ bezieht sich ausdrücklich auf das MVZ in seiner Gesamtheit. Für die tätigen Fachärzte sind die Fachgebietsgrenzen weiterhin verbindlich und zu beachten.³²⁹

Durch diese allgemein gehaltene Gesetzesvorgabe ist es den Betreibern möglich, das jeweilige MVZ umfassend an die Nachfragesituation anzupassen.

III.2.2.2 MVZ als „ärztlich geleitete“ Einrichtungen

Gemäß §95 SGB V muss die Leitung des MVZ durch einen Arzt erfolgen, der in das Arztregister eingetragen ist und eine Approbation sowie eine abgeschlossene Weiterbildung vorweisen kann.³³⁰ Diese Voraussetzungen gelten im Übrigen für alle im MVZ beschäftigten Ärzte – unabhängig von ihrer Position oder ihrem Beschäftigungsverhältnis. Das Fachgebiet des ärztlichen Leiters muss dabei nicht mit dem Fachgebiet der angestellten Ärzte übereinstimmen – die fachliche Weisungsunabhängigkeit muss im Anstellungsvertrag³³¹ festgehalten werden.³³²

³²⁸ Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 18ff.

³²⁹ Vgl. **Zwingel / Preißler** (2005), S. 43ff.

³³⁰ Vgl. **SGB V** §95 (1) S. 2

³³¹ Die Anstellungsverträge müssen dem Zulassungsausschuss zur Prüfung vorgelegt werden, wobei die fachliche Weisungsunabhängigkeit niedergeschrieben sein muss.

³³² Die MBO wurde im Mai 2004 um den §19 Abs. 2 ergänzt, der dieses auch für fachärztliche Praxisinhaber festlegt. Vgl. **MBO** §19(2); **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 24f.

Seit dem Inkrafttreten des VÄndG zum 01. Januar 2007 ist auch eine kooperative Leitung beispielsweise mit einem Zahnarzt und/oder einem Psychotherapeuten möglich:

„Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich.“³³³

Die ärztliche oder kooperative Leitung hat zur Folge, dass alle medizinischen Entscheidungsbefugnisse in der Hand eines oder mehrerer Ärzte, Zahnärzte oder Psychotherapeuten gelegt werden müssen - die kaufmännische Leitung durch einen nichtärztlichen Geschäftsführer ist hierdurch nicht ausgeschlossen. Die Anstellung eines kaufmännischen Geschäftsführers ist sinnvoll und wird in den meisten Fällen zur Regel werden, da sich betriebswirtschaftlich notwendiges Know-how so effektiv in das MVZ holen lässt.³³⁴

Durch diese Regelung wird durch den Gesetzgeber der medizinische Versorgungsauftrag in den Vordergrund und über die wirtschaftlichen Interessen des Medizinischen Versorgungszentrums gestellt.³³⁵ Aufgabe der ärztlichen bzw. kooperativen Leitung ist vor allem die Sicherstellung der Wahrnehmung der vertragsärztlichen Pflichten im MVZ.³³⁶ Darüber hinaus beinhaltet die Leitung die medizinische Organisation und die ärztliche Aufsicht.³³⁷ Wird die Tätigkeit der ärztlichen oder kooperativen Leitung eines MVZ mit der eines ärztlichen Direktors einer Klinik verglichen, so umfassen die Aufgaben weiterhin die Gewährleistung des förderlichen Zusammenwirkens der einzelnen MVZ-Ärzte, die Überwachung der Hygienevorschriften, die Fachaufsicht über die medizinischen Heil- und Hilfsberufe sowie die Sicherstellung der ärztlichen Dokumentation des Stellenplans

³³³ SGB V, §95 (1) S. 5

³³⁴ Vgl. Altendorfer / Merk / Jensch (2004), S. 26

³³⁵ Vgl. Zwingel / Preißler (2005), S. 50

³³⁶ Vgl. Altendorfer / Merk / Jensch (2004), S. 24

³³⁷ Vgl. ebenda

und des Sachbedarfs.³³⁸ Bei der Erfüllung dieser Aufgaben ist die ärztliche oder kooperative Leitung von anderen Entscheidungsträgern des MVZ weisungsfrei.³³⁹ Eine detaillierte Auflistung der Aufgaben und Befugnisse der ärztlichen oder kooperativen Leitung muss im Gesellschaftsvertrag niedergeschrieben sein, welcher dem Zulassungsausschuss zur Prüfung vorgelegt werden muss. Vor allem die klare Abgrenzung zu den Befugnissen der kaufmännischen Entscheidungsträger ist zwingend erforderlich. Wie die „ärztliche Leitung“ im Einzelfall konkret zu gewährleisten ist, hängt wesentlich von der Rechtsform ab.³⁴⁰ Bei einer GmbH muss beispielsweise mindestens ein Geschäftsführer Arzt sein, bei einer AG mindestens ein Vorstandsmitglied.³⁴¹

Formell besteht die Pflicht, einen ärztlichen Leiter einzusetzen auch bei zahnmedizinisch dominierten MVZ – in diesem Fall wird die ärztliche Leitung aller Wahrscheinlichkeit nach in eine zahnärztliche Leitung „umzudeuten“ sein.³⁴²

Die ärztliche, zahnärztliche oder kooperative Leitung in einem Medizinischen Versorgungszentrum kann sowohl von angestellten Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten als auch von vertragsärztlich tätigen Leistungserbringern wahrgenommen werden.³⁴³

III.2.2.3 Das Beschäftigungsverhältnis der Ärzte

Die Anstellung eines Arztes im MVZ bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses.³⁴⁴ Ärzte können im MVZ angestellt sein oder als selbständige Vertragsärzte arbeiten.³⁴⁵ Dies bedeutet nicht, dass ein Zentrum sich für eine dieser beiden Beschäftigungsvarianten entscheiden muss -

³³⁸ Vgl. **ebenda** S. 24f.

³³⁹ Dies bezieht sich nicht auf wirtschaftliche und organisatorische Weisungen, soweit sie die ärztliche Leistungserbringung nicht tangieren. Vgl. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 21; **Fiedler / Weber** (2004), S. 358, 360

³⁴⁰ Vgl. Kapitel II.3.7 i.V.m. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 27ff.

³⁴¹ Vgl. **o.V.** (2004), S. 12

³⁴² Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 26

³⁴³ Vgl. **Zwingel / Preißler** (2005), S. 50ff.

³⁴⁴ Vgl. **SGB V** §95 (2) S. 7

³⁴⁵ Vgl. **ebenda** §95 (1) S. 2

Mischformen sind ebenfalls zulässig.³⁴⁶ Der Wechsel eines Arztes von der freiberuflichen Tätigkeit in ein Angestelltenverhältnis ist jederzeit unter Verzicht der individuellen vertragsärztlichen Zulassung zugunsten des MVZ möglich.³⁴⁷ Der Schritt vom Angestellten zum Freiberufler ist allerdings nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich, soweit der Arzt weiterhin an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen will. Auf die exakten Implikationen des Beschäftigungsverhältnisses auf den Status der einzelnen Ärzte sowie auf das gesamte MVZ wird in dieser Arbeit noch ausführlich eingegangen.³⁴⁸

III.2.2.4 Die vertragsärztliche Zulassung

Die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung erfolgt als institutionelle Zulassung für das gesamte Medizinische Versorgungszentrum.³⁴⁹ Mögliche individuelle Zulassungen der als Vertragsarzt tätigen Ärzte in einem MVZ bleiben weiterhin bestehen, werden allerdings von der institutionellen Zulassung des MVZ „überlagert“. ³⁵⁰ Das bedeutet, dass auch die Vertragsärzte für die Zeit ihrer Tätigkeit im MVZ über die Gesellschaft zugelassen werden, obwohl sie über eine individuelle Zulassung verfügen. Angestellte Ärzte verfügen hingegen über keine individuelle Zulassung und nehmen ausschließlich auf Grundlage der institutionellen Zulassung des MVZ an der vertragsärztlichen Versorgung teil.³⁵¹

MVZ werden grundsätzlich für den Ort der Betriebsstätte und nicht für den Ort des Sitzes seines Trägers zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.³⁵² Der Ort der Geschäftsführung eines beispielsweise als Kapitalgesellschaft betriebenen MVZ muss somit nicht zwingend mit dem Ort der Leistungserbringung identisch sein. Organisatorische Konstruktionen, bei

³⁴⁶ Zur Ausgestaltung mit angestellten Ärzten und Vertragsärzten vgl. ausführlich Kapitel III.6; VI.3 i.V.m. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 74ff.; **Zwingel / Preißler** (2005), S: 115f.; **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 43ff.

³⁴⁷ Vgl. **SGB V** §103 (4a)

³⁴⁸ Vgl. Kapitel III.6; VI.3

³⁴⁹ Vgl. **SGB V** §95 (1) S. 7

³⁵⁰ Vgl. **Zwingel / Preißler** (2005), S. 116f.

³⁵¹ Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 36f.

³⁵² Vgl. **SGB V** §95 (1) S. 7

denen mehrere räumlich getrennte MVZ von einer zentralen Geschäftsführung verwaltet werden, sind somit möglich und zulässig.³⁵³ Die regionale Zuständigkeit der Zulassungsausschüsse ist somit klar geregelt – die sachliche Zuständigkeit beispielsweise zwischen Zulassungsausschuss für Ärzte und Zulassungsausschuss für Zahnärzte ist hingegen nicht geklärt.³⁵⁴ Es ist somit zunächst davon auszugehen, dass eine Zulassung beider Gremien erforderlich ist, sofern Ärzte und Zahnärzte im MVZ angestellt werden sollen.³⁵⁵

Da auch MVZ der Bedarfsplanung unterliegen, ist die Zulassung - wie bei niedergelassenen Ärzten - nur in Planungsbereichen möglich, in denen keine Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung³⁵⁶ existieren. Für den Fall, dass ein MVZ in einem gesperrten Planungsbereich errichtet oder erweitert werden soll, können Vertragsärzte mit eigener Zulassung für das MVZ geworben werden. Wechselt ein Vertragsarzt in das MVZ und verzichtet auf seine Zulassung, so geht diese an das MVZ über.³⁵⁷ Eine weitere, allerdings kostenintensive Möglichkeit ist der Erwerb von angebotenen Vertragsarztpraxen, deren Zulassung mit dem Kauf der Praxis ebenfalls auf das MVZ übergeht.³⁵⁸

Durch die Tätigkeit als angestellter Arzt in einem MVZ beabsichtigt der Gesetzgeber vor allem jungen Ärzten die Möglichkeit zu geben, ohne finanzielles Risiko in der ambulanten Versorgung tätig zu werden.³⁵⁹ Für vor dem 01.01.2007 in MVZ angestellte Ärzte besteht die Möglichkeit, nach mindestens fünfjähriger Tätigkeit im Angestelltenstatus einen gesetzlichen Anspruch auf eine vertragsärztliche Zulassung zu erwerben, um freiberuflich als Vertragsarzt tätig zu werden. Dies gilt für alle Planungsbereiche, inklusive der wegen Überversorgung gesperrten Bereiche.³⁶⁰ Das

³⁵³ Vgl. **Zwengel / Preißler** (2005), S. 82f. Dies ist beispielsweise von der POLIKUM GmbH in Berlin Friedenau ab dem Jahr 2008 beabsichtigt. Vgl. **Amelung** (2007), S. 231f.

³⁵⁴ Vgl. **Zwengel / Preißler** (2005), S. 81f.

³⁵⁵ Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 24

³⁵⁶ Vgl. **SGB V** §95 (2) S. 8

³⁵⁷ Vgl. **ebenda** §103 (4a) S. 1

³⁵⁸ Vgl. **ebenda** §103(4a) S. 2

³⁵⁹ Vgl. **Gesetzesbegründung zum GMG**, S. 305; **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 40

³⁶⁰ Vgl. **SGB V** §103 (4a) S. 4

MVZ darf den freigewordenen Vertragsarztsitz nachbesetzen – die Zulassung kann quasi kopiert werden.³⁶¹ Um einer übermäßig steigenden Zahl von Vertragsärzten in gesperrten Planungsbereichen vorzubeugen, kann eine Zulassung allerdings nur einmal auf diese Art und Weise „geklont“ werden – der nachbesetzte Vertragsarzt im MVZ erwirbt keinen neuen Rechtsanspruch auf eine Zulassung als Vertragsarzt.³⁶²

Die Praxisrelevanz dieser Regelung als Einstiegsmodell junger Ärzte in die freiberufliche Tätigkeit als Vertragsarzt darf bezweifelt werden. Der Schritt aus dem MVZ als angestellter Arzt ohne wirtschaftliche Verantwortung (und Kompetenz?) in die Freiberuflichkeit ist gerade in Anbetracht der Wettbewerbssituation in einem gesperrten Planungsbereich nicht sehr Erfolg versprechend. Mit Inkrafttreten des VÄndG zum 01.01.2007 wurde diese Möglichkeit auf die erstmals in einem MVZ angestellte Ärzte, die vor dem 01.01.2007 angestellt wurden, beschränkt.³⁶³ Dies deutet darauf hin, dass der Gesetzgeber diese Möglichkeit bewusst als eine Art Anschubhilfe für MVZ in das GMG aufgenommen hatte.

III.2.2.5 Zulässige Organisationsformen und Gründer von MVZ

Das Gesetz lässt den Initiatoren völlig freie Hand bei der Wahl der Rechtsform. MVZ können „*sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen*“³⁶⁴. So reicht das Spektrum von Personengesellschaften, wie z.B. Partnerschaftsgesellschaften bis hin zu juristischen Personen des privaten (GmbH, AG) sowie des öffentlichen Rechts.³⁶⁵ Unzulässig hingegen ist die Errichtung eines MVZ durch eine Kapitalgesellschaft, die nicht selbst als Leistungserbringer zugelassen ist.³⁶⁶ Im Gesetzgebungsverfahren zum GKV – Modernisierungsgesetz sah der Gesetzgeber die Gefahr, dass ka-

³⁶¹ Vgl. **ebenda** §103 (4a) S. 5

³⁶² Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 39

³⁶³ Vgl. **SGB V** §103(4a) S. 4

³⁶⁴ **SGB V** §95(1)S. 3, HS. 1

³⁶⁵ Vgl. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 90f

³⁶⁶ Vgl. **Zwingel / Preißler** (2005), S. 55ff.

pitalstarke in- und ausländische Investoren massiv in die ambulante Versorgung eingreifen würden.³⁶⁷

Gründer und somit auch potenzielle Träger bzw. Gesellschafter können alle Leistungserbringer sein, die an der medizinischen Versorgung der GKV- Versicherten teilnehmen.³⁶⁸ Diese Gründungsvoraussetzung ist ebenfalls Voraussetzung für den Fortbestand des MVZ – sollten Gesellschafter in die Trägergesellschaft aufgenommen werden, die keine zugelassenen Leistungserbringer sind, so ist dem MVZ die Zulassung zu entziehen.³⁶⁹ Folgende Leistungserbringer sind gemäß SGB V zur Gründung von MVZ berechtigt³⁷⁰:

- Vertragsärzte,
- Vertragspsychotherapeuten,
- ermächtigte Krankenhausärzte,
- andere ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten,
- ermächtigte Ärzte und andere Einrichtungen auf Grundlage des BMV-Ä,
- Träger von Einrichtungen nach SGB V, §311³⁷¹,
- ermächtigte Träger von Hochschulambulanzen,³⁷²
- ermächtigte Träger von Psychiatrischen Institutionsambulanzen,³⁷³
- ermächtigte Träger von Einrichtungen zur Ambulanten Behandlung im Rahmen der Behindertenhilfe,³⁷⁴
- Krankenhäuser,³⁷⁵
- Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen,³⁷⁶

³⁶⁷ Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 19

³⁶⁸ Vgl. **SGB V** §95(1) S. 3 HS. 2

³⁶⁹ Vgl. **ebenda** §95(6)

³⁷⁰ Vgl. **ebenda** §95 (1) S. 3 HS. 2

³⁷¹ Dies sind bereits bestehende ärztlich geleitete kommunale, staatliche und freigemeinnützige Gesundheitseinrichtungen, einschließlich der Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens (Polikliniken, Ambulatorien, Arztpraxen) sowie diabetologische, nephrologische, onkologische und rheumatologische Fachambulanzen. Vgl. Kapitel III.1 i.V.m. **SGB V** §311

³⁷² Vgl. **SGB V** §117

³⁷³ Vgl. **ebenda** §118

³⁷⁴ Vgl. **ebenda** §119a

³⁷⁵ Dies sind Hochschulkliniken, Plankrankenhäuser und Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben. Vgl. **SGB V** §108

- Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder gleichartige Einrichtungen,³⁷⁷
- Leistungserbringer von Heilmitteln,³⁷⁸
- Leistungserbringer von Hilfsmitteln,³⁷⁹
- Apotheken,³⁸⁰
- Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege,³⁸¹
- Leistungserbringer der Soziotherapie,³⁸²
- Leistungserbringer der sozialmedizinischen Nachsorge-
maßnahmen,³⁸³
- Vertragszahnärzte und
- ermächtigte Zahnärzte.

Andere als die hier genannten Leistungserbringer sind nicht zur Gründung Medizinischer Versorgungszentren berechtigt.³⁸⁴ Insbesondere ist die fehlende Gründungsberechtigung festzustellen für:

- rein privatärztlich tätige Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten ohne Vertragsarztzulassung,
- Jobsharing-Gesellschafter,
- Managementgesellschaften,
- gesetzliche Krankenkassen,
- private Krankenversicherungen und
- sonstige gewerbliche Investoren.³⁸⁵

Fraglich ist, ob der Ausschluss überwiegend auf Gewinn ausgerichteter kapitalstarker in- und ausländische Investoren durch die Beschränkung

³⁷⁶ Vgl. **ebenda** §111

³⁷⁷ Vgl. **ebenda** §311a

³⁷⁸ Vgl. **ebenda** §124

³⁷⁹ Vgl. **ebenda** §126

³⁸⁰ Vgl. **ebenda** §129

³⁸¹ Vgl. **ebenda** §132a(2)

³⁸² Vgl. **ebenda** §132b

³⁸³ Vgl. **ebenda** §132c(1)

³⁸⁴ Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 19

³⁸⁵ Vgl. **Zwingel / Preißler** S. 55f.

auf die o.g. Leistungserbringer vollständig gewährleistet werden kann.³⁸⁶ Ausgeschlossen ist hierdurch lediglich die direkte Beteiligung an einem MVZ – der indirekte Zugang beispielsweise über Beteiligungen an Trägergesellschaften zugelassener Leistungserbringer ist einer juristischen Prüfung zu unterziehen, erscheint allerdings aus heutiger Sicht zulässig. Nicht zulässig sind hingegen stille Beteiligungen oder so genannte „Strohmann-geschäfte“ zur Gründung von MVZ.

III.2.2.6 Budgetierung/ Vergütung/ Richtgrößen

Bis zur vollständigen Einführung der Regelleistungsvolumina werden die Leistungen der MVZ aus der (gedeckelten) ärztlichen Gesamtvergütung finanziert, d.h. die Vergütung erfolgt im Rahmen des EBM und HVM der KV.³⁸⁷ Das Budget des MVZ wird von der KV aus den verschiedenen Fachgruppenbudgets errechnet. Sofern es sich um angestellte Ärzte handelt, rechnet das MVZ für alle Ärzte unter einer Abrechnungsnummer mit der KV ab (Vertragsärzte verfügen über individuelle Abrechnungsnummern).³⁸⁸ Eine Zuordnung einzelner Leistungen zu den jeweiligen Fachärzten ist aus abrechnungstechnischen Gründen nicht mehr notwendig.³⁸⁹ Die Zulassungsausschüsse der KVen machen eine Kennzeichnungspflicht für im MVZ erbrachte medizinische Leistungen aus haftungs- und berufsrechtlichen Gründen jedoch weiterhin zur Auflage.³⁹⁰ Hierzu werden meist Unterabrechnungsnummern vergeben, die den angestellten Ärzten zugeordnet werden. Angestellte Ärzte werden ordentliches (Zwangs-)Mitglied der KV und unterliegen ihrer Disziplinalgewalt.³⁹¹ Freiberuflich im MVZ tätige Ärzte werden bei der KV wie bisher unter einer eigenen Abrech-

³⁸⁶ Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 19f.

³⁸⁷ Vgl. **Iringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 221f.

³⁸⁸ Vgl. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 142

³⁸⁹ Vgl. **Zwingel / Preißler** (2005), S. 147f.

³⁹⁰ Vgl. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 142

³⁹¹ Vgl. **Iringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 43f. Nach der amtlichen Gesetzesbegründung zum GMG ist dies dadurch gerechtfertigt, dass es sich bei den Fragen der ärztlichen Selbstverwaltung primär um Fragen der medizinischen Ausgestaltung der Versorgung handelt. Vgl. **BT-Drucks. 15/1525**, S. 108

nungsnummer geführt.³⁹² Hier übernimmt das MVZ gegen eine Aufwandsentschädigung regelmäßig ebenfalls die Abrechnung mit der KV. Während der angestellte Arzt sein (mehr oder weniger) fixes Gehalt vom MVZ gezahlt bekommt, so erhält der Freiberufler das von der KV überwiesene Honorar abzüglich der Verwaltungskosten und sonstiger anteilig zu tragender Kosten des MVZ.³⁹³ Die Vor- und Nachteile beider Möglichkeiten müssen im Einzelfall analysiert werden.³⁹⁴

Die im ambulanten Bereich üblichen Richtgrößen für Arznei- und Heilmittelverordnungen gibt es zurzeit für MVZ nicht, da sie keiner spezifischen ärztlichen Fachgruppe zuzuordnen sind. Die fehlenden Richtgrößen gestalten auch eine Wirtschaftlichkeitsprüfung schwierig, da MVZ in ihrer Struktur so heterogen sind, dass eine Durchschnittsprüfung ebenfalls nicht in Frage kommt. Die durch KV und Krankenkassen angestrebte Festlegung von Richtgrößen als Grundlage für Wirtschaftlichkeitsprüfungen für MVZ ist juristisch umstritten. Soll der Heterogenität von MVZ Rechenschaft getragen werden, müssten individuelle Richtgrößen für jedes einzelne MVZ definiert werden.³⁹⁵

³⁹² Insoweit unterscheiden die Vergütungsregelungen zwischen MVZ und Berufsausübungsgemeinschaften. In Letzteren rechnen kooperierende Vertragsärzte unter einer Abrechnungsnummer mit der KV vertragsärztliche Leistungen ab. Das Kriterium ist hier in der juristischen Selbständigkeit zu sehen, welche beim MVZ- Vertragsarzt gegeben ist, während Vertragsärzte in Berufsausübungsgemeinschaften juristisch nicht selbständig tätig sind. Vgl. **Halbe / Rothfuß** (2007), S. 103

³⁹³ Die exakte Ausgestaltung der Vergütungsvereinbarungen obliegt dabei dem MVZ sowie den Ärzten.

³⁹⁴ Vgl. hierzu insbesondere Kapitel VI.3.1.3 und VI.3.4

³⁹⁵ Vgl. **o.V.** (2004b), S. 6

III.3 Empirische Analyse der Entwicklung seit 2004

Im Jahr 2006 waren von den bundesweit tätigen 311.000 Ärzten ca. 136.000 Ärzte in der ambulanten Versorgung tätig. Neben ca. 11.000 ermächtigten Krankenhausärzten und ca. 7.500 rein privatärztlich tätigen Ärzten gehörten hierzu auch 9.100 angestellte Ärzte.³⁹⁶ Neben Praxisassistenten waren dies auch 1.696 angestellte Ärzte in MVZ.³⁹⁷

Mit Inkrafttreten des GMG zum 01. Januar 2004 erhielten zugelassene Leistungserbringer³⁹⁸ erstmals die Möglichkeit MVZ zu gründen, Kollegen anzustellen und fachübergreifend tätig zu werden.³⁹⁹ Inwieweit diese in den Paragraphen 95 des SGB V eingeflossenen Regelungen in der Praxis bisher angewandt werden, soll im Folgenden empirischen Überblick gezeigt werden. Hierbei soll neben allgemeinen Daten wie Anzahl und Größe vor allem die Ausgestaltung der bisher gegründeten MVZ im Bezug auf Rechtsform, Arztstatus und Trägerschaft betrachtet werden.

III.3.1 MVZ-Gründungen im Überblick

Bis zum 31.12.2007 hatten in Deutschland 948 zugelassene MVZ mit 4.006 Ärzten ihre Tätigkeit aufgenommen.⁴⁰⁰ Die Größe der zugelassenen MVZ variiert hierbei erheblich. Neben der Vielzahl kleinstmöglicher MVZ mit 2 Ärzten existieren auch Einrichtungen mit mehr als 50 Vertragsarztsitzen, wie z.B. das in vertragsärztlicher Trägerschaft befindliche POLIKUM⁴⁰¹ in Berlin-Friedenau oder das von der privaten Helios-Gruppe betriebene MVZ⁴⁰² in Berlin-Buch. Die Anzahl der zugelassenen MVZ nimmt

³⁹⁶ Vgl. **Orlowski / Halbe / Karch** (2008), S. 1

³⁹⁷ Vgl. **KBV** (2008), S. 3

³⁹⁸ Vgl. zu den zugelassenen Leistungserbringern Kapitel III.2.2.5

³⁹⁹ Vgl. **SGB V** §95

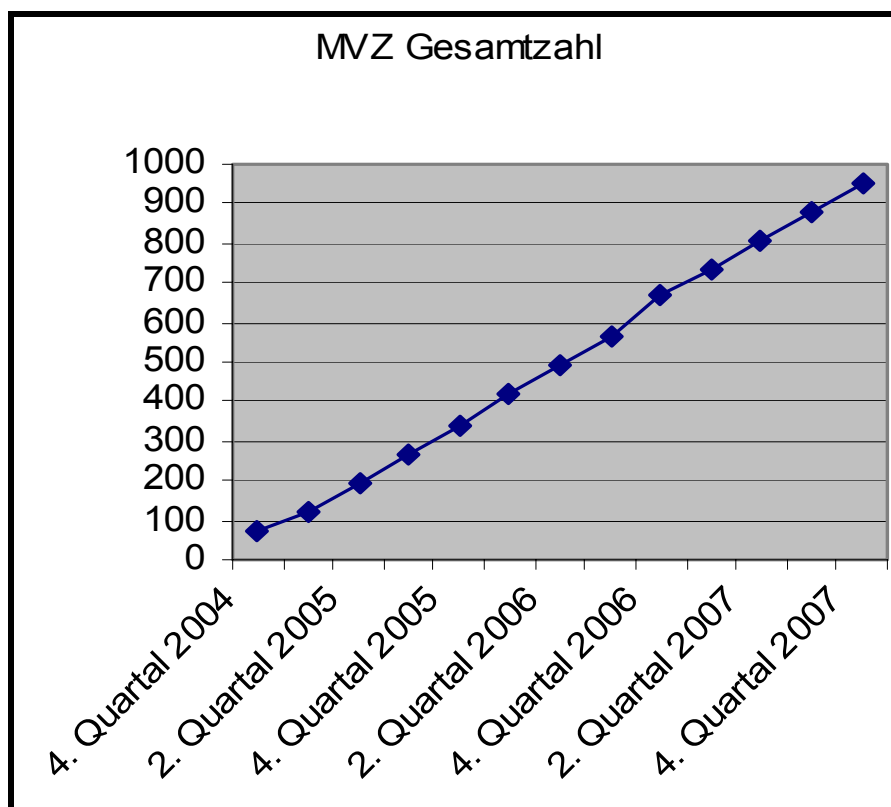
⁴⁰⁰ Vgl. **KBV** (2008), S. 2

⁴⁰¹ Vgl. **POLIKUM** unter www.polikum.de vom 23.07.2007

⁴⁰² Vgl. **Helios** unter www.klinikumbuch.de vom 23.07.2007

seit dem dritten Quartal 2004 konstant zu.⁴⁰³ Die gesamte Entwicklung ist aus der folgenden Abbildung ersichtlich.

Abbildung 14: Entwicklung der zugelassenen MVZ



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an **KBV** (2008a), S. 2

III.3.2 Trägerschaft

Die restriktiven Regelungen des SGB V zu den zur Gründung von MVZ berechtigten Leistungserbringern⁴⁰⁴ haben dazu geführt, dass mehr als 95 Prozent der MVZ von Vertragsärzten und/oder Krankenhäusern betrieben werden.⁴⁰⁵ Somit sind an der überwiegenden Anzahl der MVZ Vertragsärzte oder Krankenhäuser als Träger beteiligt. Die befürchtete mittelbare

⁴⁰³ Vgl. **KBV** (2008a), S. 2

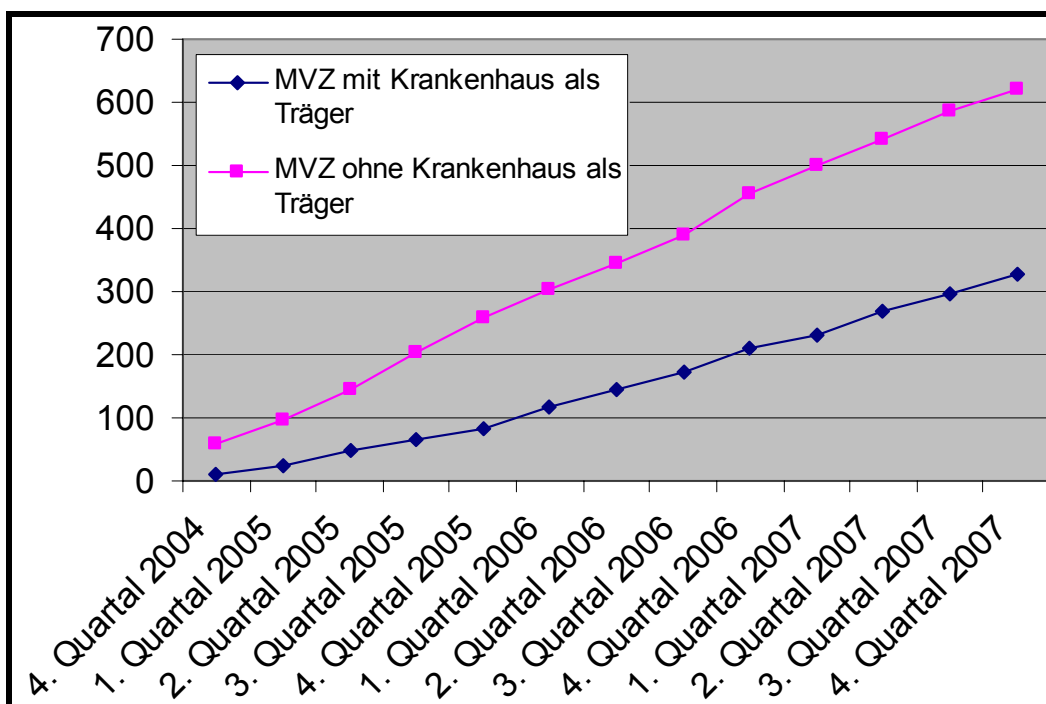
⁴⁰⁴ Vgl. zu den zugelassenen Gründern von MVZ Kapitel III.2.2.5 i.V.m. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 18f.

⁴⁰⁵ Vgl. **KBV** (2008), S. 3

Trägerschaft auf Gewinn ausgerichteter, kapitalstarker Investoren über beispielsweise ambulante Pflegedienste ist somit bisher ausgeblieben.⁴⁰⁶

Die beiden folgenden Abbildungen machen ebenfalls deutlich, dass Krankenhäuser zwar die Möglichkeit zum Einstieg in die ambulante Versorgung nutzen, mit knapp einem Drittel der gesamten MVZ in reiner Krankenhaus-trägerschaft jedoch nicht die niedergelassenen Vertragsärzte am Markt dominieren.⁴⁰⁷

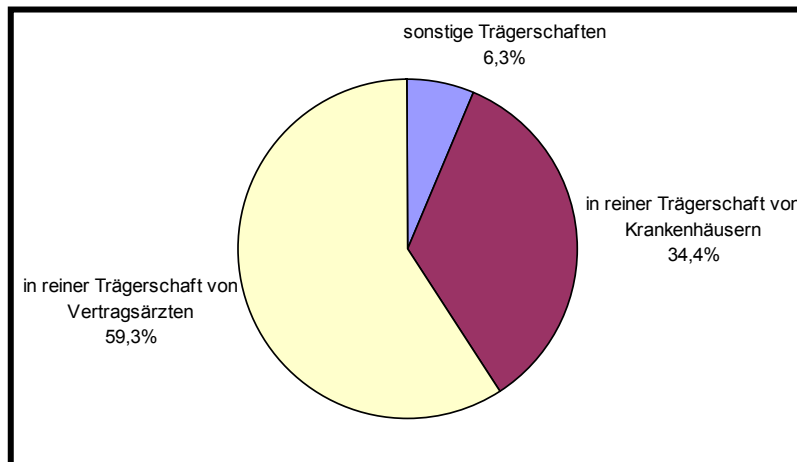
Abbildung 15: Entwicklung von MVZ nach Trägerschaft



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an **KBV** (2008a), S. 2

⁴⁰⁶ Vgl. Kapitel III.2.2.5

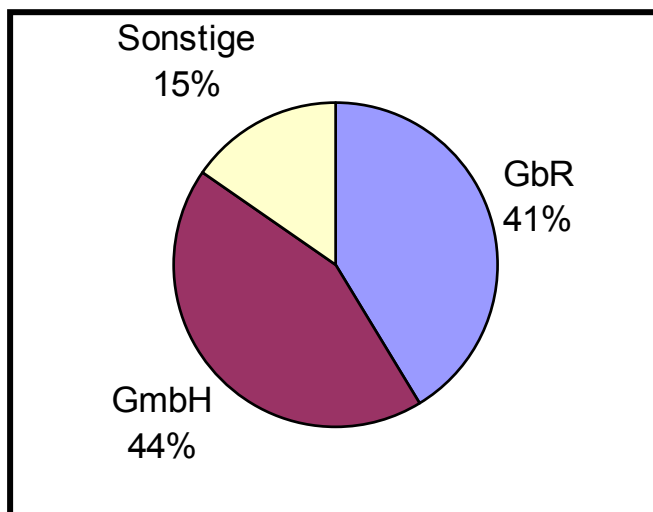
⁴⁰⁷ Vgl. **KBV** (2008a), S.2

Abbildung 16: Verhältnis der MVZ-Träger

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an KBV (2008), S. 3

III.3.3 Rechtsformen

Die vorwiegenden Rechtsformen, unter denen MVZ bisher firmieren, sind die GmbH und die GbR.⁴⁰⁸ Partnerschaftsgesellschaften werden hingegen nur selten als Rechtsform gewählt.

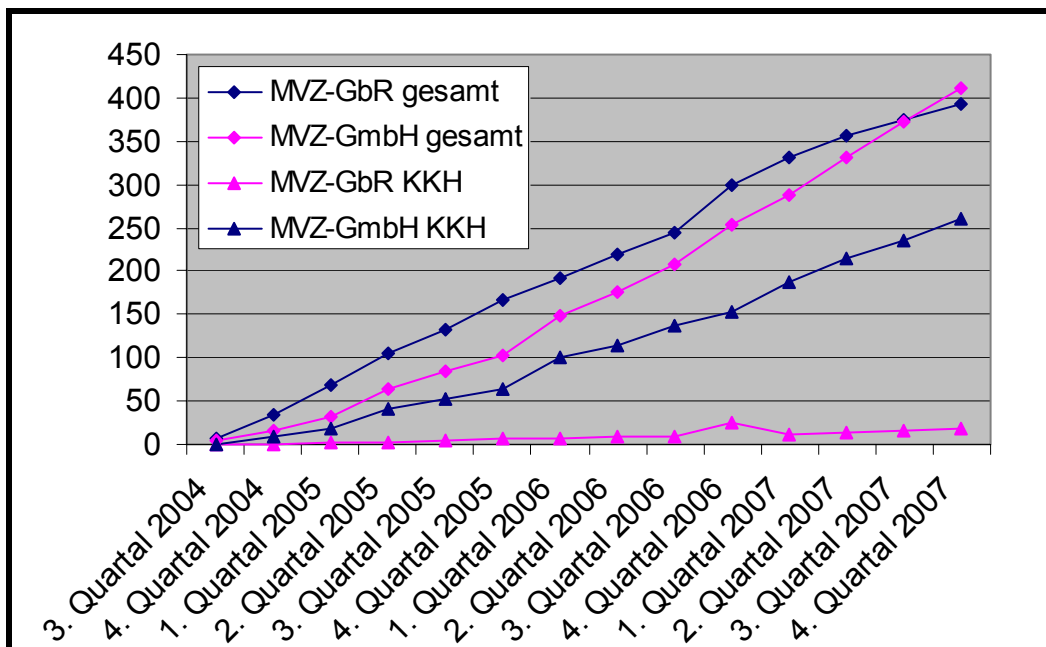
Abbildung 17: Rechtsformen von MVZ

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an KBV (2008a), S. 2

⁴⁰⁸ Vgl. KBV (2008), S. 1

Differenzen ergeben sich in der trägerbezogenen Betrachtung der gewählten Rechtsform. Ein deutlich höherer Anteil der MVZ unter Krankenhausbeteiligung wird dabei als Kapitalgesellschaft in der Rechtsform der GmbH geführt, während die Mehrzahl der vertragsärztlich geführten MVZ als Personengesellschaft in Form der GbR tätig ist. Die Entwicklung der zugelassenen MVZ in Bezug auf Rechtsform und Trägerschaft verläuft dabei nahezu proportional zur Gesamtentwicklung der MVZ. Sie ist in der folgenden Abbildung dargestellt.

Abbildung 18: Rechtsformen von MVZ nach Trägern



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an **KBV** (2008), S. 2

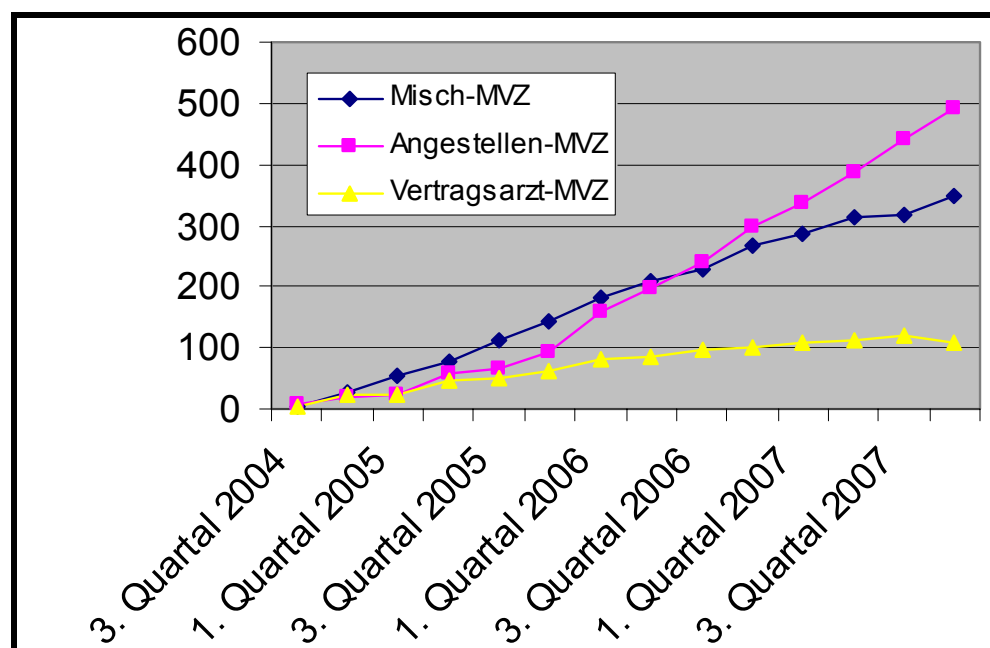
III.3.4 Status der Ärzte

Das SGB V beschreibt MVZ als Einrichtungen, in denen Ärzte

„... als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind.“⁴⁰⁹

Diese Regelung erlaubt somit sowohl die ausschließliche Tätigkeit mit angestellten oder freiberuflich tätigen Ärzten als auch Mischformen. In der absoluten Betrachtung der seit 2004 gegründeten MVZ stellen die Misch-MVZ und die Angestellten-MVZ die gängige Realisierung der Gesetzesnorm dar.

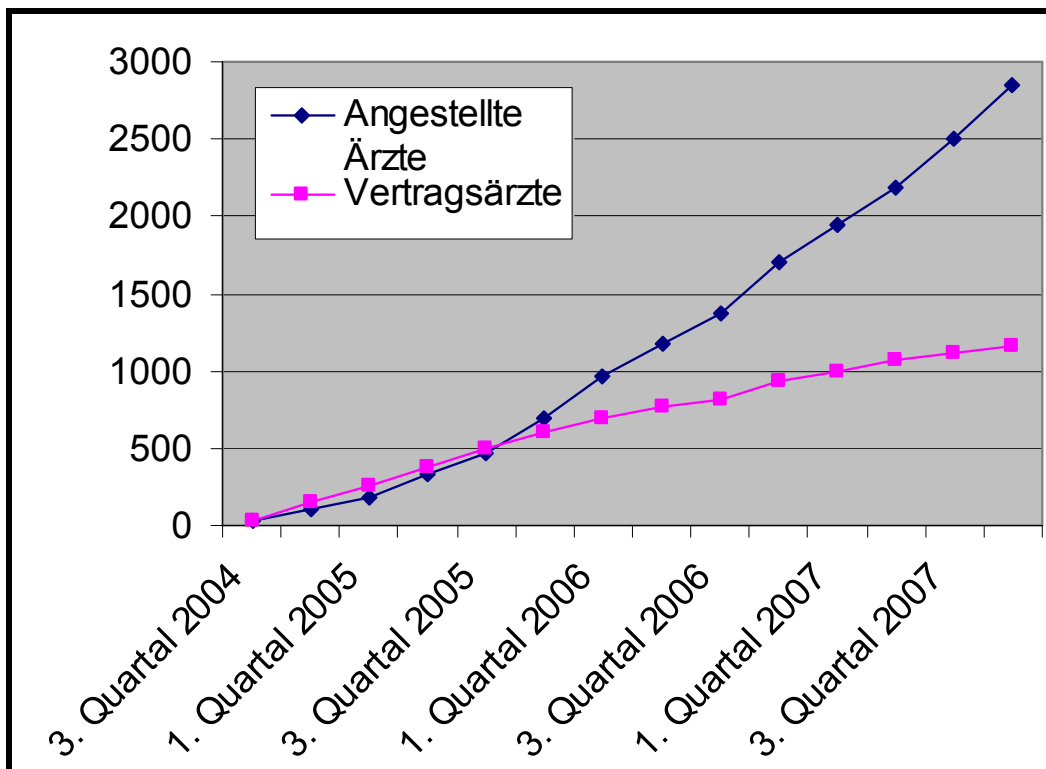
Abbildung 19: MVZ nach Ärztestatus



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an **KBV** (2008a), S. 4

Die absolute Anzahl der angestellten Ärzte in MVZ war im 3. Quartal 2005 erstmals höher als die Anzahl der freiberuflich in MVZ tätigen Ärzte. Der Anstieg der angestellten Ärzte fällt seitdem auch stärker aus als bei freiberuflichen Ärzten.

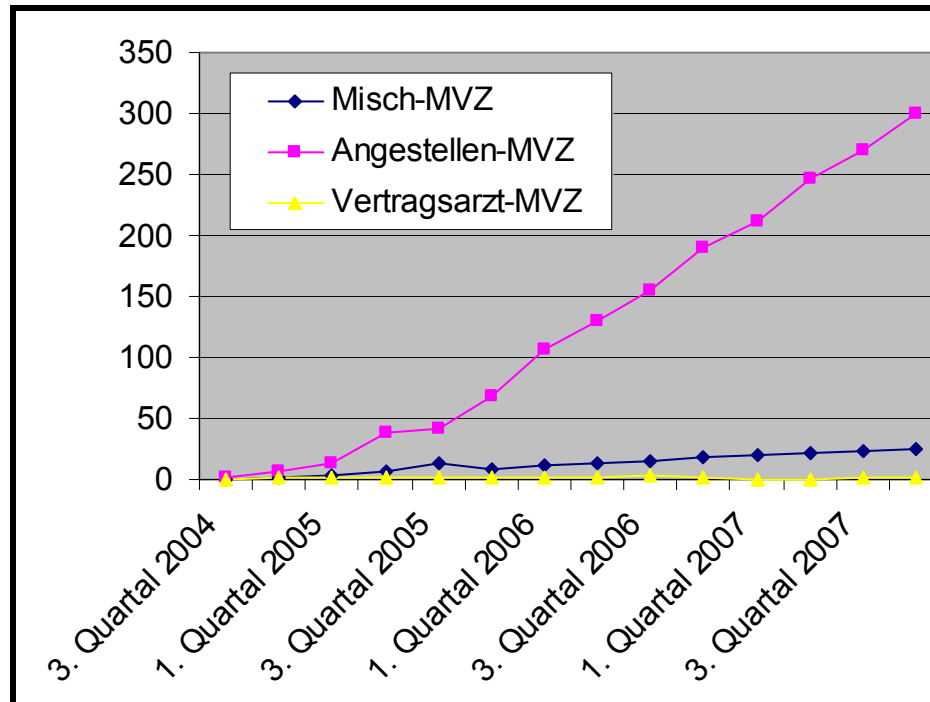
⁴⁰⁹ SGB V §95(1), S. 2

Abbildung 20: Ärzte nach Status

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an **KBV** (2008), S. 3

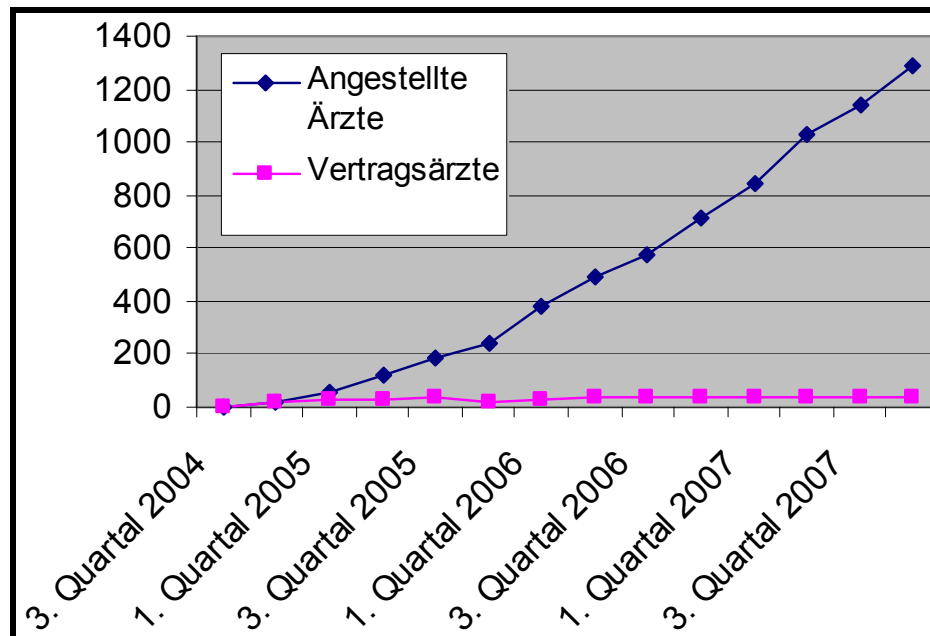
Beim Status der Ärzte ergeben sich ebenfalls Differenzen in der trägerbezogenen Betrachtung. MVZ in Krankenhaussträgerschaft sind deutlich von angestellten Ärzten dominiert, was vor dem Hintergrund des traditionellen Beschäftigungsverhältnisses der Krankenhausärzte nicht verwunderlich erscheint. Diese Dominanz spiegelt sich sowohl in der Anzahl der MVZ als auch in der Anzahl der angestellten Ärzte wieder.

Abbildung 21: MVZ nach Ärztstatus in KKH- Trägerschaft



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an KBV (2008a), S. 4

Abbildung 22: Ärzte nach Status in KKH- Trägerschaft

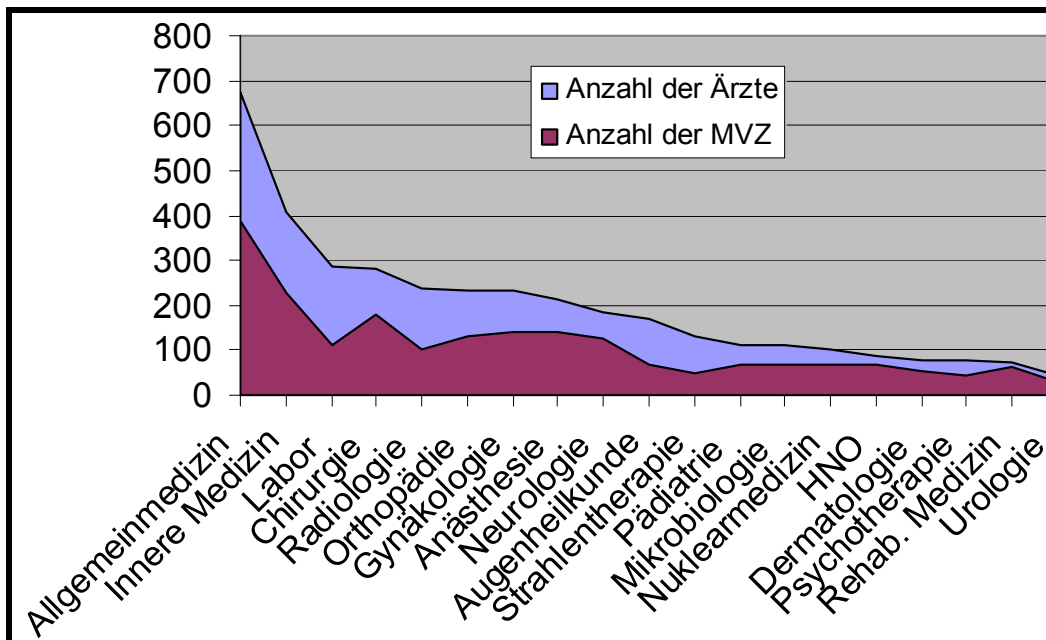


Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an KBV (2008a), S. 3

III.3.5 Fachgruppenverteilung der Ärzte

Hausärzte, Internisten und Chirurgen sind die am häufigsten vertretenen Fachgruppen in MVZ. In nahezu der Hälfte aller MVZ sind Hausärzte tätig. Zurzeit existiert in Deutschland noch kein „Vollversorger-MVZ“, das alle Fachgruppen abdeckt, Bestrebungen hierzu bestehen allerdings.⁴¹⁰ Die folgende Abbildung zeigt den Stand zugelassener MVZ sowie der darin tätigen Ärzte aufgeschlüsselt nach Fachrichtungen zum 31.12.2007.

Abbildung 23: Fachgruppenverteilung



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an **KBV** (2008), S. 4

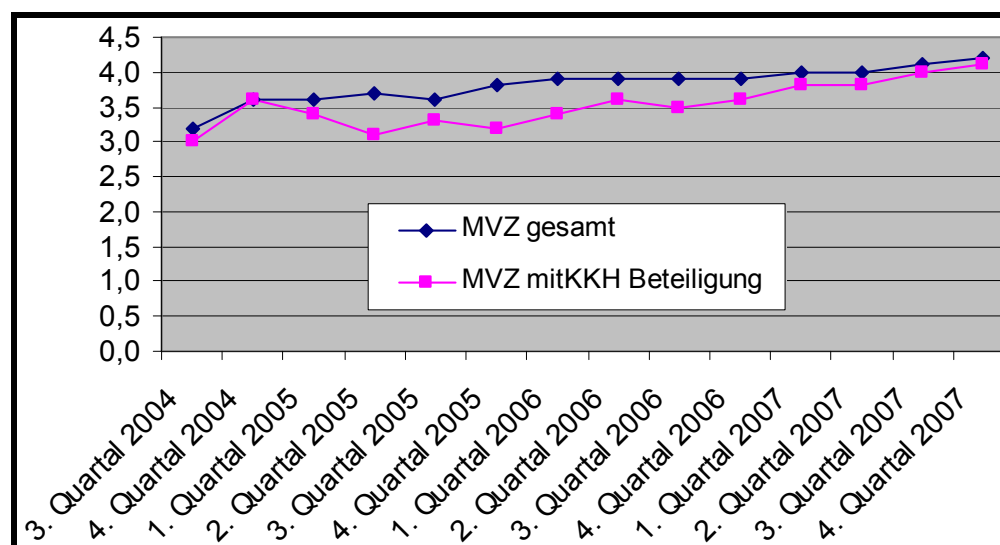
III.3.6 Arbeitsgröße von MVZ

Die durchschnittliche Arbeitsgröße der MVZ erhöht sich nur langsam. Zum Ende des vierten Quartals 2007 arbeiteten die MVZ mit durchschnittlich 4 Ärzten. Die Bandbreite reicht dabei von Kleinst-MVZ mit 2 Ärzten bis zu

⁴¹⁰ Diese Bestrebungen bestehen beispielsweise beim MVZ POLIKUM GmbH in Berlin Friedenau. Vgl. **Amelung** (2007), S. 227

großen Einrichtungen mit über 50 angestellten Ärzten. Die Masse der Klein- und Kleinst-MVZ führt dabei zu der relativ niedrigen durchschnittlichen Arbeitsgröße von 4 Ärzten je MVZ.⁴¹¹ MVZ, die sich in Krankenhausträgerschaft befinden, arbeiteten im Durchschnitt mit weniger Ärzten. Der Abstand zur Arbeitsgröße der Gesamtzahl der MVZ wird jedoch seit Beginn 2006 geringer.

Abbildung 24: Durchschnittliche Arbeitsgröße der MVZ



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an **KBV** (2008a), S. 5

III.3.7 Räumliche Dislozierung

Die meisten MVZ wurden bisher in den KV-Bezirken der Bundesländer Bayern, Berlin und Niedersachsen gegründet.⁴¹² MVZ in Trägerschaft eines Krankenhauses konzentrierten sich auf die KV-Bezirke Bayern, Sachsen und Niedersachsen.⁴¹³

Zum Ende des vierten Quartals 2007 waren bereits über 4.000 Ärzte in den mehr als 900 MVZ in Deutschland beschäftigt.⁴¹⁴

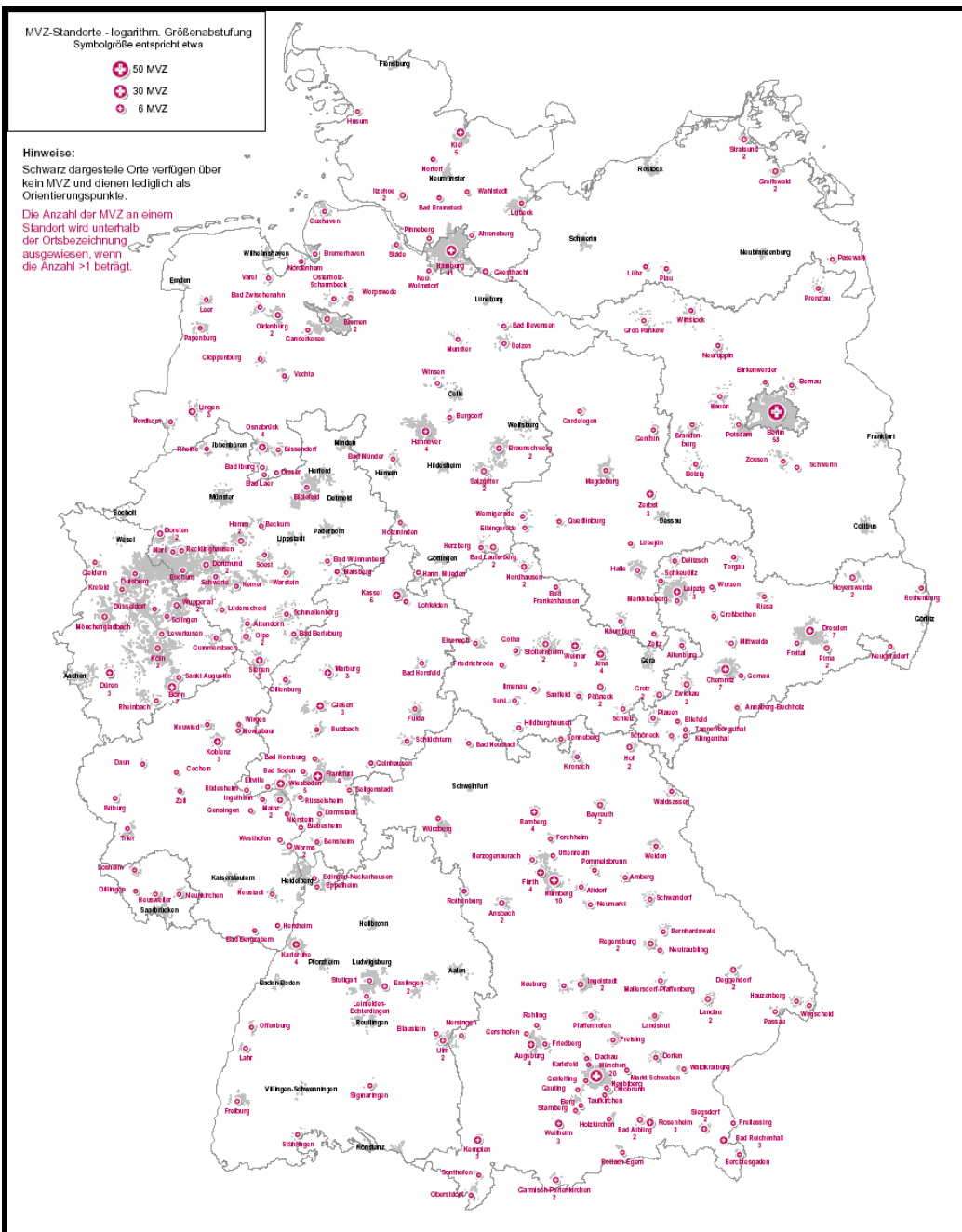
⁴¹¹ Vgl. **KBV** (2008), S. 2

⁴¹² Vgl. **ebenda**

⁴¹³ Vgl. **ebenda** S. 3

⁴¹⁴ Exakt waren zu diesem Zeitpunkt 4.006 Ärzte in 948 MVZ beschäftigt. Vgl. **KBV** (2008), S. 2

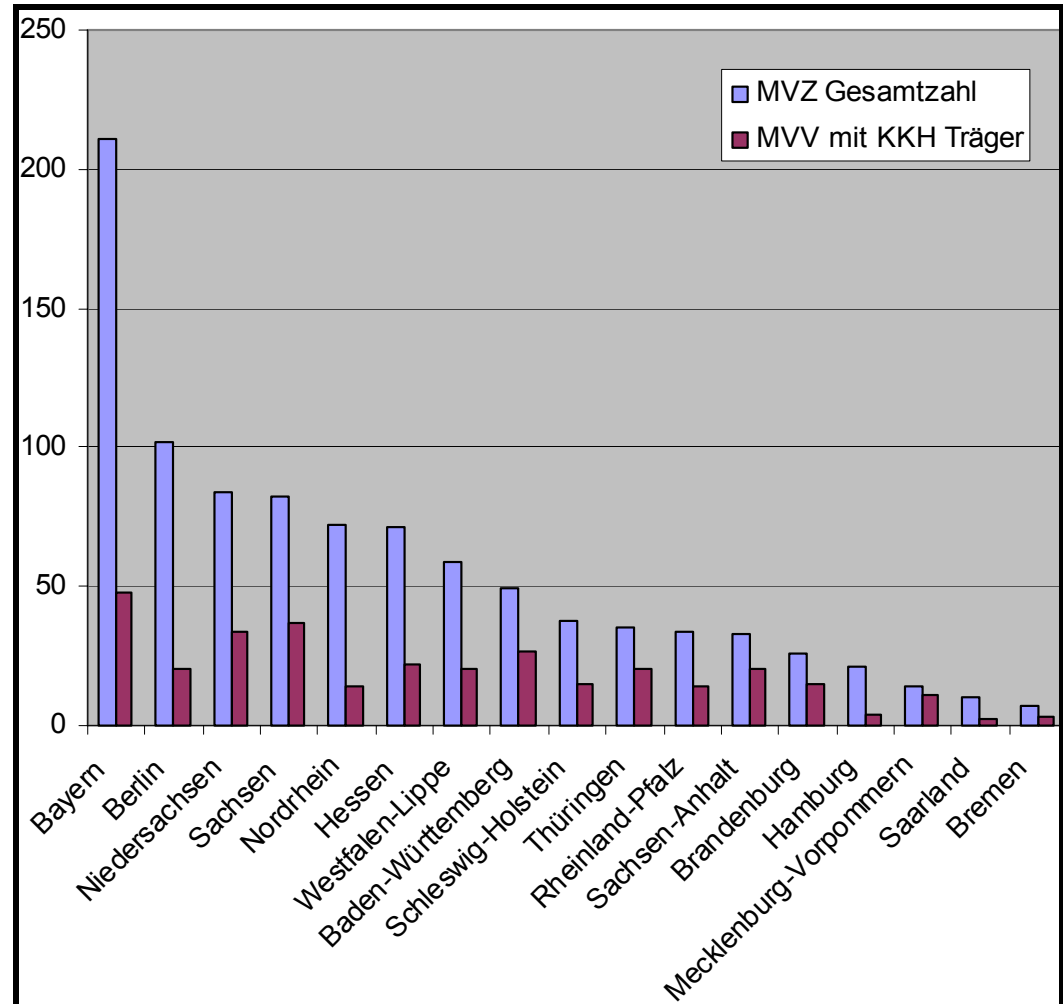
Abbildung 25: MVZ- Standorte in Deutschland



Quelle: KBV (2008b)

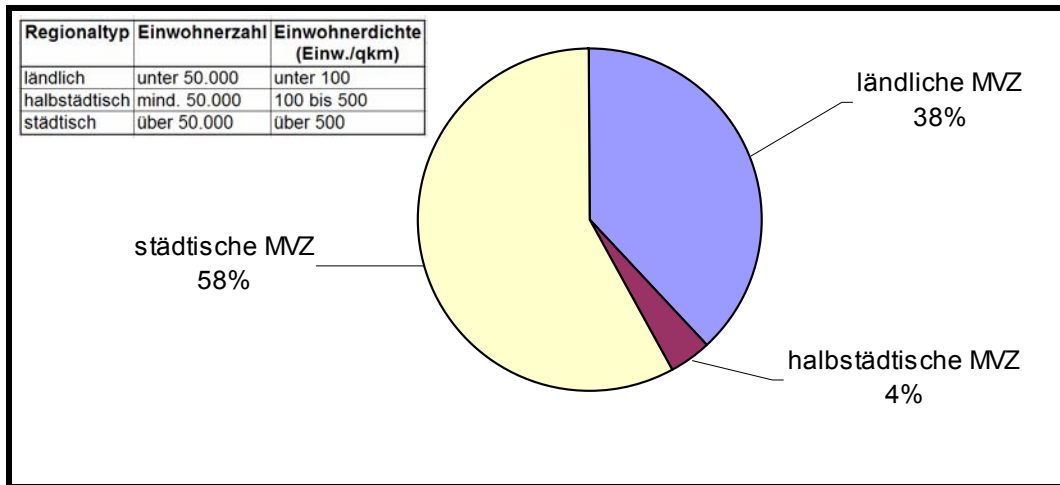
Die exakte Aufschlüsselung der Anzahl der MVZ nach den KV-Bezirken ist in der folgenden Abbildung dargestellt.

Abbildung 26: Verteilung nach KV-Bezirken



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an **KBV** (2008), S. 3

60 Prozent der MVZ siedelten sich in den vergangenen Jahren in kommunalen Ballungsgebieten mit mindestens 50.000 Einwohnern an. Die in den ländlichen Gebieten zugelassenen MVZ besitzen im Regelfall eine signifikant geringere Arbeitsgröße als die in Ballungsgebieten.

Abbildung 27: Räumliche Ansiedlung

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an **KBV** (2008), S. 2

Die vorangegangenen ausgewerteten empirischen Daten belegen, dass MVZ als kooperative Organisationsform der ärztlichen Leistungserbringung in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen haben. Dies gilt sowohl für die Anzahl und Verteilung der MVZ als auch für die Anzahl der dort tätigen Ärzte. Ein Ende dieser Entwicklung ist vorerst nicht absehbar. Was bewegt niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser und andere zugelassene Leistungserbringer jedoch zur Gründung eines MVZ? Diese Frage soll im folgenden Kapitel beantwortet werden.

III.4 Motive zur Gründung eines MVZ

Der fachübergreifende Zusammenschluss zugelassener Leistungserbringer wird durch die wirtschaftliche Betätigung zum Unternehmen, das übergeordnete Ziele verfolgt und Strategien verwirklicht.⁴¹⁵ Ziele und Strategien können je nach Motivation der Beteiligten erheblich differieren.⁴¹⁶ Die Motive sind oft ausschlaggebend für Entscheidungen im weiteren Ver-

⁴¹⁵ Altendorfer / Merk / Jensch (2004), S. 65

⁴¹⁶ Bestimmte Ziele, wie z.B. ein permanentes Liquiditätsziel, können hingegen grundsätzlich als gleichgerichtet angesehen werden. Vgl. Altendorfer / Merk / Jensch (2004), S. 65

lauf der Gründung. Um Konflikte zu vermeiden, ist es hilfreich, diese Motive zu definieren und transparent für alle anderen Beteiligten zu machen. Die Frage nach dem „Warum“ sollte im Vordergrund der Analyse stehen.⁴¹⁷ Die mit den Motiven verbundenen Ziele müssen in einem weiteren Schritt auf ihre Erreichbarkeit sowie auf Differenzen zu den Zielen potenzieller Partner, Mitarbeiter und Patienten überprüft werden. Aufgetretene Differenzen müssen bewertet und die Ziele ggf. noch vor der Gründungsentscheidung korrigiert werden. Unter Umständen muss die Gründungsentscheidung neu überdacht werden.⁴¹⁸

Es ist davon auszugehen, dass nicht alle zur Gründung zugelassenen Leistungserbringer⁴¹⁹ von derselben Motivation bei der Gründung eines MVZ geleitet werden.⁴²⁰ Die zugelassenen Gründer können, bezogen auf die Motive, in drei Hauptgruppen eingeteilt werden. Daher wird im Folgenden differenziert zwischen

- zugelassenen Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten,
- Krankenhäusern, Klinkketten und
- anderen Leistungserbringern.

Für die folgenden Ausführungen werden die Produktionsfaktoren Arbeit und Kapital abgekoppelt voneinander betrachtet – es wird also davon ausgegangen, dass nicht jeder Kapitalgeber auch persönlich Arbeitsleistungen im MVZ erbringen muss.

Alle gesetzten Ziele müssen stets unter der Nebenbedingung eines permanenten Liquiditätszieles verwirklicht werden, da das MVZ als Unternehmen die entstehenden Verbindlichkeiten⁴²¹ mit den Einnahmen decken können muss. Ein MVZ unterscheidet sich in dieser Hinsicht nicht von an-

⁴¹⁷ Vgl. **Klawonn / Wagner** (2006), S. 6f.

⁴¹⁸ Vor allem das starke Konkurrenzdenken zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern kann die Zielsynchronisation erschweren, obwohl beide innerhalb der Wertschöpfungskette aufeinander angewiesen sind. Vgl. **Braun / Nissen** (2005)

⁴¹⁹ Vgl. Kapitel III.2.2.5 i.V.m. **SGB V** §95 (1) S. 3 HS. 2

⁴²⁰ Vgl. **Klawonn / Wagner** (2006), S. 6f.

⁴²¹ Z.B. Mieten, Gehälter, Anschaffungskosten für medizinische Geräte, Stromkosten, etc.

deren Wirtschaftsunternehmen und müsste bei fehlender Liquidität Insolvenzantrag stellen.⁴²²

III.4.1 Gründungsmotive niedergelassener Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten

Niedergelassene Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten werden im Folgenden unter dem Begriff der niedergelassenen Ärzte zusammengefasst.

Der ökonomische Leidensdruck niedergelassener Ärzte hat sich in den letzten Jahren deutlich verschärft.⁴²³ Ein gedeckeltes Gesamtbudget, erhöhte Betriebskosten durch die Bürokratisierung der Dokumentationspflichten⁴²⁴, verschärfter Wettbewerb zwischen den Ärzten⁴²⁵ und nicht zuletzt der Verwaltungsaufwand für das Kassieren der Praxisgebühr sind hier nur einige der Gründe für die Erhöhung des ökonomischen Drucks.⁴²⁶ Auch die Einführung der Regelleistungsvolumina mit festen Punktwerten vermochte das Problem steigender Kosten bei gedeckeltem Gesamtbudget nicht zu lösen. Niedergelassene Ärzte sind somit gezwungen, betriebswirtschaftlich zu planen und zu handeln, um medizinische Leistungen wirtschaftlich erbringen zu können.

Neben der Positionierung der Praxis im stagnierenden bzw. rückläufigen traditionellen GKV-Markt muss die Orientierung an neuen Märkten, wie iGeL oder Integrierter Versorgung⁴²⁷, dabei ebenfalls Berücksichtigung finden. Die gesetzlichen Normen und Regelungen sowie das ärztliche Be-

⁴²² Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 65

⁴²³ Vgl. **Klawonn / Wagner** (2006), S. 7

⁴²⁴ Vgl. **Schlingensiepen** (2006), S. 3

⁴²⁵ In der Bundesrepublik Deutschland sind ca. 90 Prozent der Planungsbezirke wegen Überversorgung gesperrt.

⁴²⁶ Vgl. **Stebner** (2004), S. 56

⁴²⁷ Vgl. ausführlich zur Integrierten Versorgung **SGB V** §140a ff. i.V.m. **Kuhlmann** (2000); **Ratajczak** (2000); **Wigge** (2001); **Wigge** (2001a); **Bihr / Krauskopf** (2001); **Hess** (2002); **Windhorst** (2002); **Braun / Güssow** (2006); **Güssow** (2007)

rufsrecht wirken dabei restriktiv, sind jedoch in den vergangenen Jahren zunehmend liberalisiert worden.⁴²⁸ Vor allem bei Fragen des Marketings, der Rechtsformwahl, der Standortfreiheit, der Kapitalbeschaffung, der Anstellung von Ärzten und des Leistungsprogramms wird diese Liberalisierung sehr deutlich. Nun gilt es für die Niedergelassenen diese nach und nach gewonnenen Freiheiten zu nutzen und die althergebrachten, streng regulierten, kaum innovativen und meist wenig effizienten Strukturen zu durchbrechen, um sich am Gesundheitsmarkt zu positionieren.⁴²⁹ Hierbei wird der niedergelasse Arzt unweigerlich die Option der Kooperation und in diesem Rahmen auch der Betätigung in einem MVZ zu prüfen haben. Der „Status Quo“ der ambulanten Versorgung besteht noch immer aus mehr oder weniger streng nach Facharztgruppen und Sektoren getrennten Klein- und Kleinstunternehmen, nämlich den traditionellen Einzelpraxen. Mehr als 60 Prozent der ca. 120.000 niedergelassenen Ärzte praktizieren zurzeit noch immer in Einzelpraxen.⁴³⁰ In den ökonomischen Vorteilen sind neben medizinischen Beweggründen die Hauptmotive niedergelassener Ärzte für die Gründung eines MVZ zu suchen.⁴³¹

III.4.1.1 Kostenvorteile – Economies of scale

Der angelsächsische Begriff der Economies of scale umschreibt die Kostenvorteile, die durch die so genannten Skaleneffekte oder auch Mengeneffekte realisiert werden können.⁴³² Durch die Ausweitung der Ausbringungsmenge eines Produktes bzw. einer Dienstleistung verteilen sich die Fixkosten auf eine größere Anzahl von Produkten oder Dienstleistungen – die Durchschnittskosten sinken. Im Fall eines Arztes im MVZ kann dies beispielsweise durch die gemeinsame Nutzung von Räumen und Apparaten realisiert werden.⁴³³ Weitere Möglichkeiten der Kostendegression bie-

⁴²⁸ Vgl. **Braun / Schulz-Nieswandt** (2006), S. 9f.

⁴²⁹ Vgl. **Güssow** (2007)

⁴³⁰ Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 70

⁴³¹ Vgl. **Zwingel / Preißler** (2005), S. 21

⁴³² Vgl. **Braun** (1995), S. 199

⁴³³ Diese Form der Größenvorteile wurde in der Vergangenheit bereit durch Apparategemeinschaften realisiert.

ten sich durch die Ausweitung der Bestellmenge bei Einkauf von Gütern aller Art, wie z.B. Praxisbedarf, medizinische und nichtmedizinische Hilfsmittel, Bürobedarf oder Hard- und Software sowie ein gemeinsames Personalmanagement.⁴³⁴ Neben der Optimierung des Flächen- und Einkaufsmanagements lassen sich Einsparungen im Personalbereich realisieren. Des Weiteren bietet sich die Möglichkeit der wechselseitigen Spezialisierung, wodurch nicht mehr jeder Arzt alle Leistungen vorhalten muss.⁴³⁵ In einer Einzelpraxis tätige Ärzte stehen oftmals vor der Wahl eine unrentable, aber zur Komplettierung des Leistungsangebotes notwendige Leistung⁴³⁶ anzubieten oder die Patienten an Kollegen zu überweisen, die diese Leistung anbieten. Beides ist aus ökonomischer Sicht nicht zu vertreten.

Einzelne dieser Vorteile sind auch durch eine lose Form der Kooperation realisierbar – Apparategemeinschaften sichern beispielsweise eine hohe Auslastung der Geräte und somit niedrige Durchschnittskosten, Einkaufskooperationen erhalten günstige Konditionen beim Erwerb von Gütern und Dienstleistungen. Für die umfassende Realisierung der genannten Economies of scale verfügt ein fester Zusammenschluss wie ein MVZ jedoch über ein wesentlich höheres Potenzial.

III.4.1.2 Verbundvorteile – Economies of scope

Economies of scope oder Verbundvorteile werden realisiert, wenn bei der Zusammenführung mehrerer Teile die Summe größer ist als die Addition der einzelnen Teile.⁴³⁷ Zur Veranschaulichung wird hier oft die mathematisch nicht korrekte Gleichung „ $2+2=5$ “ verwandt.⁴³⁸

⁴³⁴ Personalbeschaffung, Personalentwicklungsmaßnahmen etc. können für eine größere Anzahl von Mitarbeitern erfolgen und werden somit günstiger.

⁴³⁵ Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 71

⁴³⁶ Für bestimmte, unrentable Leistungen kann sich der Angebotszwang auch aus dem Auftrag der Sicherstellung der Versorgung ergeben.

⁴³⁷ Vgl. **Braun** (1995), S. 1999

⁴³⁸ Vgl. **Braun / Güssow** (2006), S. 70

Konkrete Verbundvorteile im MVZ liegen hauptsächlich im konstituierenden Merkmal der fachübergreifenden Tätigkeit⁴³⁹ begründet. Komplexe Krankheitsbilder können umfassend behandelt werden, Doppeluntersuchungen können durch die direkte Verbindung zwischen den Ärzten vermieden werden. Konkret können Verbundvorteile in MVZ z.B. dadurch genutzt werden, dass bei ambulanten Operationen zwei ursprünglich getrennt voneinander betrachtete Eingriffe zeitlich synchron vorgenommen werden.⁴⁴⁰ Auch hier ist das MVZ nicht die einzige Möglichkeit, diese Verbundvorteile zu realisieren; es bietet aber grundsätzlich sehr gute Voraussetzungen, die Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringer holistisch zu strukturieren und zu koordinieren.

III.4.1.3 Zugang zur stationären Versorgung

Neben der bis Ende 2003 einzigen Möglichkeit als Belegarzt an der stationären Versorgung zu partizipieren, eröffnet das MVZ neue Möglichkeiten für niedergelassene bzw. ambulant tätige, angestellte Ärzte, an der stationären Versorgung der Versicherten teilzunehmen.⁴⁴¹ Das MVZ könnte sogar Eigentümer oder Anteilseigner einer Klinik werden. Die Beteiligung könnte auch kreuzweise erfolgen, so dass MVZ und Klinik eng miteinander verflochten werden und gegenseitig partizipieren.⁴⁴² Den MVZ eröffnen sich aufgrund der gesellschaftsrechtlichen Struktur und der zu unterstellenden Kapitalkraft⁴⁴³ somit diverse Möglichkeiten einer Beteiligung an der stationären Versorgung.

⁴³⁹ Siehe hierzu Kapitel III.2.2.1 i.V.m. **SGB V** §95(1) S. 2

⁴⁴⁰ Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 71

⁴⁴¹ Dies wird im Regelfall nicht über eine direkte, vollstationäre Versorgung stattfinden, mittelbare Partizipation über Kapital- und Personalverflechtungen oder ambulante Substitutionsleistungen sind jedoch denkbar und möglich.

⁴⁴² Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 72

⁴⁴³ Hierbei wird davon ausgegangen, dass es sich um „echte“ MVZ mit einer nahezu ambulanten Vollversorgung und einer dementsprechenden Betriebsgröße handelt. Umfirmierte Berufsausübungsgemeinschaften mit nur wenigen Ärzten werden hier nicht berücksichtigt.

III.4.1.4 Zukunftssicherung und Verbesserung der Wettbewerbssituation

Langfristige Wettbewerbsvorteile lassen sich durch das Angebot einer so genannten „System- oder Komplettlösung“ für die Bedürfnisse der Kunden realisieren.⁴⁴⁴ In der ambulanten Versorgung bedeutet dies, dass dem Patienten ein umfassendes Angebot an Gesundheitsleistungen aus einer Hand angeboten wird, wobei der gesamte Behandlungsprozess des Patienten im Mittelpunkt steht.⁴⁴⁵ Szathmary formuliert dies wie folgt:

„Der Leitgedanke ist die longitudinale, prozessorientierte Sicht auf die Krankheit und die Krankheitsgeschichte eines Patienten über alle organisatorischen Leistungserbringergrenzen hinweg.“⁴⁴⁶

Aufgrund der einzuhaltenden Fachgebietsgrenzen kann der niedergelassene Arzt dies ausschließlich durch die Kooperation mit Kollegen erreichen.

Die räumliche Konzentration unterschiedlicher medizinischer und nicht-medizinischer Leistungserbringer, wie beispielsweise in Ärztehäusern, Gesundheitszentren oder MVZ, ist dabei die Grundlage für die Akzeptanz als „Komplettlösung“ beim Patienten. Ein signifikanter Wettbewerbsvorteil ist allerdings erst durch die Kooperation komplementärer Leistungserbringer räumlich konzentriert und unter einem gesellschaftsrechtlichen Dach zu realisieren.⁴⁴⁷ Hier bietet das MVZ entscheidende Vorteile gegenüber anderen Kooperationsformen.⁴⁴⁸ Für die Positionierung des MVZ sind die Entwicklung einer Corporate Identity (CI) und die Kommunikation dieser CI

⁴⁴⁴ Das MVZ POLIKUM GmbH in Berlin hat sich beispielsweise die ambulante Vollversorgung aus einer Hand in Form einer eigenen Markenbildung zum Ziel gesetzt. Vgl. **Amelung** (2007), S. 227f., 225f.

⁴⁴⁵ Dieser holistische Ansatz der Patientenversorgung ist kein Alleinstellungsmerkmal der MVZ, die strukturellen Rahmenbedingungen bieten hier allerdings gute Möglichkeiten zur Umsetzung in die Praxis. Vgl. zum gesamten Behandlungsprozess **Braun** (1997), S. 102

⁴⁴⁶ **Szathmary** 1999), S. 299; vgl. hierzu auch **Nissen** (2003, S. 426 sowie **Neuffer** (1996), S. 53

⁴⁴⁷ Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 71f.

⁴⁴⁸ Insbesondere die Möglichkeit, die Patienten durch definierte Behandlungspfade im MVZ zu steuern, ist für die Positionierung am Markt wichtig. Hierbei geht es nicht in erster Linie um Abrechnungsoptimierung im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung, sondern um eine medizinisch effiziente Patientensteuerung.

im Kontext eines Marketingkonzeptes anzustreben.⁴⁴⁹ Unter der Prämisse der weiteren Zukunftssicherung betrachtet, bietet ein MVZ auf längere Sicht die Möglichkeit der Bildung einer Muttergesellschaft - einer MVZ-Holding, die einzelne MVZ beherrscht.⁴⁵⁰ Hierbei drängt sich wiederum der Vergleich mit den bereits erwähnten Supermarktketten auf, welche in den 90er Jahren die „Tante Emma Läden“ nahezu komplett vom Markt verdrängt haben. Die ökonomischen Vorteile einer solch langfristigen Entwicklung sind offensichtlich – es ist jedoch zu bezweifeln, dass diese extreme Entwicklung aus medizinischer Sicht flächendeckend sinnvoll ist und dass sie die Billigung des Gesetzgebers finden würde.

Eine langfristige Positionierung am Markt und somit eine Wertsicherung oder Wertsteigerung im Hinblick auf eine spätere Veräußerung kann ein weiteres Motiv zur Gründung eines MVZ für niedergelassene Ärzte sein. Die Wettbewerbsvorteile eines MVZ liegen nicht nur, wie bereits erwähnt, im Bereich der Einkaufskooperation und der Patientenorientierung, sondern auch in der Verhandlungsposition gegenüber den Krankenkassen.⁴⁵¹ Die Verhandlungsposition eines (großen) MVZ ist signifikant besser als die eines (kleinen) niedergelassenen Arztes. Die mit Einführung des GMG geschaffene Möglichkeit der Einzelverträge⁴⁵² zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ohne Beteiligung der KV eröffnet neue Möglichkeiten für das MVZ. Vor allem die Anschubfinanzierung zur Integrierten Versorgung⁴⁵³ i.H.v. einem Prozent der ambulanten und stationären Gesamtvergütung⁴⁵⁴ ist ein finanziell nicht zu vernachlässigender Anreiz.

⁴⁴⁹ Vgl. **Döring** (1999), S. 457f.

⁴⁵⁰ Diese rechtlich zulässige Gestaltungsform bietet MVZ umfassende Möglichkeiten, die gesellschaftsrechtlichen Strukturen einem potentiellen Wachstum anzupassen.

⁴⁵¹ Vgl. **Klawonn / Wagner** (2006), S. 7

⁴⁵² Vgl. **SGB V** §§63 (Modellvorhaben), 73a (Strukturverträge – DMP), 73b (Hausarztzentrierte Versorgung), 140a-d (Integrierte Versorgung)

⁴⁵³ Vgl. ausführlich zur Integrierten Versorgung **SGB V** §140a ff. i.V.m. **Kuhlmann** (2000); **Ratajczak** (2000); **Wigge** (2001); **Wigge** (2001a); **Bihr / Krauskopf** (2001); **Hess** (2002); **Windhorst** (2002); **Braun / Güssow** (2006); **Güssow** (2007)

⁴⁵⁴ Dies entspricht ca. 680 Mio € p.a. und war zunächst begrenzt auf die Jahre 2004-2006. Mit Inkrafttreten des VÄndG zum 01. Januar 2007 wurde diese Anschubfinanzierung bis zum Jahr 2008 verlängert. Danach müssen sich die Projekte selbst tragen, sollte die Anschubfinanzierung nicht erneut verlängert werden. Vgl. **SGB V** §140d

Die Verhandlungsposition verbessert sich insbesondere dann, wenn das MVZ ein regionales Angebotsmonopol innehat.⁴⁵⁵ In diesem Fall würde das MVZ regional begrenzt sogar an die Stelle der von den Einzelverträgen ausgeschlossenen Kassenärztlichen Vereinigungen treten.⁴⁵⁶

III.4.1.5 Persönliche Motive

Zusätzlich zu den objektiven Motiven ist jeder Mensch individuell von subjektiven Motiven geleitet, die in seiner Persönlichkeit begründet liegen. Persönliche Motive können idealistischer Natur sein, wie z.B. die Verbesserung der Patientenversorgung, oder sachlicher Natur, wie z.B. die Erhöhung des Einkommens.⁴⁵⁷

Unternehmerischer Tatendrang, beruflicher Aufstieg, Prestige, Macht, Unabhängigkeit oder Erfolg im Allgemeinen sind Motivationsfaktoren, die nicht zu vernachlässigen sind. Sie sind an avisierte Ziele geknüpft und häufig ein stärkerer Antrieb als nüchterne betriebswirtschaftliche Faktoren. Der Gründer eines MVZ hat daher kritisch zu überprüfen, ob durch diese persönlichen Motive betriebswirtschaftliche Nachteile „schön geredet“ werden. Diese Überprüfung sollte im Vorfeld der Gründung durch einen externen Berater erfolgen.⁴⁵⁸ Besonders kritisch sind dabei Motivationsfaktoren zu hinterfragen, die aus der Vermeidung von Nachteilen, wie z.B. aus bisheriger beruflicher Unzufriedenheit, bestehender oder drohender Arbeitslosigkeit oder Überforderung in der bisherigen Tätigkeit, resultieren. Dominieren solche „Negativmotive“ die Gründungsentscheidung, ist ein späteres Scheitern wahrscheinlich.

⁴⁵⁵ Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 72

⁴⁵⁶ Dies wurde z.B. ansatzweise mit dem zum 30. Januar 2006 geschlossenen IV-Vertrag zwischen der AOK Baden-Württemberg und der „Gesundes Kinzigtal“ GmbH mit einer populationsorientierten Vollversorgung realisiert. 35 Haus- und Fachärzte im südbadischen Kinzigtal übernehmen hier die ambulante Versorgung (mit Ausnahme zahnmedizinischer Leistungen) inklusive der Finanzierung von ca. 30.000 Versicherten. Vgl. **Seiler** (2007), S. 139ff. Als Vertragspartner für einen IV-Vertrag nach diesem Modell wäre ein MVZ in ähnlicher Größe ebenfalls geeignet.

⁴⁵⁷ Vgl. **Greiner** (2005), S. 44ff., 89; **Szathmary** (1999), S. 171

⁴⁵⁸ Externe Berater verfügen in der Regel über die notwendige Distanz, um subjektive von objektiven Motivationsfaktoren zu differenzieren.

III.4.2 Gründungsmotive von Krankenhäusern und Klinikketten

Die Motive von Krankenhäusern sind in den derzeitigen Problemfeldern der stationären Versorgung zu suchen. Viele Häuser sind unterfinanziert und spüren den wachsenden Wettbewerb nach der Einführung der DRGs.⁴⁵⁹ Krankenhäuser sind darüber hinaus einem steigenden internationalen (europäischen) Wettbewerbsdruck ausgesetzt.⁴⁶⁰ Zu diesem steigenden Wettbewerbsdruck kommen die häufig unzureichenden Investitionen durch die Länder und steigende Personalkosten durch die Abschaffung des Arztes im Praktikum (AiP)⁴⁶¹ und durch die Umsetzung des EuGH-Urteils⁴⁶² zum Bereitschaftsdienst. Eine Arthur Anderson Studie aus dem Jahr 2000 prognostiziert einen Bettenabbau von 40 Prozent und eine Schließung von bis zu 25 Prozent der Krankenhäuser bis zum Jahr 2015.⁴⁶³ In dieser schwierigen wirtschaftlichen Situation versuchen die Kliniken zum einen Kosten zu reduzieren und neue Einnahmequellen zu

⁴⁵⁹ Vgl. **Neubauer** (2001), S. 124f., **Hoffmann** (2000), S: 10ff., **Baum** (2001), S. 32f., **Seifert** (2001), S. 6f.

⁴⁶⁰ Vgl. **Neubauer / Nothnagel** (2004)

⁴⁶¹ Junge Ärzte können seit der Änderung der Bundesärzteordnung im Juni 2004 sofort nach dem 3. Staatsexamen eine Vollapprobation erhalten und als Assistenzärzte beschäftigt werden. Dies bedeutet für die Krankenhäuser eine zusätzliche finanzielle Belastung in Höhe der Gehaltsdifferenz zwischen einer AiP- und einer Assistenzarztstelle von 29.000 € pro Kopf und Jahr. Bundesweit ergibt sich ein jährlicher zusätzlicher Finanzierungsbedarf von 300 Millionen Euro durch die Abschaffung des AiP. Vgl. **Ärztekammer Berlin** (2004)

⁴⁶² Der EuGH bestätigte in seinem Urteil, dass Bereitschaftsdienste von Klinikärzten als Arbeitszeit anerkannt werden müssen. Vgl. **EuGH** – Urteil vom 03. Oktober 2000 in der Rechtssache C-303/98 (Simap – Pressemitteilung Nr. 70/2000), i.V.m. Richtlinie 93/104/EG des Rates vom 23. November 1993 (ABl. L 307, S. 18) Nach Berechnungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) ergibt sich hierdurch ein Mehrbedarf an 27.000 Ärzten und 14.000 weiteren Beschäftigten, was einem Finanzierungsbedarf von 1,75 Milliarden Euro p.a. bedeutet. Vgl. **o.V.** (2003), S. 1

⁴⁶³ Dies bedeutet im Vergleich zum ersten Quartal 2007 eine Schließung von ca. 400 Krankenhäusern und einen Abbau von rund 100.000 – 120.000 Betten. Vgl. **Güssow** (2007), S. 112f.; **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 66

erschließen und zum anderen an den Patientenbedürfnissen ausgerichtete Kooperationen und Prozesse zu schaffen bzw. neu zu strukturieren.⁴⁶⁴ Diese neuen Einnahmequellen liegen unter anderem im ambulanten Sektor. Krankenhäuser können hier durch Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten zu einem ambulant/stationären Netzkrankenhaus avancieren.⁴⁶⁵ Der Zugang zum ambulanten Sektor wurde den Kliniken bereits mit der Möglichkeit des ambulanten Operierens⁴⁶⁶ ermöglicht. Mit Inkrafttreten des GMG wurde dieser Zugang zur ambulanten Versorgung auf unterversorgte Gebiete⁴⁶⁷ und hochspezialisierte Leistungen⁴⁶⁸ ausgeweitet. Ohne Einschränkungen kann der Zugang zur ambulanten Versorgung jedoch nur durch die Gründung oder Beteiligung an einem MVZ erreicht werden.⁴⁶⁹

III.4.2.1 Zugang zur ambulanten Versorgung

Durch Gründung eines MVZ kann eine Klinik über angestellte Ärzte oder Vertragsärzte nahezu uneingeschränkt an der ambulanten Versorgung partizipieren.⁴⁷⁰ Insbesondere die bisher nicht durch das Krankenhaus erbrachten ambulanten Nachsorgeleistungen sind für eine Portfolioerweiterung attraktiv.⁴⁷¹ Um den Zugang zur ambulanten Versorgung vollständig über das MVZ als strategische Geschäftseinheit zu erwirken, muss die Klinik beherrschend oder zumindest bestimmend am MVZ beteiligt sein. Hiervon wird im Folgenden ausgegangen.

Die bedarfsplanerischen Vorgaben wirken in diesem Fall ebenso restriktiv wie bei niedergelassenen Ärzten. In gesperrten Planungsbezirken kann die Klinik frei werdende Vertragsarztsitze für das eigene MVZ überneh-

⁴⁶⁴ Die damit beabsichtigten Produktivitätssteigerungen geben dem Krankenhaus den notwendigen finanziellen Spielraum, um auf den steigenden Wettbewerbsdruck reagieren zu können. Vgl.

Braun / Güssow / Ott (2005), **Braun** (2004); **Braun** (2005)

⁴⁶⁵ Vgl. **Neubauer** (1999), S. 33

⁴⁶⁶ Vgl. **SGB V**, §115b

⁴⁶⁷ Vgl. **ebenda**, §116a

⁴⁶⁸ Vgl. **ebenda**, §116b

⁴⁶⁹ Durch das MVZ am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE) wird beispielsweise bereits ein Teil des Etats quersubventioniert. Vgl. **Rebscher** (2005), S. 10

⁴⁷⁰ Vgl. **Weiser** (2005), S. 10

⁴⁷¹ Vgl. **Braun / Kruse** (2000)

men, Ärzte einstellen, die bereit sind, ihren Vertragsarztsitz auf das MVZ zu übertragen⁴⁷², oder Praxen niedergelassener Ärzte mitsamt Vertragsarztzulassung übernehmen⁴⁷³. Insbesondere für letztere Option stehen einer Klinik als Träger des MVZ meist umfangreichere finanzielle Mittel zur Verfügung als dies bei einem Niedergelassenen der Fall ist. Der Vertragsarztsitz wird somit dauerhaft durch die Klinik (mittelbar als Träger des MVZ) substituiert. Die Zulassung wird quasi aus dem ambulanten Sektor in den stationären Sektor transferiert.

Die aus der vertragsärztlichen Tätigkeit resultierenden betriebswirtschaftlichen Überschüsse fließen zunächst dem MVZ zu. Durch entsprechende gesellschaftsrechtliche Regelungen, wie z.B. Gewinnabführungsverträge können diese Überschüsse zur Klinik bzw. deren Träger transferiert werden und somit dem ambulanten Sektor entzogen werden.⁴⁷⁴ Gerade auf diesen Punkt stützen sich die Vorbehalte vieler Kritiker der MVZ – sie sehen die drohende Zurückdrängung der Niedergelassenen aus der ambulanten Versorgung zugunsten kapitalstarker Leistungserbringer des stationären Bereichs.⁴⁷⁵

Mit der entsprechenden vertraglichen Ausgestaltung wird das MVZ für die beherrschende Klinik zu einer strategischen Geschäftseinheit innerhalb ihres Leistungsportfolios.⁴⁷⁶ Dieses Portfolio kann über das MVZ um weitere Leistungserbringer, wie Apotheke, Orthopädietechnik oder Sanitäts- haus, ergänzt werden. Vor dem Hintergrund der eingangs beschriebenen Wettbewerbssituation ist von einer starken Inanspruchnahme der Möglichkeit zur Gründung von MVZ durch Krankenhäuser bzw. Klinikketten auszugehen. So hat beispielsweise die Klinikette „Rhön Klinikum“ bereits im Jahr 2004 zehn Vertragsarztsitze gekauft und beabsichtigt bis zum Jahr 2009 an jede Konzern-Klinik ein MVZ anzugliedern.⁴⁷⁷

⁴⁷² Vgl. **SGB V** §103 (4a) S. 1

⁴⁷³ Vgl. **ebenda** §103 (4a) S. 2

⁴⁷⁴ Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 66f.

⁴⁷⁵ Diese werden zudem im Rahmen der dualen Krankenhausfinanzierung durch Steuergelder subventioniert.

⁴⁷⁶ Vgl. **ebenda**

⁴⁷⁷ Vgl. **o.V.** (2004b), S. 13

Einen signifikanten ökonomischen Vorteil können Krankenhäuser generieren, wenn sie durch die prä- und poststationäre Behandlung im angegliederten MVZ eine Verkürzung der Liegezeiten der Patienten erreichen. Bei gleich bleibender (weil diagnosebezogener) Vergütung über DRGs entstehen so weniger Kosten je Behandlungsfall und damit ein höherer Überschuss.⁴⁷⁸

III.4.2.2 Sicherung von Zuweisern für die Klinik

Neben dem Deckungsbeitrag der strategischen Geschäftseinheit MVZ kann die Steuerung von Patientenströmen ein weiterer Grund für eine MVZ-Gründung durch ein Krankenhaus sein.⁴⁷⁹ Auch hierbei muss eine beherrschende oder bestimmende Beteiligung der Klinik gegeben sein und wird im Folgenden vorausgesetzt.

In den meisten Behandlungsfällen geht der stationären Aufnahme eine ambulante Behandlung voraus. Dem ambulant behandelnden Arzt kommt somit eine Lotsenfunktion zu.⁴⁸⁰ Wird diese Lotsenfunktion von einem Arzt wahrgenommen, der in einem einer Klinik angegliederten MVZ praktiziert, wird die Einweisung in die konzerneigene Klinik wohl der Regelfall sein. Im Gegenzug wird die poststationäre Behandlung wieder vom MVZ wahrgenommen.⁴⁸¹ Die Klinik profitiert sowohl direkt als auch indirekt über die Beteiligung am MVZ von dieser Art der Lenkung des Patientenstromes.⁴⁸² Diese Art der konzerninternen Kooperation kann sogar soweit gehen, dass der angestellte, einweisende Arzt auch belegärztlich in der Klinik tätig ist und denselben Patienten sowohl prä- und poststationär im MVZ als auch stationär in der Klinik behandelt.⁴⁸³ Eine räumliche Nähe zwischen Klinik und MVZ ist aus medizinischer Sicht dabei anzustreben, obgleich ein MVZ

⁴⁷⁸ Vgl. ausführlich zu DRGs **Güssow** (2007), S. 15ff., 109ff.

⁴⁷⁹ Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 68

⁴⁸⁰ Dies gilt in besonderem Maß für Hausärzte. Diese Lotsenfunktion wurde auch von Seiten der Politik erkannt und es wurde versucht, sie kostendämpfend nutzbar zu machen. Vgl. **SGB V** §73b

⁴⁸¹ Voraussetzung ist hierbei jeweils die vorhandene fachliche Qualifikation im ambulanten und im stationären Bereich.

⁴⁸² Vgl. **Weiser** (2005), S. 10

⁴⁸³ Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 68

eher zentral in einer Stadt, am besten in einer frequentierten Fußgängerzone angesiedelt werden sollte, während Kliniken meist am Stadtrand liegen. Eine Auslagerung bestimmter Klinikabteilungen oder Teile davon in die Nähe des MVZ kann bei räumlicher Dislozierung eine Erfolg versprechende Option sein und ist ggf. zu prüfen.

III.4.2.3 Existenzsicherung durch Kooperation

Kleine und mittlere Kliniken vor allem in ländlichen Gebieten sind besonders von der verschärften Wettbewerbssituation betroffen und von Bettenabbau und Schließungen bedroht. Ganze Fachabteilungen müssen geschlossen werden, Kapazitäten bleiben ungenutzt.⁴⁸⁴ Will oder kann die Klinik keine beherrschende oder bestimmende Beteiligung an einem MVZ erzielen, kann sie durch eine gleichberechtigte Kooperation dennoch erhebliche Vorteile generieren. Eine Minderheitsbeteiligung der Klinik am MVZ ist hierbei durchaus möglich, aber nicht zwingend Voraussetzung. Da die Klinik in diesem Fall gleichberechtigter Kooperationspartner ist, entfällt die Möglichkeit per Doktrin (z.B. Gewinnabführungsvertrag) am Erfolg des MVZ beteiligt zu werden.⁴⁸⁵ Es muss vielmehr eine Win-Win-Situation generiert werden, um die Bereitschaft zur Kooperation auch beim MVZ zu erreichen. Hier verfügt die Klinik über vielfältige attraktive Möglichkeiten für ein MVZ. Freie Räume können zur Nutzung angeboten werden, diagnostische Geräte stehen zur Verfügung und der Zugang zur stationären Versorgung über eine belegärztliche Tätigkeit ist ebenfalls möglich.⁴⁸⁶ Dies kann beispielsweise zum kompletten Rückzug der Klinik aus einzelnen (eventuell bisher defizitären) Fachgebieten zugunsten der Belegärzte des MVZ führen. Im Gegenzug können ggf. doppelt vorgehaltene Leistungen, wie Labor oder Radiologie, komplett vom Krankenhaus übernommen werden. Die Vorteile dieser wechselseitigen Spezialisierung⁴⁸⁷ liegen sowohl im medizinischen als auch im ökonomischen Bereich.

⁴⁸⁴ Vgl. **Oberender / Hacker** (1999), S. 354ff.

⁴⁸⁵ Vgl. **Klawonn / Wagner** (2006), S. 7

⁴⁸⁶ Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 68

⁴⁸⁷ Vgl. **Porter** (1986), S. 413

III.4.3 Zusätzliche Gründungs- und Beteiligungsmotive weiterer Leistungserbringer

Unter den weiteren Leistungserbringern sind Institutionen zu verstehen, die zur Gründung von MVZ berechtigt sind.⁴⁸⁸

Grundsätzlich steht es jedem berechtigtem Gründer frei, die Initiative zu ergreifen, ein MVZ zu gründen, Ärzte und andere Leistungserbringer anzustellen und den erwirtschafteten Überschuss als Gewinn zu vereinnahmen, sofern die ärztliche Leitung gewährleistet ist und alle weiteren Gründungsvoraussetzungen gemäß GMG vorliegen.⁴⁸⁹ In diesem erwirtschafteten Überschuss sind die Gründungsmotive für institutionelle Leistungserbringer und das Beteiligungsstreben nicht berechtigter Institutionen, wie gewerblicher Investoren und Managementgesellschaften, zu suchen. Von der unmittelbaren Beteiligung an einem MVZ sind Dritte, die keine zugelassenen Leistungserbringer sind, grundsätzlich ausgeschlossen, da dem MVZ sonst die Zulassung zu entziehen ist.⁴⁹⁰

Eine mittelbare Beteiligung hingegen wird juristisch und faktisch nicht auszuschließen sein, obwohl es der Intention des Gesetzgebers entgegensteht.⁴⁹¹ Pharmahersteller, Hersteller von Medizinprodukten und medizinischen Geräten oder einfach unabhängige Kapitalgeber könnten durch eine mittelbare Beteiligung ein faktisches Mitspracherecht erwerben und so neben der monetären Beteiligung am Gewinn zusätzlich ihren Absatz sichern. Bei einer solchen Entwicklung liegt der Verdacht nahe, dass der medizinische Versorgungsauftrag hinter finanziellen Aspekten zurücktre-

⁴⁸⁸ Siehe hierzu Kapitel III.2.2.5 i.V.m. **Zwingel / Preißler** (2005), S. 55f.

⁴⁸⁹ Siehe hierzu Kapitel III.2.2 i.V.m. **SGB V §95**

⁴⁹⁰ Vgl. **SGB V §95 (6) S. 2**

⁴⁹¹ Eine mögliche mittelbare Beteiligung besteht darin, einen der zugelassenen Leistungserbringer zu gründen oder zu erwerben, welcher dann wiederum ein MVZ gründen kann. Diese Möglichkeit besteht beispielsweise durch die Gründung eines ambulanten Pflegedienstes. Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 19

ten könnte. Juristisch ebenfalls umstritten ist die Möglichkeit der stillen Beteiligung Dritter an einem MVZ.⁴⁹²

Eine Entwicklung wie in den Vereinigten Staaten von Amerika, wo Krankenkassen und andere Institutionen nicht nur an Gesellschaften von Leistungserbringern beteiligt sind, sondern diese teilweise komplett besitzen ist, in Deutschland nicht zu erwarten.⁴⁹³ Auszuschließen ist dies jedoch langfristig nicht.

Für die rechtliche Möglichkeit zur Beteiligung Dritter an MVZ spricht der ausdrückliche Hinweis auf die Möglichkeit, sich aller Organisationsformen, also einschließlich Kapitalgesellschaften, zu bedienen.⁴⁹⁴

Selbst eine Beteiligung über frei handelbare Aktienanteile ist nicht auszuschließen. Bereits jetzt ist eine mittelbare Beteiligung über Aktienanteile möglich, da börsennotierte Klinikketten (z.B. Rhön-Klinikum AG) zu den zugelassenen Leistungserbringern zählen.⁴⁹⁵ Über die Anteile an dieser Klinikette können in Zukunft auch Dritte an MVZ beteiligt sein, deren Träger der Klinikkonzern ist. Mit dieser monetären Beteiligung geht dann, wie überall im Wirtschaftsleben, auch ein gewisses Mitspracherecht bei Managemententscheidungen einher.⁴⁹⁶

III.4.4 Beitrittsmotive für Ärzte

MVZ eröffnen Ärzten die Möglichkeit, im ambulanten Sektor tätig zu sein, ohne das unternehmerische Risiko einer eigenen Praxis tragen zu müssen. Gerade für junge Ärzte stellt die Anstellung in einem MVZ eine attrak-

⁴⁹² Vgl. hierzu ausführlich die Diskussionen bei **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 11ff.; **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 27ff.; **Klawonn / Wagner** (2006), S. 9ff.; **Zwingel / Preißler** (2005), S. 62ff.

⁴⁹³ Vgl. zur Organisation der Gesundheitsversorgung in den USA: **Brunner / Lauterbach** (1999), S. 110ff. Es ist anzunehmen, dass dies zurzeit weder politisch noch gesellschaftlich durchsetzbar wäre.

⁴⁹⁴ Vgl. **SGB V §95(1) S. 3**

⁴⁹⁵ Vgl. Kapitel III.2.2.5 i.V.m. **Zwingel / Preißler** (2005), S. 55f.

⁴⁹⁶ Auch der Verkauf der Anteile oder die Androhung des Verkaufs kann bereits einen solchen Einfluss ausüben.

tive Option dar. Die Möglichkeit nach mindestens 5 Jahren angestellter Tätigkeit eine Zulassung, losgelöst von der Bedarfsplanung zu erhalten, war ein weiterer Anreiz, den der Gesetzgeber bewusst geschaffen hat, um die Attraktivität dieser Versorgungsform zu erhöhen.⁴⁹⁷ Fachliche Konsultationsmöglichkeiten und die wechselseitige Urlaubsvertretung sind weitere Motive, die sowohl junge als auch erfahrene Ärzte dazu bewegen können, das Angestelltenverhältnis in einem MVZ zu wählen.⁴⁹⁸ Die Möglichkeiten zur flexiblen Arbeitszeitgestaltung sind insbesondere für Frauen sehr attraktiv, da Schwangerschaftspausen überbrückt werden können und der Wiedereinstieg nach dem Erziehungsurlaub über Teilzeitarbeit erleichtert werden kann.

Angestellte Ärzte in einem MVZ haben im Vergleich zu ihren niedergelassenen Kollegen geregeltere Arbeitszeiten, partizipieren dafür in der Regel allerdings nicht in vollem Umfang am Gewinn des MVZ.⁴⁹⁹ Über eine zusätzliche finanzielle Beteiligung kann auch dies zumindest teilweise erreicht werden. Die Beteiligung kann sowohl rein finanziell erfolgen, denkbar ist auch die Veräußerung des Vertragsarztsitzes an das MVZ gegen eine Gewinnbeteiligung.⁵⁰⁰

Vor dem Hintergrund der ausufernden Bürokratisierung im Gesundheitswesen, haben Ärzte in einem MVZ die Möglichkeit, sich auf medizinische Kerntätigkeiten zu konzentrieren, ohne sich um Abrechnungsmodalitäten, Buchführung, Finanzierung und sonstige betriebswirtschaftliche Belange kümmern zu müssen.⁵⁰¹

⁴⁹⁷ Vgl. **SGB V** §103 (4a) S. 4

⁴⁹⁸ Diese Vorzüge sind insbesondere für Ärzte von Relevanz, die ihre Tätigkeit voll und ganz auf die medizinische Leistungserbringung konzentrieren wollen, da sie von betriebswirtschaftlichen und verwaltungstechnischen Aufgaben weitgehend entlastet werden.

⁴⁹⁹ Die Vergütung erfolgt hier in der Regel nach fixen Grundgehältern, die sich nicht (vollständig) am Unternehmenserfolg des MVZ orientieren.

⁵⁰⁰ Durch den Anreiz einer erfolgsabhängigen Vergütungskomponente kann die Motivation der angestellten Ärzte gesteigert werden. Vgl. **Williamson** (1975) S. 25f., 29ff., 35ff.

⁵⁰¹ In einer Studie von KPMG im Auftrag der KV Westfalen –Lippe wurde ein Volumen von 1,6 Milliarden Euro bundesweiter Bürokratiekosten für niedergelassene Ärzte für das Jahr 2005 ermittelt. Die Studie erfolgte ausschließlich für den Bereich der KV Westfalen –Lippe. Die Ermittlung der bundesweiten Zahlen erfolgte anhand von Hochrechnungen. Erfasst wurden reine Bürokratiekosten, die aus externen Verpflichtungen der Arztpraxen und MVZ (Doku-

III.5 Gründungskonstellationen nach SGB V

Der Kreis der zur Gründung von MVZ berechtigten Leistungserbringer ist durch den Gesetzgeber exklusiv definiert worden.⁵⁰² Da die Gründung jedoch nicht zwingend durch einen Leistungserbringer oder eine Gruppe homogener Leistungserbringer erfolgen muss, ergeben sich diverse Konstellationen bei der gemeinsamen Gründung eines MVZ. Bisher wurde die Mehrzahl von ca. 62 Prozent der MVZ durch Vertragsärzte gegründet. Krankenhäuser bzw. Krankenhausträger stehen mit 33 Prozent der gegründeten MVZ mit großem Abstand an zweiter Stelle.⁵⁰³

Im folgenden Kapitel werden neben den rein vertragsärztlich gegründeten MVZ darüber hinaus die durch Krankenhäuser dominierten Einrichtungen sowie Mischformen unter Beteiligung von Krankenhäusern, Vertragsärzten und/oder anderen Leistungserbringern betrachtet, da diese mit 96 Prozent der gegründeten MVZ die empirisch relevanten Konstellationen abbilden.⁵⁰⁴

III.5.1 Gründung ausschließlich durch Vertragsärzte

Vertragsärzte, die aufgrund ihrer Zulassung an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten teilnehmen, gehören eindeutig zum Kreis der gründungsberechtigten Leistungserbringer.⁵⁰⁵ Sie verfügen im Gegensatz zu anderen potenziellen Gründern bereits über einen Vertragsarztsitz und sind somit unabhängiger von der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen

mentationspflichten, Einzug der Praxisgebühr, Meldepflichten, etc.) resultieren. Vgl. **Stark** (2007), S. 54f.

⁵⁰² Vgl. Kapitel III.2.2.5 i.V.m. **SGB V**, §95(1) S3 2.HS; **Zwingel / Preißler** (2005), S. 55f.

⁵⁰³ Vgl. **KBV** (2008), S. 3

⁵⁰⁴ Vgl. **ebenda**

⁵⁰⁵ Vgl. **SGB V** §95(1) S. 3 HS. 2

Vereinigungen.⁵⁰⁶ Daher ist es nicht verwunderlich, dass sich fast zwei Drittel der MVZ in ausschließlicher Trägerschaft von Vertragsärzten befinden.⁵⁰⁷ Diese MVZ firmieren nahezu ausschließlich in der Rechtsform einer GbR oder einer GmbH, obwohl grundsätzlich jede Rechtsform zulässig wäre.⁵⁰⁸ Der Zusammenschluss mehrerer Vertragsärzte zu einer MVZ-GbR stellt sowohl gesellschaftsrechtlich als auch zulassungsrechtlich die am einfachsten zu realisierende Rechtsform dar.⁵⁰⁹ Hierzu ist lediglich ein Gesellschaftsvertrag notwendig, der sich in Aufbau und Inhalt nicht wesentlich von dem einer Berufsausübungsgemeinschaft⁵¹⁰ unterscheidet.⁵¹¹ Grundsätzlich ist auch die Gründung einer MVZ-GbR durch einen einzelnen Vertragsarzt möglich, der mindestens einen weiteren Arzt anstellt, um das Merkmal der fachübergreifenden Tätigkeit zu erfüllen.⁵¹² Juristisch umstritten ist, ob in diesem Fall die Tätigkeit des gründenden Arztes im MVZ auf die Geschäftsführung beschränkt ist oder ob er seine Zulassung einbringen und im MVZ vertragsärztlich tätig werden kann.⁵¹³

Die Gesellschafter einer MVZ-GbR bringen ihre Vertragsarztsitze temporär in das MVZ ein, ohne jedoch ihren Status der Freiberuflichkeit und somit den Rechtsanspruch auf ihren Vertragsarztsitz beim Ausscheiden zu verlieren. Die eingebrachte Individualzulassung wird lediglich durch die Kollektivzulassung des MVZ für die Dauer der Tätigkeit überlagert.⁵¹⁴ Seit der Änderung der MBO und der Umsetzung auf Landesebene, ist den Vertragsärzten ebenfalls die Gründung von Kapitalgesellschaften gestattet.

⁵⁰⁶ Dies gilt nur, sofern die kooperierenden Vertragsärzte ihre Zulassung mit in das MVZ einbringen und nur insoweit, dass keine weiteren Ärzte angestellt werden sollen, für die weitere Vertragsarztsitze notwendig wären. Die regionalen Beschränkungen der Bedarfsplanung sind ebenfalls zu berücksichtigen.

⁵⁰⁷ Vgl. **KBV** (2008), S. 3

⁵⁰⁸ Vgl. **SGB V** §95(1) S. 3 HS. 1 i.V.m. Kapitel III.2.2.5

⁵⁰⁹ Vgl. **Klawonn / Wagner** (2006), S. 22

⁵¹⁰ Diese Kooperationsform ist vielen Vertragsärzten bereits bekannt oder sogar vertraut, so dass dies ein weiterer Aspekt für die bevorzugte Wahl der GbR ist.

⁵¹¹ Vgl. **Homann / Klawonn** (2005), S. 57ff.

⁵¹² Vgl. Kapitel III.2.2.1 i.V.m. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 20ff.

⁵¹³ Vgl. **Klawonn / Wagner** (2006), S. 22

⁵¹⁴ Vgl. **Zwingel / Preißler** (2005), S. 116f.

Die am häufigsten realisierte Rechtsform ist hierbei die GmbH.⁵¹⁵ Der oder die Vertragsärzte, die eine MVZ-GmbH gründen, haben entweder die Möglichkeit, ihre Individualzulassungen einzubringen und gleichzeitig als angestellter Arzt im MVZ tätig zu werden oder die Individualzulassung zu behalten und die Tätigkeit im MVZ auf die Geschäftsführung zu beschränken.⁵¹⁶ Eine etwaige vertragsärztliche Tätigkeit außerhalb des MVZ bleibt hiervon unberührt. Die Anstellung im selbst gegründeten MVZ nach Zulassungsverzicht zugunsten desselben ist theoretisch auch als so genannte „Ein-Mann-GmbH“ möglich. Hierbei ist jedoch strittig, ob mit dem Verzicht der Zulassung zugunsten der Gesellschaft die Gründereigenschaft des (ehemaligen) Vertragsarztes erhalten bleibt. Formaljuristisch verfügt der Arzt nun nicht mehr über eine Zulassung - die MVZ-GmbH mit der Zulassung ist zwar eine zulässige Organisationsform jedoch selbst kein berechtigter Gründer von MVZ.⁵¹⁷ Somit wäre dem MVZ die Zulassung wegen Wegfall der Gründungsvoraussetzungen zu entziehen.⁵¹⁸ Diese Auffassung wird überwiegend in der juristischen Fachliteratur bestätigt.⁵¹⁹ Bei einer geplanten Gründung einer Ein-Mann-MVZ-GmbH bzw. generell bei einem geplanten Zulassungsverzicht der Gesellschafter zugunsten des MVZ ist diese Problematik zwingend im Vorfeld mit dem zuständigen Zulassungsausschuss zu klären.

Eine weitere mögliche Rechtsform für Vertragsärzte stellt die Partnerschaftsgesellschaft dar, in welcher der rechtliche Status der gründenden Vertragsärzte im Wesentlichen dem in einer GbR entspricht.⁵²⁰ Das Partnerschaftsgesellschaftsgesetz normiert allerdings strengere vertragliche Regeln als das BGB.⁵²¹ Die rechtlichen Möglichkeiten der gründenden Vertragsärzte sind in den folgenden beiden Abbildungen zusammenfassend dargestellt.

⁵¹⁵ Vgl. **KBV** (2008a), S. 2

⁵¹⁶ Vgl. **Klawonn / Wagner** (2006), S. 22f.

⁵¹⁷ Vgl. **Zwingel / Preißler** (2005), S. 56ff.

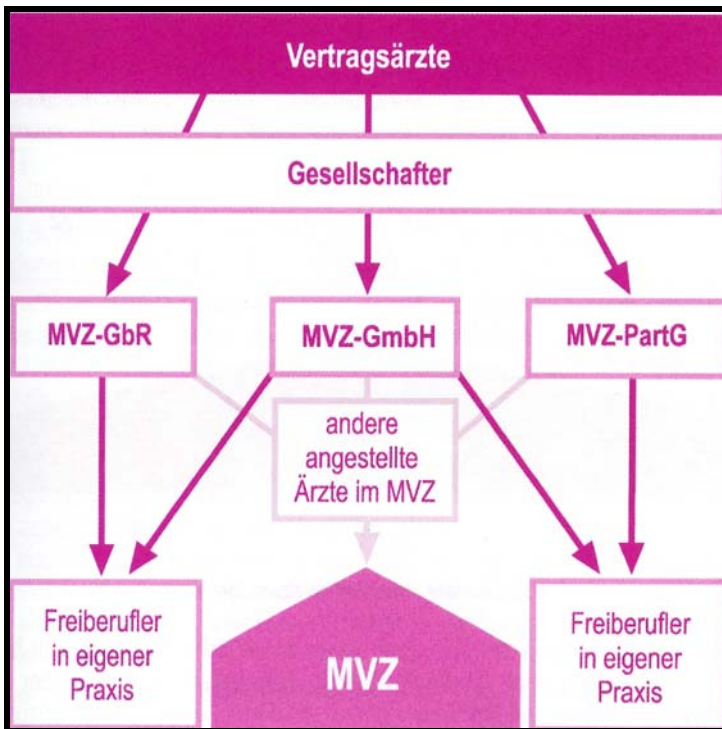
⁵¹⁸ Vgl. **SGB V** §95(6)

⁵¹⁹ Vgl. **Ratzel** (2004), S. 63 und 67

⁵²⁰ Vgl. Kapitel II.3.7.2 i.V.m. **Klawonn / Wagner** (2006), S. 24

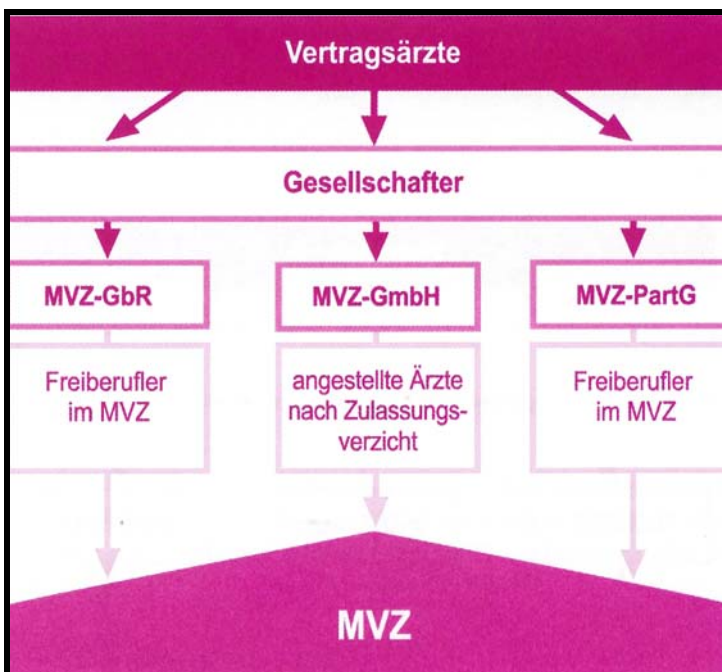
⁵²¹ Vgl. **Zwingel / Preißler** (2005), S. 61 i.V.m. **PartGG**

Abbildung 28: Gründung durch Vertragsärzte ohne Einbringung der Zulassung



Quelle: Klawonn / Wagner (2006), S. 23

Abbildung 29: Gründung durch Vertragsärzte unter Einbringung der Zulassung



Quelle: Klawonn / Wagner (2006), S. 24

In allen dargestellten juristischen Gestaltungsvarianten übernimmt das MVZ mit der Zulassung dieselben Rechte und Pflichten wie ein Vertragsarzt. Insbesondere gilt dies für das Hauptgeschäftsfeld - die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung.⁵²²

III.5.2 Gründung durch Vertragsärzte und Krankenhaus

Die gemeinsame Gründung eines MVZ durch Vertragsärzte und ein Krankenhaus stellt eine nahe liegende, weil zweckmäßige Kooperationsform dar, birgt allerdings eine Vielzahl juristischer Problemstellungen, die teilweise mit dem Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) ausgeräumt wurden.⁵²³

Eine Berufsausübungsgemeinschaft mit stationären Einrichtungen ist Vertragsärzten aus berufsrechtlichen Gründen zurzeit noch untersagt, lediglich die Kooperation in Form eines Praxisverbundes ist zulässig.⁵²⁴ Hierbei können weder die Praxis noch das Krankenhaus bzw. Teile von beiden in die MVZ-Gesellschaft eingebracht werden. Der stationäre Bereich bleibt somit berufsrechtlich vom ambulanten Bereich getrennt. Bei Firmierung als GbR kann der mitgründende Vertragsarzt seine Freiberuflichkeit trotz Einbringen seines Vertragsarztsitzes in das MVZ erhalten.⁵²⁵

Die weitaus praxisrelevantere Konstellation bei der Beteiligung eines Krankenhauses an einem MVZ ist jedoch die Gründung als Kapitalgesellschaft, vorrangig als GmbH.⁵²⁶

⁵²² Vgl. **SGB V** §95ff. i.V.m. **Klawonn / Wagner** (2006), S. 24

⁵²³ MVZ können in dieser Konstellation ein effektives Instrument zur Verzahnung von ambulanten und stationären Behandlungsmaßnahmen sein. Die ehemals starren Sektorengrenzen können somit überwunden werden. Vgl. **Zwingel / Preißler** (2005), S. 90

⁵²⁴ Vgl. **ebenda** S. 69ff.

⁵²⁵ Vgl. **Klawonn / Wagner** (2006), S. 25

⁵²⁶ An 268 der zum 30.06.2007 bundesweit zugelassenen 809 MVZ ist ein Krankenhaus als Träger beteiligt. Die überwiegende Mehrzahl von 215 dieser 268 MVZ (entspricht 80 Prozent) wurden als GmbH gegründet. Vgl. **KBV** (2008a), S. 2

Verzichtet der gründende Vertragsarzt zugunsten einer MVZ-GmbH auf seine Zulassung, um später im eigenen MVZ ärztlich und/oder als geschäftsführender Gesellschafter tätig zu werden, so verliert er seine Individualzulassung und damit den Status als Vertragsarzt. Der Erhalt der Gründereigenschaft ist hier wiederum fraglich.⁵²⁷ Weiterhin bringt der Vertragsarzt mit seiner Zulassung zwangsläufig auch seine Praxis in die MVZ-GmbH ein⁵²⁸, was steuerrechtlich relevant und somit vorab zu prüfen ist. Bei der Niederlassung des MVZ ist darauf zu achten, dass dies räumlich vom Krankenhaus getrennt bleibt. Es muss mindestens über einen separaten Eingang, ein eigenes Praxisschild und eine getrennte Patientenverwaltung verfügen. Der vertragsärztliche Tätigkeitsbereich muss vom stationären Betrieb getrennt sein.⁵²⁹ Nach den Grundsätzen ausgelagerter Praxisräume ist die Nutzung der apparativen Ausstattung des Krankenhauses jedoch möglich. Da die Zulassung für MVZ grundsätzlich für den Ort der Leistungserbringung erfolgt⁵³⁰, ist der weiterhin ärztlich tätige Vertragsarzt gezwungen, seine vertragsärztliche Tätigkeit im MVZ auszuüben. Dies bedeutet in der Regel, dass er seine bisherigen Praxisräume aufgeben muss oder sich auf eine nichtärztliche Tätigkeit im MVZ beschränkt.⁵³¹ Weitere juristische Probleme können sich aus der Rechtsform des Krankenhauses ergeben. Firmiert das Krankenhaus als selbständige juristische Person des Privatrechts (z.B. als GmbH oder AG), so ist diese juristische

⁵²⁷ Vgl. hierzu die Ausführungen in Kapitel III.5.1 i.V.m. **Zwingel / Preißler** (2005), S. 56ff.; **Ratzel** (2004), S. 63 und 67; **SGB V** §95(6)

⁵²⁸ Die Zulassung als solches stellt kein handelbares Wirtschaftsgut dar, da sie jeweils vom zuständigen Zulassungsausschuss erteilt wird. Beim Erwerb einer Praxis mit einer Vertragsarztzulassung geht die Zulassung jedoch regelmäßig an den Erwerber der Praxis über, sofern dieser die Voraussetzungen zur vertragsärztlichen Versorgung erfüllt. Um die Zulassung auf die MVZ-Gesellschaft zu übertragen ist somit die Übertragung der gesamten Praxis notwendig. Vgl. **SGB V** §103(4a) S. 2 Ausschließlich im Fall der Einbringung der Zulassung und der Anstellung im MVZ hat der Zulassungsausschuss die Zulassung auf das MVZ zu übertragen. Vgl. **SGB V** §103(4a) S. 1

⁵²⁹ Vgl. **Klawonn / Wagner** (2006), S. 25

⁵³⁰ Vgl. **SGB V** §95(1) S. 4

⁵³¹ Privatärztliche Tätigkeiten außerhalb des MVZ bleiben hiervon unberührt. Vgl. **Zwingel / Preißler** (2005), S. 91 Weiterhin wurden niedergelassenen Vertragsärzten mit dem VÄndG Spielräume eröffnet, an mehreren Orten vertragsärztlich tätig zu werden. (Zweigpraxenbildung) Vgl. **SGB V** § 98(2) Nr. 13 i.d.F.v. 01.07.2007

Person gründungsberechtigter Gesellschafter einer MVZ-Gesellschaft.⁵³² Handelt es sich bei dem Krankenhaus hingegen um einen rechtlich unselbständigen Eigenbetrieb einer Kommune oder eines Landkreises, ist strittig, ob die Gründereigenschaft auf den Krankenhausträger übertragbar ist, da Kommunen und Landkreise kein unmittelbarer Leistungserbringer im GKV- System sind.⁵³³ Dies wird durch die Zulassungsausschüsse zurzeit bundesweit unterschiedlich bewertet und gehandhabt. Eine Vorabprüfung mit dem zuständigen Zulassungsausschuss ist daher bis zu einer Klarstellung durch den Gesetzgeber unerlässlich.⁵³⁴ Die bisher zu beachtende strikte Trennung zwischen ambulant-vertragsärztlicher und stationärer Tätigkeit wurde mit Inkrafttreten des VÄndG deutlich liberalisiert. Der Referentenentwurf vom 10.04.2006 sah hierzu bereits vor, dass eine gleichzeitige Anstellung in einem MVZ und in einem Krankenhaus für Ärzte erlaubt sein sollte.⁵³⁵ Diese Möglichkeit wurde mit dem Inkrafttreten des VÄndG zum 01. Januar 2007 mit der Möglichkeit einer Halbtagsbeschäftigung im MVZ im SGB V verbindliche Rechtsnorm.⁵³⁶

III.5.3 Gründung durch Vertragsärzte und andere Leistungserbringer

Diese so genannten gemischten Gründergesellschaften können neben Vertragsärzten durch weitere Leistungserbringer der GKV gegründet werden.⁵³⁷ Apotheker, Physiotherapeuten und ambulante Pflegedienste sind beispielsweise solche potenziellen Gründer.⁵³⁸ Diese Gesellschafter haben ihre Tätigkeit im MVZ jedoch auf die Gesellschaftertätigkeit zu be-

⁵³² Vgl. Kapitel III.2.2.5 i.V.m. SGB V §95(1) S. 3 HS. 2

⁵³³ Vgl. Klawonn / Wagner (2006), S. 26

⁵³⁴ Vgl. Zwingel / Preißler (2005), S. 92f.

⁵³⁵ Vgl. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz-VÄG); Stand: 10.04.2006

⁵³⁶ Vgl. SGB V §77 (3) Die Umsetzung dieser Vorgaben in den Berufsordnungen steht jedoch noch aus.

⁵³⁷ Vgl. Klawonn / Wagner (2006), S. 26

⁵³⁸ Zur ausführlichen Darstellung der gründungsberechtigten Leistungserbringer siehe Kapitel III.2.2.5 i.V.m. Altendorfer / Merk / Jensch (2004), S. 18f.

schränken, ein Einbringen der Apotheke, Physiotherapiepraxis oder anderer sektorfremder Leistungserbringer ist nicht zulässig. Der Grund hierfür liegt in der sektoral getrennten Vergütung der Leistungen. Sektorfremde Leistungen sind nicht unter der Abrechnungsnummer des MVZ bei der KV abrechenbar.⁵³⁹ Bei Apotheken kommt das Verbot des Fremdbesitzes als restriktive Norm hinzu.⁵⁴⁰ Auch mit Angehörigen anderer Heilberufe bzw. mit anderen zugelassenen Leistungserbringern können Ärzte ein MVZ sowohl in der Rechtsform einer Personengesellschaft als auch einer Kapitalgesellschaft gründen. Aus den bereits dargelegten Gründen⁵⁴¹ kommen hierfür die GbR und die PartG sowie die GmbH und die AG in Betracht.⁵⁴² Die ärztliche Leitung muss dabei jeweils gewährleistet sein⁵⁴³ und die Vorschriften der MBO bezüglich der Mehrheitsverhältnisse und der Trennung der Verantwortungsbereiche sind zu beachten.⁵⁴⁴ Bei Firmierung als Personengesellschaft erhält der mitgründende Vertragsarzt wiederum seine Freiberuflichkeit.⁵⁴⁵ Die bereits hinreichend dargelegte Problematik des Erhalts der Gründereigenschaft bei Zulassungsverzicht zugunsten einer Anstellung im MVZ⁵⁴⁶ stellt sich auch bei der Kooperation mit anderen zugelassenen Leistungserbringern. Der zuständige Zulassungsausschuss ist somit zwingend im Vorfeld der Gründung zu konsultieren.

Die Betriebsstätte des MVZ kann sich am Sitz eines oder mehrerer Gründer orientieren. Sie kann jedoch auch an einem anderen, frei wählbaren Ort liegen, soweit die vertragsärztliche Bedarfsplanung dem nicht entgegensteht.

Vor der beabsichtigten Gründung eines MVZ in der soeben beschriebenen gemischten Konstellation sind steuerliche und juristische Prüfungen vor-

⁵³⁹ Vgl. **Klawonn / Wagner** (2006), S. 26

⁵⁴⁰ Vgl. **ApoG** §8

⁵⁴¹ Vgl. Kapitel III.3.2 i.V.m. Kapitel III.2.2.5

⁵⁴² Vgl. **MBO** §§23a f.

⁵⁴³ Vgl. Kapitel III.2.2.2 i.V.m. **SGB V**, §95(1) S. 2

⁵⁴⁴ Vgl. **MBO** §§23a f.

⁵⁴⁵ Vgl. **Klawonn / Wagner** (2006), S. 27

⁵⁴⁶ Vgl. hierzu die Ausführungen in Kapitel III.5.1 i.V.m. **Zwingel / Preißler** (2005), S. 56ff.; **Ratzel** (2004), S. 63 und 67; **SGB V** §95(6)

zunehmen (lassen).⁵⁴⁷ Zusätzlich sollte eine Prüfung durch die zuständige LÄK erfolgen.⁵⁴⁸

III.5.4 Gründung ohne Beteiligung von Vertragsärzten

Nichtärzte können nicht nur an der Gründung von MVZ beteiligt sein, MVZ können sogar vollständig ohne vertragsärztliche Gesellschafter gegründet werden.⁵⁴⁹ Selbstverständlich kann ein so gegründetes MVZ nicht ohne Ärzte seinen Versorgungsauftrag wahrnehmen, die Tätigkeit der Ärzte kann allerdings auf die Ebene der Leistungserbringung beschränkt sein. Die Gründer müssen jedoch auch in diesem Fall ausschließlich auf zugelassene Leistungserbringer der GKV beschränkt bleiben.⁵⁵⁰ Neben ambulanten Leistungserbringern, wie z.B. häuslichen Krankenpflege-diensten oder Physiotherapeuten, gilt dies ebenfalls für Krankenhäuser.⁵⁵¹ Der Status als zugelassener Leistungserbringer der GKV muss dem zuständigen Zulassungsausschuss in geeigneter Weise nachgewiesen werden.⁵⁵² Für rechtlich selbständige Krankenhäuser, die selbst Adressat des Planbettenbescheids sind, stellt dies kein Problem dar. Ist das Krankenhaus nicht selbst Adressat des Planbettenbescheides, sondern die Trägergesellschaft, verfügt zunächst weder die Trägergesellschaft noch das Krankenhaus über die notwendigen Gründereigenschaften. Weist der Krankenhausträger nach, dass er Adressat des Planbettenbescheides für ein von

⁵⁴⁷ Dies gilt insbesondere, wenn Gewerbetreibende als Gründer neben den Vertragsärzten beteiligt sind.

⁵⁴⁸ Vgl. **Klawonn / Wagner** (2006), S. 28

⁵⁴⁹ Die zur Gründung berechtigten zugelassenen Leistungserbringer umfassen neben Ärzten weitere Personen und Institutionen. Vgl. Kapitel III.2.2.5 i.V.m. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 18f.

⁵⁵⁰ Vgl. **SGB V** §95 (1) S. 3

⁵⁵¹ Vgl. **Homann / Klawonn** (2005), S. 6f.

⁵⁵² Dieser geeignete Nachweis kann aus Verträgen mit gesetzlichen Krankenkassen bestehen, bei Plankrankenhäusern ist dies in der Regel der Planbettenbescheid. Vgl. **Zwingel / Preißler** (2005), S. 92

ihm betriebenes rechtlich unselbständiges Krankenhaus ist, so ist die Gründereigenschaft für den Träger dennoch als gegeben anzusehen.⁵⁵³

Aus vorwiegend haftungsrechtlichen Gründen werden ohne Vertragsärzte gegründete MVZ überwiegend als Kapitalgesellschaft in Form einer GmbH betrieben.⁵⁵⁴ Die Frage, ob hierzu eine einhundertprozentige Tochtergesellschaft mit ausschließlichem Gesellschaftszweck „Betrieb eines MVZ“ zu gründen ist oder ob die Trägergesellschaft bei entsprechender Erweiterung ihres Geschäftszweckes direkt ein MVZ betreiben darf, ist strittig und wird bundesweit unterschiedlich durch die Zulassungsausschüsse bewertet.⁵⁵⁵

Sind keine Vertragsärzte Gründer und somit spätere Gesellschafter des MVZ, arbeitet das MVZ vermutlich ausschließlich mit angestellten Ärzten. Bringen Vertragsärzte ihre Zulassung zum Zweck einer angestellten Tätigkeit in das MVZ ein, so verzichten sie unwiderruflich darauf. Der Zulassungsausschuss hat die Übertragung der Zulassung auf das MVZ ohne Ermessens- oder Auswahlspielraum zu bewilligen⁵⁵⁶. Der Arzt muss dann, zumindest vorübergehend, selbst im MVZ tätig sein.⁵⁵⁷ Die Möglichkeit einer gleichzeitigen Tätigkeit von Ärzten in einem MVZ und einem Krankenhaus fand mit dem Inkrafttreten des VÄndG zum 01. Januar 2007 bereits Eingang in das SGB V⁵⁵⁸, berufsrechtliche Vorschriften stehen dem jedoch noch entgegen.⁵⁵⁹

Die Vorschriften zur Zulassung für den Ort der Betriebsstätte sowie für die Niederlassung am Krankenhaus sind auch hier zu beachten.⁵⁶⁰

Für MVZ Gründer aus dem stationären Sektor bietet sich neben der Generierung neuer (ambulanter) Einnahmequellen die Möglichkeit, stationäre

⁵⁵³ Vgl. **Homann / Klawonn** (2005), S. 6f. i.V.m. **Zwingel / Preißler** (2005), S. 92f.

⁵⁵⁴ 80 Prozent der bundesweit zum 30.06.2007 zugelassenen MVZ in Krankenhausträgerschaft wurden als GmbH betrieben. Vgl. **KBV** (2008a), S. 2

⁵⁵⁵ Vgl. **Klawonn / Wagner** (2006), S. 30

⁵⁵⁶ Vgl. **SGB V** §103 (4a) S. 1

⁵⁵⁷ Um den Missbrauchsverdacht hinreichend auszuräumen, genügt in der Regel eine Anstellung des die Zulassung einbringenden Arztes für mindestens 3 Monate, bevor der Sitz ggf. mit einem oder mehreren anderen angestellten Ärzten neu besetzt werden kann.

⁵⁵⁸ Vgl. **SGB V** §77 (3)

⁵⁵⁹ Vgl. **Ärzte Zulassungsverordnung** §20

⁵⁶⁰ Vgl. Kapitel III.5.2 und III.5.3 i.V.m. **SGB V** §95 (1) S. 7

Einweisungen zu sichern, vor- und nachstationäre Leistungen durchzuführen oder unrentable Leistungen und Personal in den vertragsärztlichen Bereich auszulagern.⁵⁶¹

„So ist zu beobachten, dass vermehrt teure Leistungen, wie Humangenetik, Strahlentherapie, etc. bei der MVZ- Gründung durch Krankenhäuser eine große Rolle spielen.“⁵⁶²

Eng verbunden mit den oben beschriebenen Gründungskonstellationen ist die Frage nach dem Beschäftigungsverhältnis der Leistungserbringer und somit der formaljuristischen Zuordnung des jeweiligen Vertragsarztsitzes, welche insbesondere bei der Liquidierung vertragsärztlicher Leistungen und Personalveränderungen von praktischer Relevanz sind.

III.6 Beschäftigungsverhältnis und vertragsärztliche Zulassung im MVZ

Entgegen der ursprünglichen Intention des Gesetzgebers, ausschließlich angestellte Ärzte für MVZ zuzulassen⁵⁶³, ist nunmehr auch eine Leistungserbringung mit freiberuflichen Vertragsärzten zulässig.⁵⁶⁴ Der Anstellungsstatus der Ärzte ist entscheidend für die Verfügungsrechte über die vertragsärztliche Zulassung. Darüber hinaus ergeben sich weitere Implikationen zu Gründung und Betrieb des MVZ, die im Folgenden differenziert betrachtet werden.

⁵⁶¹ Vgl. Kapitel III.4.2 i.V.m. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 65ff.

⁵⁶² **Klawonn / Wagner** (2006), S. 31

⁵⁶³ Diese Intention ist im parteiübergreifenden Arbeitsentwurf vom 11.08.2003 dokumentiert. Vgl. **BT-Drucks** 15/1584 v. 24.09.2003

⁵⁶⁴ Vgl. **SGB V** §95 (1) S. 2: „...als Angestellte oder Vertragsärzte...“ i.V.m. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 34

III.6.1 Vertragsarztzulassung im Angestellten MVZ

Der Zulassungsstatus eines ausschließlich mit angestellten Ärzten geführten MVZ lässt sich im Wesentlichen mit dem der so genannten 311er Einrichtungen⁵⁶⁵ vergleichen, welche jedoch nicht neu gegründet werden können.

Mit dem GMG wurde die bis dahin streng reglementierte Anstellung von Ärzten in der ambulanten Versorgung grundlegend liberalisiert.⁵⁶⁶ Bisher war neben dem Bestandschutz der Polikliniken⁵⁶⁷ lediglich eine Anstellung als Weiterbildungsassistent⁵⁶⁸ oder im Rahmen des Jobsharings⁵⁶⁹ zulässig.

Für die Anstellung eines Arztes in einem MVZ ist die Genehmigung des Zulassungsausschusses erforderlich.⁵⁷⁰ Antragsteller ist hierbei nicht der Arzt, sondern das MVZ bzw. dessen Träger. Der anzustellende Arzt ist lediglich förmlicher Verfahrensbeteiligter⁵⁷¹, da er vom Zulassungsausschuss hinzugezogen werden muss.⁵⁷²

Der Zulassungsausschuss hat bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß §95 (2) S. 5 SGB V keinen Ermessensspielraum. Er hat die Anstellung als so genannte „gebundene Entscheidung“ zu genehmigen⁵⁷³ soweit dem keine allgemeinen Hindernisse, wie Ungeeignetheit⁵⁷⁴, Nichteignung⁵⁷⁵, Residenzpflicht⁵⁷⁶ oder Altersgrenzen⁵⁷⁷, entgegenstehen. MVZ unterliegen der Bedarfsplanung und somit denselben fachgebiets- und planungs-

⁵⁶⁵ Vgl. **SGB V** §311

⁵⁶⁶ Weitere Lockerungen erfolgten mit dem Inkrafttreten des VÄndG zum 01. Januar 2007. Vgl. **SGB V** §95 (9)

⁵⁶⁷ Vgl. **ebenda**

⁵⁶⁸ Vgl. **Ärzte-ZV** §32 (2)

⁵⁶⁹ Vgl. **SGB V** §101 (1) i.V.m. **Ärzte-ZV** §32b (1)

⁵⁷⁰ Vgl. **SGB V** §95 (2) S. 6

⁵⁷¹ Vgl. **SGB X** §12 (1) Nr. 4

⁵⁷² Vgl. **ebenda** §12 (2)

⁵⁷³ Vgl. **Zwinglel / Preißler** (2005), S. 99 i.V.m. **SGB V** §95 (2) S. 7

⁵⁷⁴ Vgl. **Ärzte-ZV** §20

⁵⁷⁵ Vgl. **ebenda** §21

⁵⁷⁶ Vgl. **ebenda** §24 (2) S. 2

⁵⁷⁷ Vgl. **SGB V** §95 (7) S. 7

bereichs-bezogenen Zulassungsbeschränkungen wie niedergelassene Ärzte. Sind für den Planungsbereich Zulassungsbeschränkungen angeordnet, kann das MVZ entweder den ggf. vorhandenen Vertragsarztsitz vom anzustellenden Arzt übernehmen oder auf gesetzlich normierte Ausnahmetatbestände zurückgreifen.⁵⁷⁸ Hierzu zählen vor allem die Nachbesetzungsmöglichkeiten einer bereits bestehenden Anstellungsgenehmigung⁵⁷⁹ und die Regelungen zur ausnahmsweisen Hinzunahme weiterer Ärzte in überversorgten Planungsbereichen (Sonderbedarfzulassung)⁵⁸⁰. Bei Erreichen der Altersgrenze von 68 Jahren⁵⁸¹, Tod oder der Beendigung der Anstellung des Arztes durch Kündigung behält das MVZ die vertragsärztliche Zulassung und kann diese neu besetzen.⁵⁸² Der ausscheidende Arzt verfügt über keine weiteren Rechte an der vertragsärztlichen Zulassung – dies gilt selbst dann, wenn er diese zuvor selbst in das MVZ eingebracht hat.⁵⁸³

Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung ist hingegen nicht das MVZ oder dessen Träger, sondern zwangsweise der angestellte Arzt.⁵⁸⁴ Dies wird in der amtlichen Gesetzesbegründung damit gerechtfertigt, dass es sich bei der ärztlichen Selbstverwaltung primär um Fragen der medizinischen Ausgestaltung der Berufsausübung handele.⁵⁸⁵

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass sämtliche Verfügungsrechte in Bezug auf die Vertragsarztzulassung im Fall von angestellten Ärzten beim MVZ bzw. dessen Träger liegen.

⁵⁷⁸ Vgl. **Zwingel / Preißler** (2005), S. 123 i.V.m. **SGB V** §103 (4a) S. 1

⁵⁷⁹ Vgl. **SGB V** §103 (4, 4a)

⁵⁸⁰ Vgl. **ebenda** §101

⁵⁸¹ Vgl. **ebenda** §95 (7) S. 7

⁵⁸² Gemäß **Ärzte-ZV** steht dem MVZ hierzu eine Nachbesetzungsfrist von 3 Monaten zu. Vgl. **Ärzte-ZV** §19 (3)

⁵⁸³ Einzige Ausnahme hiervon ist die Regelung nach §103 (4a) S. 4 **SGB V**, wonach angestellte Ärzte, die vor dem 01. Januar 2007 im MVZ angestellt wurden, nach mindestens 5jähriger Tätigkeit im MVZ die Möglichkeit haben, bei Ausscheiden aus dem MVZ eine von der Bedarfsplanung losgelöste Zulassung zu erhalten.

⁵⁸⁴ Vgl. **SGB V** §95 (3) S. 2

⁵⁸⁵ Vgl. **BT-Drucks** 15/1525, S. 108

III.6.2 Vertragsarztzulassung im Vertragsärzte-MVZ

Der Zulassungsstatus eines ausschließlich mit Vertragsärzten geführten MVZ ist grundsätzlich mit dem einer Berufsausübungsgemeinschaft vergleichbar.⁵⁸⁶ Von der Rolle des Vertragsarztes als Leistungserbringer auf der Tätigkeitsebene nach §95 (1) S. 2 SGB V muss die Tätigkeit als zugelassener Gründer nach §95 (1) S. 3 HS. 2 SGB V klar getrennt werden. Vertragsärzte können im MVZ sowohl als Betreiber als auch als Leistungserbringer oder beides tätig sein. Eine verpflichtende Verknüpfung beider Ebenen sieht der Gesetzeswortlaut nicht vor.⁵⁸⁷ Die im MVZ tätigen Vertragsärzte verfügen jeweils über eine Individualzulassung, die jedoch für die Dauer der Tätigkeit im MVZ von dessen Zulassung überlagert wird. Dies bedeutet, dass der Vertragsarzt über die Möglichkeit verfügt, sich mit seiner Zulassung mittels einseitiger Erklärung vom MVZ zu lösen. Er besitzt somit die Verfügungsrechte hierüber weiterhin. Da dies mitunter gravierende Auswirkungen für den Fortbestand des MVZ haben kann, empfiehlt sich eine Regelung dieses Punktes auf zivilvertraglicher Ebene.

⁵⁸⁶ Vgl. **Zwingel / Preißler** (2005), S. 116

⁵⁸⁷ Vgl. **Zwingel / Preißler** (2005), S. 115f.

III.6.3 Vertragsarztzulassung im Misch-MVZ

Die Leistungserbringung in einem MVZ muss nicht zwangsläufig auf eine der oben geschilderten Varianten beschränkt bleiben. Der Gesetzeswortlaut ermöglicht es dem MVZ ebenfalls mit angestellten Ärzten oder freiberuflichen Vertragsärzten tätig zu sein.⁵⁸⁸ Formaljuristisch ergibt sich durch den Gesetzeswortlaut die Frage, ob diese Formulierung die gleichzeitige Tätigkeit von angestellten Ärzten und Vertragsärzten erlaubt oder ob sie lediglich die Möglichkeit eröffnet, MVZ in einer der beiden Ausgestaltungsvarianten zu gründen. Der Gesetzesbegründung folgend, könnte die generelle Zulässigkeit von gleichzeitig tätigen angestellten Ärzten und Vertragsärzten in Frage gestellt sein. Die amtliche Begründung zum §95 (1) S. 2 SGB V führt die Regelungen hierzu wie folgt aus:

„Die Medizinischen Versorgungszentren erbringen ihre vertragsärztlichen Leistungen durch angestellte Ärzte (...) Es ist auch möglich, dass Vertragsärzte mit den medizinischen Versorgungszentren zusammenarbeiten und Einrichtungen des Zentrums mitnutzen, soweit dies mit den für die vertragsärztliche Tätigkeit geltenden rechtlichen Bestimmungen vereinbar ist.“⁵⁸⁹

Da der Gesetzestext des §95 (1) S. 2 jedoch erst nach der amtlichen Begründung ergänzt wurde und diese nicht erneut angepasst wurde, ist die amtliche Begründung als überholt anzusehen.⁵⁹⁰

Die formaljuristische Zulässigkeit der gleichzeitigen Tätigkeit von angestellten Ärzten und Vertragsärzten im MVZ ist in der Literatur weiterhin strittig, sie wird jedoch überwiegend als zulässig angesehen.⁵⁹¹

⁵⁸⁸ Vgl. SGB V §95 (1) S. 2

⁵⁸⁹ BT-Drucks 15/1525, S. 111

⁵⁹⁰ Vgl. Istringhaus / Kroel / Wendland (2004), S. 75f.; Zwingel / Preißler (2005), S. 115

⁵⁹¹ Vgl. Schallen (2004); Behnsen (2004), S. 698f.; Niesel et al. (2004) Rdnr. 9b zu §95 SGB V; Altendorfer / Merk / Jensch (2004), S. 43f.; Istringhaus / Kroel / Wendland (2004), S. 75f.; Zwingel / Preißler (2005), S. 115

Unabhängig von der juristischen Diskussion ergibt sich die Notwendigkeit zur Berücksichtigung dieser MVZ aus der realen Praxis. Zum Ende des dritten Quartals 2007 erbrachten 319 der 880 zugelassenen MVZ Leistungen sowohl mit angestellten Ärzten als auch mit Vertragsärzten.⁵⁹²

Als „Misch-MVZ“ werden im Rahmen dieser Arbeit ausschließlich MVZ betrachtet, die mit jeweils mindestens einem angestellten Arzt und einem Vertragsarzt Leistungen erbringen. Externe Kooperationspartner finden für diese Einordnung keine Berücksichtigung.

Die individuelle vertragsärztliche Zulassung der in einem Misch MVZ tätigen Ärzte entspricht ihrem jeweiligen Status als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt und weicht insoweit nicht von dem in den beiden vorangegangenen Kapiteln geschilderten Sachverhalt ab. Die Verfügungsrechte an den vertragsärztlichen Zulassungen liegen teilweise bei der Trägergesellschaft und teilweise bei den tätigen (Vertrags-)Ärzten.⁵⁹³ Der öffentlich-rechtliche Status des gesamten Misch-MVZ ist hiervon losgelöst und gesondert zu betrachten. Die juristische Einordnung eines solchen MVZ in die vertragsärztliche Versorgungslandschaft ist derzeit noch strittig.⁵⁹⁴

Neben den formaljuristischen Voraussetzungen zur Gründung und Ausgestaltung eines MVZ sind weitere Vereinbarungen vertraglich zu fixieren, um Rechtssicherheit bei allen beteiligten Partnern zu schaffen.

⁵⁹² Vgl. **KBV** (2008a), S. 7

⁵⁹³ Das bedeutet, dass in dieser Konstellation die Vertragsärzte beim Ausscheiden aus dem MVZ weiterhin über ihre Zulassung verfügen können, die angestellten Ärzte jedoch nicht. Vgl. Kapitel III.6.1 und Kapitel III.6.2

⁵⁹⁴ Vgl. **Schallen** (2004); **Behnsen** (2004), S. 698f; **Niesel et al.** (2004) Rdnr. 9b zu §95 SGB V; **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 43f.; **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 75f.; **Zwingel / Preißler** (2005), S. 115

III.7 Vertragsgestaltung

Der Gesellschaftsvertrag bildet die schriftliche, rechtsverbindliche Grundlage für den späteren Geschäftsbetrieb des MVZ. Es erfordert somit ein hohes Maß an Sorgfalt und Konsensfähigkeit, um dieses Grundlagendokument zu erarbeiten und zu gestalten.⁵⁹⁵

Vor den ersten Schritten zur Vertragsgestaltung muss zunächst festgestellt werden, ob alle potenziellen Vertragspartner bereit sind, eine dauerhafte, verbindliche Vertragsbeziehung einzugehen. Die vordergründige Trivialität dieser Frage darf nicht über ihre Bedeutung für das MVZ hinwegtäuschen. Bestehende Antipathien oder fehlende Kompromissbereitschaft lassen sich nicht durch noch so gut ausgearbeitete vertragliche Regelungen ersetzen und gefährden somit bereits vor der Vertragsgestaltung die erfolgreiche Umsetzung der Vision.⁵⁹⁶ Ein erster vertraglicher Schritt zur Einleitung der Gesellschaftsgründung kann eine schriftliche Absichtserklärung – ein so genannter „Letter of Intent“ sein.⁵⁹⁷ Die Inhalte der Absichtserklärung und des Vertrages sollten klar und eindeutig formuliert sein, um die Anwendung im alltäglichen MVZ-Betrieb zu ermöglichen und zu erleichtern. Komplizierte und unverständliche Passagen werfen zusätzliche Fragen auf und wirken daher kontraproduktiv. Unklare und schwammige Formulierungen erhöhen die Regelungslücken, was eine Konsensfindung bei gesellschaftsinternen Differenzen erheblich erschwert. Es müssen klare Leitlinien für die gemeinsame Berufsausübung und den beruflichen Erfolg enthalten sein.⁵⁹⁸ Konfliktpunkte, die ausgespart werden oder deren Regelung der Kollegialität anheim gestellt wird, bergen zusätzliches Potenzial für die Rückabwicklung des Vertrages. Sie sind daher besonders intensiv zu betrachten und konsensfähig zu regeln.⁵⁹⁹

⁵⁹⁵ Vgl. **Homann / Klawonn** (2005), S. 35ff.

⁵⁹⁶ Vgl. **Ramolla** (2006), S. 97

⁵⁹⁷ Vgl. **Homann / Klawonn** (2005), S. 73f.

⁵⁹⁸ Vgl. **Ramolla** (2006), S. 98

⁵⁹⁹ Potenzielle Misfits von Strategien, Fähigkeiten, Strukturen und Mentalitäten müssen lokalisiert und beseitigt werden. Vgl. Kapitel II.4 i.V.m. **Vizjak** (1990), S. 14

Sondierungsgespräche stellen ein probates Mittel dar, um die Motivation und die Rechtspositionen der potenziellen Vertragspartner festzustellen und zu diskutieren. Die Ergebnisse dieser Sondierungsgespräche sollten in einem Vertragsentwurf abgebildet sein, der konsensfähig ist.⁶⁰⁰

III.7.1 Vorvertraglicher Regelungsbedarf

Vor der vertraglichen Gestaltung des MVZ müssen diverse Modalitäten der Kooperation zwischen den potenziellen Partnern diskutiert und im Konsens beschlossen werden. Zunächst ist die Rechtsform⁶⁰¹ zu konsentieren. Hierbei sind sowohl juristische als auch steuerliche Überlegungen⁶⁰² zu berücksichtigen, was professionelle Unterstützung durch Rechts- und Steuerberater unabdingbar macht. Die potenziellen Gesellschafter müssen sich ebenfalls darüber verständigen, ob und in welcher Form Möglichkeiten zu weiteren Kooperationen vertraglich fixiert werden sollen.⁶⁰³

Persönliche Perspektivplanungen der einzelnen Partner sollten analysiert, schriftlich fixiert und synchronisiert werden, um die Zukunftsperspektive des gesamten MVZ im Vertrag abbilden zu können.⁶⁰⁴ Hierzu zählen auch Ausstiegsmodalitäten für einzelne Partner, die einen Interessensausgleich zwischen dem Fortbestand des MVZ und den wirtschaftlichen Interessen des einzelnen Partners herstellen müssen. Insbesondere bei der Gründung als Kapitalgesellschaft muss ein vorvertraglicher Konsens über die

⁶⁰⁰ Dies kann im Extremfall bedeuten, dass nicht alle ursprünglich vorgesehenen Vertragspartner an den weiteren Verhandlungsrunden teilnehmen. Vgl. **Ramolla** (2006), S. 98

⁶⁰¹ Vgl. Kapitel II.3.7 i.V.m. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 27ff.

⁶⁰² Vgl. ausführlich zu steuerlichen Aspekten bei Gründung und Betrieb eines MVZ Kapitel III.10.4.5 i.V.m. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 93ff.

⁶⁰³ In Betracht kommen hier u.a. Kooperationen mit KKH, Vertragsärzten, Ärztenetzen, anderen MVZ oder weiteren Leistungserbringern für medizinische Leistungen. Vgl. **Homann / Klawonn** (2005), S. 93ff.

⁶⁰⁴ Insbesondere die persönliche Motivation der Partner muss hierzu transparent diskutiert werden. Vgl. Kapitel III.4.1.5 i.V.m. **Greiner** (2005), S. 44ff., 89; **Szathmary** (1999), S. 171

Veräußerungs-, Erwerbs- und Übertragungsmodalitäten der Gesellschaftsanteile erzielt werden.⁶⁰⁵

Im Falle der Einbringung bestehender Praxis- oder Unternehmensanteile durch die zukünftigen Gesellschafter ist eine Einstiegsbewertung der Anteile vorzunehmen und die Vergütung dieser Anteile zu definieren.⁶⁰⁶ Am Ende der Sondierungsgespräche sollte ein Businessplan stehen, dessen Inhalte sich ebenfalls im Gesellschaftsvertrag widerspiegeln müssen.⁶⁰⁷

III.7.2 Vertragsinhalte

Dem Gesellschaftsvertrag kann ein Vorwort bzw. eine Präambel vorangestellt werden, in dem/der Visionen und Ziele formuliert sind.⁶⁰⁸ Dem Vorwort kommt zwar keine unmittelbare Rechtsverbindlichkeit zu, es kann aber bei strittigen Vertragsklauseln als Indiz für die mutmaßliche Absicht der Gründungsväter gelten.⁶⁰⁹

Nach der Benennung von Name und Sitz⁶¹⁰ des MVZ muss der Unternehmensgegenstand, d.h. der Inhalt der unternehmerischen Tätigkeit beschrieben werden. Dies wird für MVZ regelmäßig die medizinische Versorgung der Patienten, ggf. ergänzt durch Spezialisierungen, Schwerpunkte und strukturelle Besonderheiten, sein.⁶¹¹ Der Detaillierungsgrad dieser

⁶⁰⁵ Diese Modalitäten können nicht nur erhebliche steuerliche Implikationen beinhalten, sondern darüber hinaus von existenzieller Bedeutung für den Fortbestand des MVZ beim Ausscheiden eines Partners sein, da fehlende vertragliche Regelungen in diesem Fall die Auflösung der Gesellschaft zur Folge haben können. Vgl. **BGB** §723ff. i.V.m. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 175ff.

⁶⁰⁶ Vgl. **Ramolla** (2006), S. 99 i.V.m. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 175ff.

⁶⁰⁷ Ausführliche Erläuterungen zum Erstellen eines Businessplans in Einrichtungen des Gesundheitswesens finden sich bei **Braun** (2003), S. 29ff.; **Amelung et al.** (2006), S. 151ff.

⁶⁰⁸ Visionen lassen sich dabei oft aus Motiven ableiten. Vgl. Kapitel III.4; III.9.2

⁶⁰⁹ Vgl. **Ramolla** (2006), S. 101

⁶¹⁰ Vgl. **Homann / Klawonn** (2005), S. 35 Der Sitz ist gleichzusetzen mit dem Ort der Betriebsstätte, die nach der Rechtsauffassung des BSG mit vollständiger Adresse angegeben sein muss. Hierbei sollten alle Zweigpraxen, Niederlassungen, ausgelagerte Praxisräume und sonstige Orte der Leistungserbringung aufgeführt sein. Ggf. sind auch Konsiliararztverträge und die Verwendung der daraus erzielten Erlöse in den Vertrag aufzunehmen. Diese Angaben sind für die vertragsärztliche Zulassung von konstituierender Bedeutung. Vgl. **SGB V** §95 (1) S. 7

⁶¹¹ Vgl. **Homann / Klawonn** (2005), S. 35

Beschreibung muss einerseits konkrete Ableitungen für Rechte und Pflichten zulassen, andererseits aber die notwendige Flexibilität zur Anpassung der Tätigkeit an die Umweltsituation bieten. Gerade bei Kooperationen im Gesundheitswesen kommt der Qualifikation der Partner eine besondere Bedeutung zu. Neben dem Vertragsarztstatus und der Gebietsbezeichnung sollten Schwerpunkt-bezeichnungen, Zusatzbezeichnungen und (ggf. fakultative) Weiter-bildungen definiert sein.⁶¹²

Pflichten der Partner zur gemeinsamen Berufsausübung, wie beispielsweise die bei Ärzten besonders hervorzuhebende Sorgfaltspflicht oder die Pflicht zur konsiliarischen Hilfeleistung, sollten ebenso Berücksichtigung finden wie Mindestarbeitszeiten der Vertragspartner für das MVZ.⁶¹³ Die Frage, welcher Partner der Gesellschaft wieviel Arbeitszeit schuldet, muss sich aus dem Vertrag heraus konkret beantworten lassen. Darüber hinaus sind Regelungen zu Nebentätigkeiten⁶¹⁴ sowie ehrenamtlichen, berufs- oder standespolitischen Tätigkeiten zu treffen.

Je nach Größe des MVZ kommt der Regelung der Vertretungsbefugnisse sowohl für die ärztliche Leistungserbringung als auch für Managementaufgaben eine nicht unerhebliche Bedeutung zu.⁶¹⁵

Die Geschäftsführung ist ein wesentlicher Vertragsbestandteil, der unabhängig von der Entscheidung, ob eine Managementgesellschaft mit der Geschäftsführung beauftragt wird oder diese intern wahrgenommen wird, zu regeln ist.⁶¹⁶ Schwellenkennzahlen, ab deren Überschreitung die Geschäftsführung outgesourct wird, können zusätzlich definiert werden.⁶¹⁷ Sollte die Geschäftsführung zunächst intern wahrgenommen werden, kommen der wirtschaftlichen Vertretung nach außen und der Abgrenzung

⁶¹² Vgl. **Ramolla** (2006), S. 101

⁶¹³ Vgl. **Homann / Klawonn** (2005), S. 38f.

⁶¹⁴ Das können z.B. Vortragstätigkeiten, wissenschaftliche Publikationen, Anwendungsbeobachtungen und andere Mittelzuflüsse aus Pharma- und Medizintechnikindustrie sein. Insbesondere die Verwendung der dadurch zufließenden Mittel ist vertraglich festzulegen.

⁶¹⁵ Vgl. **Ramolla** (2006), S. 104

⁶¹⁶ Vgl. **Homann / Klawonn** (2005), S. 37f. Ohne vertragliche Regelung sind alle Partner zur Geschäftsführung berechtigt, d.h. jedes Rechtsgeschäft bedarf der Zustimmung aller Gesellschafter (Einstimmigkeitsgrundsatz). Vgl. **BGB** §§709, 710

⁶¹⁷ Vgl. **Ramolla** (2006), S. 104

der Aufgaben- und Verantwortungsbereiche zwischen den geschäftsführenden Gesellschaftern wichtige Rollen zu.⁶¹⁸ Grundsätzlich sollte bei der Geschäftsführung das „Vier-Augen-Prinzip“ Anwendung finden. Neben der Geschäftsführung bildet die Gesellschafter-versammlung das zentrale Entscheidungsgremium des MVZ. Daher müssen Stimmgewichte, Mehrheitsverhältnisse bei Abstimmungen und Einberufungs- und Tagungsmodalitäten vertraglich geregelt sein.⁶¹⁹ Insbesondere bei der Festlegung der Mehrheitsverhältnisse muss ein Ausgleich zwischen möglichst konsensfähigen Beschlüssen und dem Erhalt der wirtschaftlichen Handlungsfähigkeit geschaffen werden.⁶²⁰

Mindesthaftpflichtversicherungssummen für die im MVZ tätigen Ärzte und deren regelmäßige Anpassung sichern den Fortbestand des MVZ auch nach zu leistendem Schadensersatz und sind daher als Vertragsbestandteil vorzusehen. Ist nicht das MVZ, sondern der einzelne Gesellschafter Versicherungsnehmer, sollten Nachweispflichten vereinbart werden.⁶²¹

Neben der Befugnis zum Abschluss von Versicherungsverträgen, ist die generelle Vertretungsvollmacht für Außenverträge festzulegen.

Monetärer Kernpunkt des Gesellschaftervertrages sind die Regelungen zu den Beteiligungsverhältnissen und der Gewinnverteilung. Hierzu ist zunächst die Art der Ermittlung des Betriebsergebnisses zu definieren.⁶²² Da die Zulässigkeit verschiedener Verfahren⁶²³ von der juristischen Ausgestaltung⁶²⁴ und den damit verbundenen steuerlichen Vorgaben⁶²⁵ abhängt, müssen Rechts- und Steuerberater diesen Schritt der Vertragsgestaltung begleiten. Die Behandlung des Sonderbetriebsvermögens und privat genutzte Fahrzeuge des MVZ sind hierbei ebenso zu berücksichtigen wie die

⁶¹⁸ Hiervon zu trennen ist die ärztliche Leitung, die als konstituierendes Merkmal per Gesetz vorgeschrieben ist und somit ebenfalls Eingang in den Vertrag finden muss. Vgl. Kapitel III.2.2.2 i.V.m. **SGB V** §95 (1) S. 2 i.V.m. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 24ff.

⁶¹⁹ Vgl. **Homann / Klawonn** (2005), S. 38

⁶²⁰ Vgl. **Ramolla** (2006), S. 104

⁶²¹ Vgl. **Homann / Klawonn** (2005), S. 61

⁶²² Vgl. **Ramolla** (2006), S. 106

⁶²³ Es kommen z.B. die Einnahmen-Überschussrechnung oder die Bilanzierung in Frage.

⁶²⁴ Vgl. Kapitel II.3.7 i.V.m. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 27ff.

⁶²⁵ Vgl. Kapitel III.10.4.5 i.V.m. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 93ff.

Verrechnung der medizinischen Behandlung von Familienangehörigen, Privatpatienten und Selbstzahlern.⁶²⁶

Ausgehend von der Gewinnermittlung ist schließlich der Unternehmerlohn der Gesellschafter inklusive möglicher Abschlags- und Sonderzahlungen zu regeln. Eine ausreichende Liquidität muss dabei für das MVZ zu jeder Zeit sichergestellt sein.⁶²⁷ Die Möglichkeit eines negativen Gewinns (Verlustes) und damit verbundener Nachschusspflichten sollten dabei ebenfalls Berücksichtigung finden. Dieser Vertragsteil ist mit besonderer Sorgfalt und konsensfähig zu definieren, da in Differenzen bei der Gewinnverteilung häufig die Ursache für das Scheitern von Kooperationen liegt.

Klare Regelungen zu Urlaubsumfang und –dauer sowie Fortbildungszeiten und sonstigen Freistellungen sollten ebenfalls im Gesellschaftsvertrag enthalten sein. Unvorhergesehene, durch Unfall oder Krankheit hervorgerufene Abwesenheitszeiten können einerseits die Patientenversorgung gefährden und andererseits belastend für die übrigen Gesellschafter wirken. Regelungen zur kollegialen Vertretung⁶²⁸, zu Kosten externer Vertreter⁶²⁹ oder mögliche Änderungen der Gewinnverteilung bei längerer Abwesenheit sind daher zu treffen. Insbesondere für Fälle der Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung sollten vertragliche Regelungen getroffen werden, da nach Eintritt eines solchen Ereignisses kaum noch eine Konsensentscheidung möglich ist.

„Ob sich die Gesellschafter bereits bei Vertragsabschluss auf diese schicksalhaften Möglichkeiten einstellen können, ist ein wertvoller Gradmesser für die Kooperationsfähigkeit aller Gesellschafter.“⁶³⁰

⁶²⁶ Vgl. **Ramolla** (2006), S. 107

⁶²⁷ Ein MVZ unterscheidet sich in dieser Beziehung nicht von anderen Wirtschaftsunternehmen und müsste bei fehlender Liquidität Insolvenzantrag stellen. Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 65

⁶²⁸ Die berufsrechtlichen Fachgebietsgrenzen wirken hierbei restriktiv.

⁶²⁹ Externe Vertreter kommen dann zum Einsatz, wenn die entsprechende Facharzttrichtung im MVZ nicht mehrfach besetzt ist.

⁶³⁰ **Ramolla** (2006), S. 108

Neben den bisher aufgeführten Regelungen zum Betrieb des MVZ sollten die Gesellschafter ebenfalls an die Möglichkeit der Trennung einzelner Gesellschafter vom MVZ und umgekehrt denken.⁶³¹ Für die Kündigung eines Gesellschafters müssen Fristen vereinbart werden, die einen Interessensausgleich zwischen Weiterbetrieb des MVZ und neuer beruflicher Perspektive des kündigenden Gesellschafters schaffen.⁶³² Zusätzlich zur fristgemäßen Kündigung sollte sich das MVZ vertraglich die Möglichkeiten der fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund⁶³³ und des Ausschlusses⁶³⁴ vorbehalten. Für diese Fälle ist der Verbleib der Geschäftsanteile und des Vertragsarztsitzes sowie die Abfindung des Gesellschafters oder dessen Erben zu regeln.⁶³⁵ Der Einigung bei solch negativ geprägten Entwicklungsmöglichkeiten des MVZ kommt aufgrund des enormen Konfliktpotenzials und der Relevanz für den Fortbestand bei Eintritt dieser Ereignisse eine große Bedeutung zu.⁶³⁶

Erfüllt das MVZ die Erwartungen der Gesellschafter in Bezug auf die gemeinsame Berufsausübung oder die Wirtschaftlichkeit nicht, kann die Auflösung erwogen werden. Dies ist vertraglich zu definieren.⁶³⁷ Insbesondere die Behandlung des Gesamthandvermögens und die organisatorische Abwicklung der Liquidation sind zu vereinbaren.⁶³⁸

So genannte Schutzklauseln sollen verhindern, dass ausscheidende Gesellschafter Patienten aus dem MVZ in eine neue Niederlassung „mitnehmen“. Vertragsstrafen können deren Durchsetzungsfähigkeit erleichtern. Die berufsrechtlichen Bestimmungen schränken diese, einem Behand-

⁶³¹ Vgl. **Homann / Klawonn** (2005), S. 68ff.

⁶³² Vgl. **Ramolla** (2006), S. 109

⁶³³ Wichtige Gründe können z.B. der Verlust der Approbation oder der vertragsärztlichen Zulassung sein. Vgl. **BGB §723**

⁶³⁴ Der Ausschluss ist nur möglich, wenn ein Gesellschafter vorsätzlich oder grob fahrlässig wesentliche Pflichten verletzt hat. Vgl. **BGB §737**

⁶³⁵ Vgl. **Homann / Klawonn** (2005), S. 69f.

⁶³⁶ Vgl. **Ramolla** (2006), S. 109

⁶³⁷ Vgl. **ebenda** S. 110

⁶³⁸ Insbesondere sollten Geschäftsführungs- und Vertretungsvollmachten auf den Liquidationsfall ausgedehnt werden, da sie sonst mit dem Auflösungsbeschluss der Gesellschafter enden.

lungsverbot ähnelnden Schutzklauseln für medizinische Leistungserbringer stark ein.⁶³⁹

Die salvatorische Klausel, welche verhindert, dass durch einzelne unwirksame Bestandteile der gesamte Vertrag unwirksam wird, ist obligatorisch.⁶⁴⁰

Zusammenfassend sollten mindestens folgende Inhalte im Gesellschaftsvertrag enthalten sein:

- Vorwort,
- Betriebsstätte und Firmierung,
- Unternehmenszweck,
- Pflichten der Gesellschafter,
- Regelungen zu Nebentätigkeiten der Gesellschafter,
- Vertretungsbefugnisse,
- Geschäftsführung,
- Beteiligungsverhältnisse,
- Gewinnermittlung und –verteilung,
- Urlaub und Fortbildung,
- Krankheit,
- Kündigung, Ausschluss und Tod von Gesellschaftern,
- Liquidation des MVZ und
- Schutzklauseln.

Personelle, fachliche, lokale oder sonstige Besonderheiten können weitere Regelungen erfordern.

Diese vertraglich vereinbarten Grundlagen zu Gründung und Betrieb eines MVZ müssen in der Regel durch organisatorische Detailregelungen konkretisiert werden.

⁶³⁹ Vgl. **Ramolla** (2006), S. 111

⁶⁴⁰ Vgl. **Homann / Klawonn** (2005), S. 46

III.8 Organisation

Der geplante Einsatz von Ressourcen ist eine elementare Aufgabe wirtschaftlicher Unternehmen. Die sachliche und räumliche Struktur verschiedener Einheiten sowie die Beziehungen zwischen diesen Einheiten werden üblicherweise als Aufbauorganisation bezeichnet, die meist in einem Organigramm visualisiert dargestellt wird.⁶⁴¹ Die Gestaltung der Arbeitsabläufe, basierend auf der Aufbauorganisation, ist eine weitere Kernaufgabe des MVZ. Dies wird gemeinhin als Ablauforganisation bezeichnet.⁶⁴²

Der Optimierung der Strukturen (Aufbauorganisation) und Abläufe (Ablauforganisation) wird in Zukunft durch die Verwendung geeigneter Koordinationsinstrumente zum Aufbau behandlungsprozessorientierter Strukturen eine überragende Bedeutung zukommen.⁶⁴³ Mit zunehmender Größe wird hierzu ein hauptamtliches MVZ-Management notwendig sein, da die Komplexität der ökonomischen Fragestellungen überproportional zunimmt.⁶⁴⁴

⁶⁴¹ Vgl. Kapitel III.8.1 i.V.m. **Schenk** (2006), S. 71

⁶⁴² Vgl. Kapitel III.8.2

⁶⁴³ Vgl. **Güssow** (2007), S. 68 i.V.m. **Braun / Güssow** (2006)

⁶⁴⁴ Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 77

III.8.1 Aufbauorganisation

Die Aufbauorganisation ist das Ergebnis der Arbeitsteilung im MVZ und bildet die Zerlegung und Verteilung von Kompetenzen ab. Das Ergebnis der Aufbauorganisation ist die formale Unternehmensstruktur.⁶⁴⁵ Die Aufbauorganisation muss alle Einheiten der Leistungserbringung sowie die der kaufmännischen und verwaltungstechnischen Querschnittsfunktionen abbilden.⁶⁴⁶ Hierbei sollte eine potenzielle Erweiterung um neue Mitglieder oder Kooperationspartner des MVZ grundsätzlich vorgesehen sein. Eine Differenzierung nach der Art der erbrachten Leistungen ist für die Definition und Abgrenzung der Einheiten sinnvoll. Neben dieser reinen Anordnung der Einheiten müssen frühzeitig, möglichst bereits in der Gründungsphase, Weisungs- und Entscheidungsbefugnisse sowie Führungsverantwortlichkeiten festgelegt werden. Auftretende Überschneidungen lassen sich hierbei nicht immer vermeiden. Diese Schnittstellen sind zu identifizieren und Zuständigkeiten detailliert festzulegen.⁶⁴⁷

Sofern ein MVZ sowohl mit angestellten als auch mit freiberuflichen Ärzten und sonstigen Leistungserbringern arbeitet, ist neben der fachgruppenspezifischen Segmentierung eine weitere Unterteilung nach der Beschäftigungsart vorzunehmen.⁶⁴⁸ Für die Regelung der Weisungsbefugnisse gilt es, diverse Gestaltungsmöglichkeiten sowie fachliche und disziplinarer Unterstellungsverhältnisse zu definieren und zu koordinieren.⁶⁴⁹ Ein strikt hierarchisch organisiertes Einliniensystem mit Bündelung von disziplinarer und fachlicher Vorgesetztenfunktion ist eine vergleichsweise einfache und klare Möglichkeit der Organisation. Die Starrheit einer solchen Lösung erhöht jedoch den zeitlichen Aufwand für Tätigkeiten außerhalb des Routi-

⁶⁴⁵ Die medizinische Leistungserstellung in einem MVZ ist nur durch Spezialisierung, Delegation und Kooperation zu erreichen. Vgl. **Bea / Göbel** (2006), S. 297

⁶⁴⁶ Vgl. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 257

⁶⁴⁷ vgl. **ebenda** S. 258

⁶⁴⁸ Vgl. Kapitel III.6 i.V.m. **Zwingel / Preißler** (2005), S. 99ff.

⁶⁴⁹ Vgl. **Bea / Göbel** (2006), S. 303ff.

nebetriebes erheblich.⁶⁵⁰ Ein reines Einliniensystem kommt somit meist nur für kleinere Kooperationsformen in Betracht.⁶⁵¹

Ein Mehrliniensystem mit differenzierten Weisungsbefugnissen wird den Bedürfnissen umfangreicherer Kooperationsformen eher gerecht. Beim Mehrliniensystem werden in der Regel disziplinare und fachliche Leistungsbefugnisse getrennt voneinander ausgeübt.⁶⁵² Die Ausgestaltung und Implementierung eines solchen Systems erfordert allerdings wesentlich umfangreichere Maßnahmen als ein Einliniensystem. Die Komplexität und die Zuständigkeitsüberschneidungen können eine Intransparenz der Kompetenzen nach sich ziehen.⁶⁵³ Im Regelfall wird für ein MVZ eine Mischform aus Ein- und Mehrliniensystem eine praktikable Lösung darstellen, um die Vorteile beider Systeme zu nutzen und die Nachteile auf ein Minimum zu reduzieren. So kann beispielsweise jede Fachrichtung im MVZ in sich strikt nach einem Einliniensystem organisiert sein, während der ärztliche Leiter neben der Führung der medizinischen Einheiten auch über spezielle Weisungsbefugnisse im kaufmännischen Bereich verfügt. Die Vorgaben des SGB V und der berufsrechtlichen Vorschriften zur weisungsunabhängigen ärztlichen Tätigkeit⁶⁵⁴ wirken für den umgekehrten Fall⁶⁵⁵ restriktiv.

Vor- und Nachteile beider Systeme sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

⁶⁵⁰ Vgl. **Schenk** (2006), S. 72

⁶⁵¹ Ein reines Einliniensystem ist dadurch gekennzeichnet, dass Weisungen nur von der jeweils übergeordneten Stelle angenommen werden. Bei jedem Informationsfluss zwischen den Stellen muss der „Dienstweg“ eingehalten werden, was erhebliche zeitliche Verzögerungen verursachen kann. Vgl. **Bea /Göbel** (2006), S. 309f.

⁶⁵² Vgl. **ebenda** S. 310ff.

⁶⁵³ Vgl. **Schenk** (2006), S. 72f.

⁶⁵⁴ Vgl. **SGB V** §95(1), S. 2 i.V.m. Kapitel III.2.2.2

⁶⁵⁵ Mit dem umgekehrten Fall sind Weisungsbefugnisse gegenüber Ärzten gemeint.

Tabelle 5: Vergleich von Einliniensystem und Mehrliniensystem

<u>Kriterien</u>	<u>Einliniensystem</u>	<u>Mehrliniensystem</u>
<u>Informationswege</u>	Lang, da Instanzenweg eingehalten werden muss	Kurz, da direkter Zugriff zum gemeinsamen Vorgesetzten möglich ist
<u>Abgrenzung der Kompetenz</u>	Klar, da die Zuordnung auf einen einzigen Vorgesetzten erfolgt	Mehrdeutig, da mehrere Vorgesetzte vorhanden sind
<u>Spezialisierung bezüglich der Kompetenz</u>	Gering, da der Vorgesetzte mit Allzuständigkeit ausgestattet ist	Hoch, da Zuständigkeiten auf mehrere Vorgesetzte aufgeteilt sind

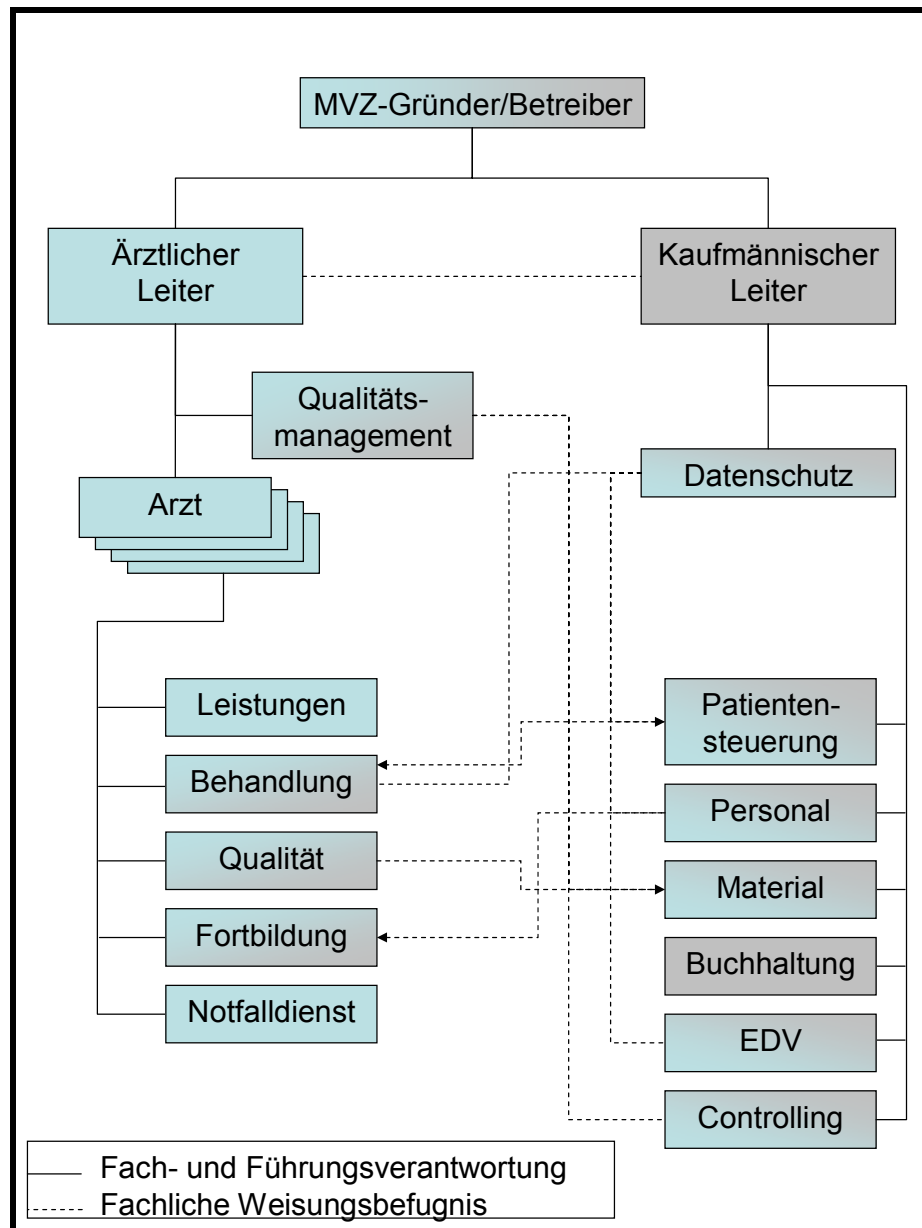
Quelle: **Bea / Göbel** (2006), S. 312

Das in der Literatur oftmals als drittes System angeführte Stabliniensystem wird hier nicht weiter betrachtet, da es sich hierbei lediglich um eine Spezialform eines Einliniensystems handelt.⁶⁵⁶

Die folgende Abbildung zeigt eine für ein MVZ mögliche, stilisierte Aufbauorganisation als Mischform zwischen Ein- und Mehrliniensystem in Form eines Organigramms.

⁶⁵⁶ Es sind hierbei lediglich Stabsstellen auf verschiedenen Ebenen der Einlinienstruktur angesiedelt, die unterstützende Aufgaben wahrnehmen. Vgl. **Bea / Göbel** (2006), S. 312f.

Abbildung 30: Aufbauorganisation/Organigramm



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an **Schenk** (2006), S. 73

Die Akzeptanz und konsequente Umsetzung der Aufbauorganisation bildet die Grundlage für einen reibungslosen Ablauf der darauf basierenden Organisation der Betriebsabläufe.⁶⁵⁷ Einer potenziellen Expansion des MVZ sollte bereits in der Aufbauorganisation durch Schaffung von horizontalen und vertikalen Erweiterungsmöglichkeiten Rechnung getragen werden.

⁶⁵⁷ Dies wiederum ist die Voraussetzung zur Umsetzung der gesamten Unternehmensstrategie des MVZ. Vgl. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 256

III.8.2 Ablauforganisation

Die Ablauforganisation dynamisiert die Grundlagen der Aufbauorganisation, indem sie Prozesse räumlich und zeitlich strukturiert.⁶⁵⁸ Einer definierten Aufbauorganisation muss die Festlegung des Weges des „Dienstleistungsobjektes“ im MVZ - also des Patienten - folgen. Dabei muss sie sich an dessen Bedürfnissen⁶⁵⁹ und dem Prozess des Behandlungsfalls orientieren.⁶⁶⁰ Der Prozess des Behandlungsfalls ist dabei definiert als die Abfolge von Aktivitäten des MVZ-Leistungsgeschehens, die in einem inneren logischen Zusammenhang stehen und somit zu einem vom Patienten nachgefragten Ergebnis führen.⁶⁶¹ Abläufe und Strukturen bedingen sich wechselseitig und können bei Veränderungen in einem Bereich Anpassungen in beiden Bereichen erfordern.

Einheitliche IT-gestützte Planungstools zur Terminierung von Untersuchungen und Behandlungen oder zur Nutzung von zentralen Einrichtungen⁶⁶² und Geräten⁶⁶³ sind hierbei für MVZ mit dem Anspruch einer ganzheitlichen Patientenversorgung obligat.⁶⁶⁴

Der Weg des Patienten innerhalb des MVZ sollte so standardisiert wie möglich und so individuell wie notwendig geplant werden. Mit der zentralen An- und Abmeldung am Empfang kann der Weg beginnen, nach Abschluss der Maßnahmen kontrolliert und abgeschlossen werden sowie

⁶⁵⁸ Dabei folgt die Ablauforganisation traditionell der Aufbauorganisation. Vgl. **Bea / Göbel** (2006), S. 343

⁶⁵⁹ Vgl. zur Patientenorientierung ausführlich Kapitel II.1.2.1 i.V.m. **Linder / Pelz** (1982); **Nickel** (2005) S. 43ff.

⁶⁶⁰ Vgl. **Richter** (1999), S. 429

⁶⁶¹ Vgl. **Güssow** (2007), S. 72; zur Prozessorganisation im Gesundheitswesen vgl. **Braun** (2005), **Güssow / Ott** (2005); **Güssow** (2005)

⁶⁶² Z.B. Labore o.Ä.

⁶⁶³ Z.B. diagnostische Geräte, wie CT, MRT oder Sonographie

⁶⁶⁴ Im MVZ POLIKUM GmbH in Berlin sind z.B. alle Geräte direkt mit der elektronischen Terminplanung und den digitalen Patientenakten verbunden. Vgl. **Amelung** (,2007), S. 228

ggf. eine Weiterleitung zu externen Partnern⁶⁶⁵ erfolgen. Auf die personell adäquate Besetzung dieser Schlüsselstelle „Empfang“ ist besondere Aufmerksamkeit zu richten, da hier die Patientendaten aufgenommen und geprüft werden.⁶⁶⁶ Weiterhin müssen neue Patienten hier so mit der Ablauforganisation des MVZ vertraut gemacht werden, dass möglichst keine Zeitverzögerungen durch „Fehlleitungen“ von Patienten entstehen. Nach abgeschlossener Behandlung wird der Patient wiederum über diese zentrale Stelle aus dem Ablaufsystem des MVZ ausgeschleust, Rezepte, Anschlussüberweisungen sowie Folgetermine werden übergeben und vereinbart.⁶⁶⁷ Aufgrund der zentralen Funktion dieser Schaltstelle eignet sie sich ebenfalls sehr gut für Feedbackbefragungen und die Einrichtung eines Beschwerdemanagements.⁶⁶⁸ Die folgende Abbildung stellt einen möglichen Ablauf eines Patienten mit konkreter Indikation dar und verdeutlicht die Schlüsselrolle des Empfangs in der Ablauforganisation eines MVZ.

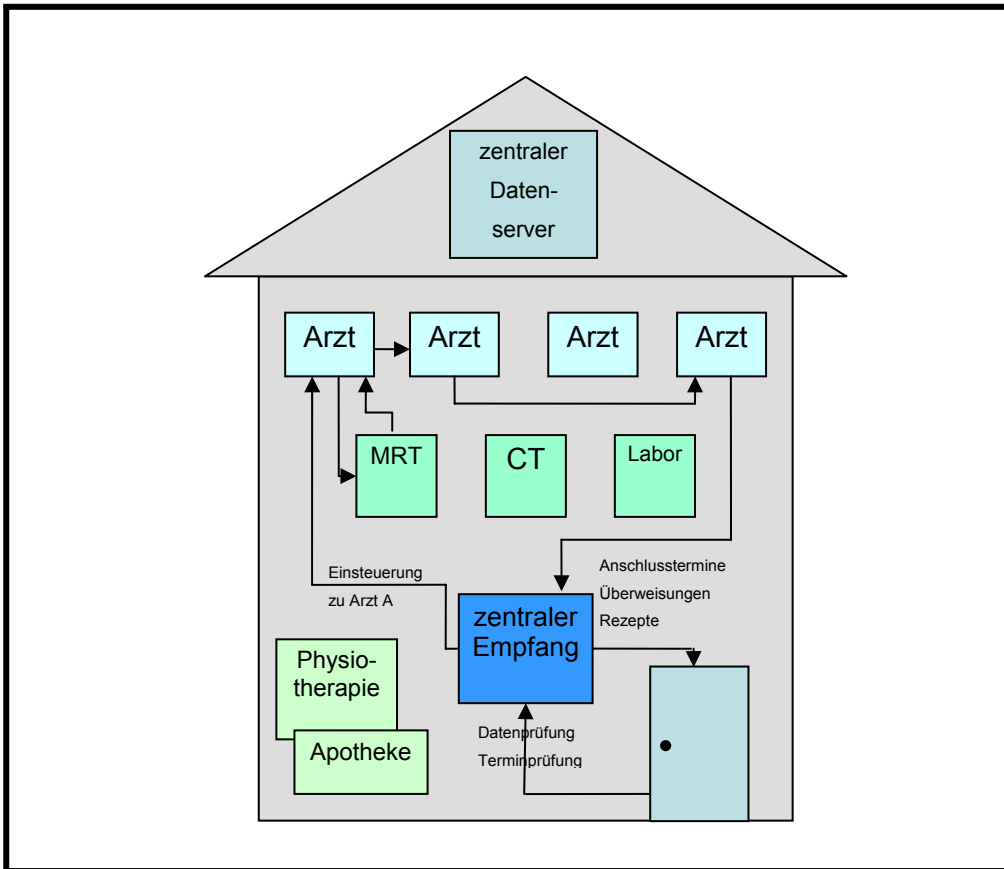
⁶⁶⁵ Dies können kooperierende Ärzte oder auch Apotheken, Physiotherapeuten, Pflegedienste u.Ä. sein.

⁶⁶⁶ Vgl. **Schenk** (2006), S. 75

⁶⁶⁷ Vgl. **ebenda**

⁶⁶⁸ Vgl. Kapitel III.11 i.V.m. **Schmutte** (1999), S. 648; **Schmutte** (1998), S. 85ff.

Abbildung 31: Ablauforganisation eines MVZ



Quelle: Eigene Darstellung

Eine gut strukturierte Ablauforganisation kann die Effizienz der Ressourcennutzung steigern, die Motivation der Mitarbeiter und die Compliance der Patienten erhöhen und für eine höhere Flexibilität des gesamten MVZ sorgen.⁶⁶⁹

⁶⁶⁹ Vgl. ausführlich zu den Zielen einer Ablauforganisation **Bea / Göbel** (2006), S. 344ff.

III.9 Marketing im MVZ

Nach der Definition der organisatorischen Grundlagen liegt der Schwerpunkt der weiteren Gründungsplanung auf dem Marketing.⁶⁷⁰ Marketing ist mit der Planung, Koordination und Kontrolle der aktuellen und zukünftigen Unternehmensaktivitäten weit mehr als Werbung oder Verkaufsförderung.⁶⁷¹ Die konsequente Orientierung am Patienten⁶⁷² und dessen Nutzen ist dabei das Kernelement des Marketings.⁶⁷³ Für eine erfolgreiche und strukturierte Erarbeitung eines Marketingkonzeptes, muss das MVZ zunächst Marketingziele und -strategien entwickeln, den Markt analysieren, das eigene Leistungsspektrum definieren und Instrumente finden, um diese Leistungen zu kommunizieren.

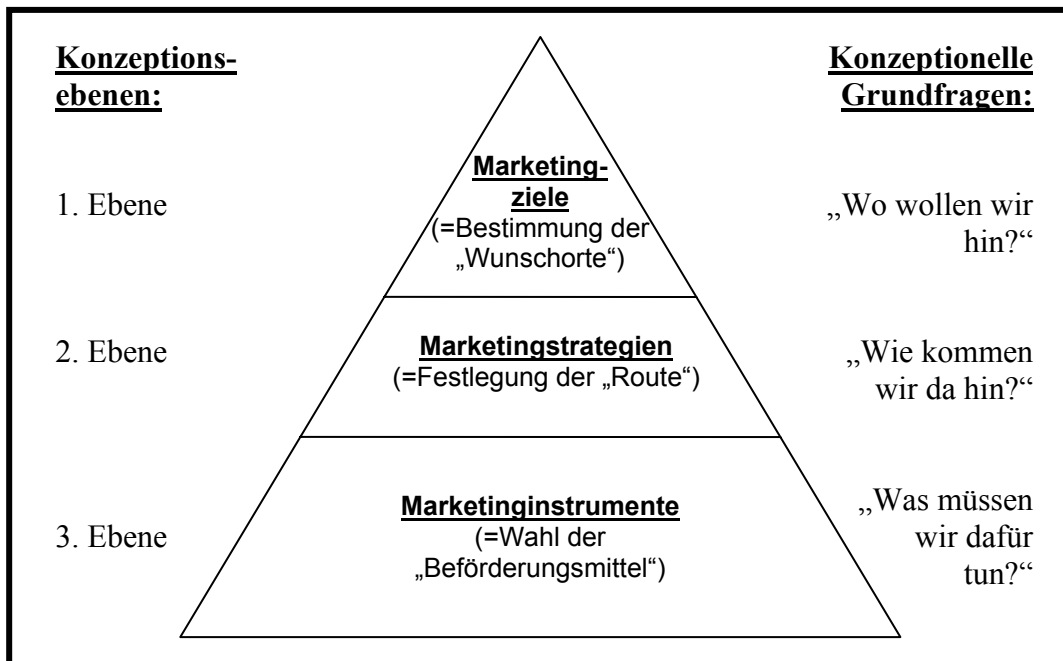
⁶⁷⁰ Marketing ist das „Kernstück des Businessplans“. Vgl. **Mc Kinsey & Comp.** (2002)

⁶⁷¹ Vgl. **Amelung et al.** (2006), S. 163

⁶⁷² Andere Anspruchsgruppen, wie beispielsweise die Zuweiser, müssen dabei ebenfalls Berücksichtigung finden, soweit sie sich unter der Prämisse der Patientenorientierung realisieren lassen. Vgl. Kapitel II.1.2.1 i.V.m. **Braun / Gröbner** (2004), S. 5f.

⁶⁷³ Praxismarketing ist Teil einer Managementphilosophie und beinhaltet die ganzheitliche Führung einer Praxis [oder eines MVZ – Anm. d. Verf.] mit Blick auf die Patientenbedürfnisse. **Armbruster et al.** (2006), S. 42ff.

Abbildung 32: Konzeptionspyramide des Marketings



Quelle: Darstellung nach **Becker** (1992), S. 5ff.

Marketing im Gesundheitssektor ist zwar weiterhin strengerer Auflagen unterworfen als beispielsweise das Marketing für industrielle Konsumgüter, aufgrund der gegenwärtigen Deregulierungsbewegungen werden medizinischen Einrichtungen hier jedoch zunehmend Handlungsspielräume eröffnet, was auch an den Entscheidungen der Judikative abzulesen ist.⁶⁷⁴ Die Grundlage für alle weiteren Planungen bildet die möglichst umfassende Kenntnis des Marktumfeldes, die mit Hilfe einer detaillierten Marktanalyse gewonnen werden kann.

⁶⁷⁴ Vgl. **Braun** (2005); **Braun / Güssow** (2006)

III.9.1 Marktanalyse

Zur Erarbeitung von Zielen und Strategien bildet die intensive Markt- und Konkurrenzanalyse die Basis für alle weiteren Marketingaktivitäten. Dies bedeutet, dass die richtige Marketingstrategie für das MVZ nicht existiert, sie ist vielmehr nach regionalen, gesundheitspolitischen und temporären Gegebenheiten anzupassen und weiterzuentwickeln.

„Fortlaufende Kontrolle auf allen Ebenen ist nötig, um zeitnah auf sich abzeichnende Entwicklungen reagieren zu können.“⁶⁷⁵

Marktanalyse beinhaltet sämtliche externen Einflussfaktoren, die auf das MVZ einwirken. Dies sind beispielsweise Daten über die Patientenstruktur, Konkurrenten, allgemeine Standortspezifitäten sowie Absatz- und Ergebnisgrößen.⁶⁷⁶ Unterschieden werden hierbei allgemeine Faktoren der globalen Umwelt, die für alle Akteure am Markt grundsätzlich gleich sind und Faktoren der Branchenumwelt, die für die jeweiligen Wettbewerber variieren und somit gesondert zu betrachten sind.⁶⁷⁷

Die allgemeinen Bedingungen der globalen Umwelt stellen für das einzelne MVZ einen fixen Rahmen dar, innerhalb dessen Chancen genutzt und Risiken vermieden werden müssen.⁶⁷⁸ Veränderungen der Makroumwelt sind, auch wenn nicht durch das einzelne MVZ beeinflussbar, in die Analyse einzubeziehen.⁶⁷⁹ Die globale Umwelt lässt sich in fünf Teilbereiche unterteilen:

- politisch,
- ökonomisch,
- gesellschaftlich,

⁶⁷⁵ Armbruster et al. (2006), S. 42

⁶⁷⁶ Vgl. ebenda S. 43ff.

⁶⁷⁷ Vgl. Breisig (2006), S. 204f.; Armbruster et al. bezeichnen die globale Umwelt als „Makroumwelt“ und die Branchenumwelt als „Mikroumwelt“. Vgl. Armbruster et al. (2006), S. 43ff.

⁶⁷⁸ Vgl. Breisig (2006), S. 204f.

⁶⁷⁹ Vgl. Hungenberg (2000), S. 31

- technologisch und
- ökologisch.⁶⁸⁰

MVZ müssen insbesondere ökonomische Rahmenbedingungen, wie Wirtschafts- und Zinsentwicklungen, und politisch-rechtliche Vorgaben, wie Bestimmungsvorschriften⁶⁸¹, Fördermöglichkeiten oder Restriktionen, bei der Kommunikation ärztlicher Leistungsangebote⁶⁸² intensiv analysieren. Der gegenwärtige politische Reformdruck erhöht die Instabilität dieses Teilbereiches der globalen Umwelt zusätzlich. Gesellschaftliche, technologische und ökologische Aspekte spielen für MVZ nur eine periphere Rolle, in der Marktanalyse. Diese können jedoch in einzelnen Teilbereichen in das Zentrum der Analyse rücken.

Neben einer detaillierten Analyse der globalen Umwelt ist der Vergleich des eigenen Leistungsportfolios mit dem potenzieller Mitbewerber derselben Branche durchzuführen.⁶⁸³ Markt- und Wettbewerbsanalyse sind bei der Entscheidung zwischen mehreren Standorten bzw. bei einer Dislozierung über ein heterogenes Einzugsgebiet für jeden Einzelstandort gesondert durchzuführen. Quellen für eine Analyse können die in der folgenden Tabelle aufgeführten Institutionen sein.

⁶⁸⁰ Vgl. **Armbruster et al.** (2006), S. 43

⁶⁸¹ Vgl. Kapitel III.10.4.5

⁶⁸² Vgl. Kapitel III.9.4.2 i.V.m. **Armbruster et al.** (2006), S. 55ff.

⁶⁸³ Vgl. **ebenda**, S. 49ff.

Tabelle 6: Informationsquellen zur Markt- und Wettbewerbsanalyse in der ambulanten medizinischen Versorgung

<u>Informationsquelle</u>	<u>Informationsinhalte</u>
Statistisches Bundesamt, Statistische Landesämter, kommunale statistische Ämter	Jahrbücher mit: <ul style="list-style-type: none"> • Bevölkerungsstatistik • Einkommensstatistik • Infrastruktur
KVen, KBV KZVen, KZBV	<ul style="list-style-type: none"> • Bedarfspläne, Zulassungsbeschränkungen • Gesetze, Richtlinien, Verordnungen • Empfehlungen • Weiterbildungsangebote • Abrechnungs- und Vergütungsstatistiken
IHK, Handwerkskammern	<ul style="list-style-type: none"> • Industriestruktur • Industrieprognose • Infrastrukturplanungen • Händlernetze
Regionalentwicklungsbehörden	<ul style="list-style-type: none"> • Landesentwicklungspläne • Wohngebietsspläne • Gewerbegebietspläne
Kommunen	<ul style="list-style-type: none"> • Bebauungspläne • Sanierungspläne • Verkehrspläne • Fördermaßnahmen
Gesetzliche Krankenkassen Private Krankenversicherungen	<ul style="list-style-type: none"> • Versichertenpotenzial und –zusammensetzung • angebotene Einzelverträge
Krankenhäuser	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungsspektrum • Kooperationen
Apotheken	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungsspektrum • Marktanteile
Kollegen, Patienten, Pharmareferenten	<ul style="list-style-type: none"> • Vergleichsdaten konkurrierender Leistungserbringer

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an **Armbruster et al.** (2006), S. 45

Führt die vorgenommene interne Analyse zu keinem befriedigenden Ergebnis, ist eine Markt- und Wettbewerbsanalyse durch professionelle Beratungs- oder Marktforschungsunternehmen zu erwägen. Die Analyse der

Branchenumwelt sollte im Bezug auf einzelne definierte Marktsegmente folgende Punkte beinhalten:

- Marktvolumen und Einzugsgebiet,
- Marktpotenzial,
- Absatzpotenzial,
- Absatzvolumen,
- Marktanteile,
- Umsatz,
- Versichertenstruktur und
- Hauptwettbewerber.⁶⁸⁴

Zur Analyse des Einzugsgebietes und des daraus resultierenden Marktvolumens sind neben den reinen demografischen Zahlen auch Aspekte der Standortattraktivität⁶⁸⁵ entscheidend, da diese zu Verschiebungen der Einzugsgebietsgrenzen führen können. Die Versichertenstruktur gibt Aufschluss darüber, in welchem Umfang mit Privatliquidationen kalkuliert werden kann oder ob eine bestimmte Krankenkasse oder Krankenkassenart im Einzugsgebiet dominierend ist.⁶⁸⁶ Letzteres ist vor allem beim beabsichtigten Abschluss von Einzelverträgen, z.B. im Rahmen der Integrierten Versorgung (IV)⁶⁸⁷, relevant.

Ist der relevante Markt ausreichend klar umrissen, sollte dieser in möglichst homogene Marktsegmente aufgegliedert werden, um zielgruppenspezifische Leistungen unterstützt durch Marketinginstrumente in einem abgestimmten Marketing-Mix optimal anbieten zu können. Die Segmentierung kann nach Zielgruppen, nach Regionen oder nach beidem erfolgen. Für die Entscheidung, welche Marktsegmente in welcher Form gesondert

⁶⁸⁴ Vgl. **ebenda** S. 43ff.

⁶⁸⁵ Dies sind z.B. die Verkehrsanbindung, Lärm- und Geruchsbelästigung, Parkmöglichkeiten, Einkaufsmöglichkeiten etc.

⁶⁸⁶ Dies kann beispielsweise durch den Standort eines größeren Unternehmens im Einzugsgebiet mit einer eigenen BKK der Fall sein.

⁶⁸⁷ Vgl. **SGB V** §§140a ff. i.V.m. **Kuhlmann** (2000); **Ratajczak** (2000); **Wigge** (2001); **Wigge** (2001a); **Bihr / Krauskopf** (2001); **Hess** (2002); **Windhorst** (2002); **Braun / Güssow** (2006); **Güssow** (2007)

zu bearbeiten sind, kann eine ABC-Analyse⁶⁸⁸ auf der Grundlage prognostizierter Umsatzzahlen durchgeführt werden. Die Marktsegmentierung sollte in festen Abständen oder bei Auffälligkeiten überprüft werden, um so Änderungen in der sachlichen oder räumlichen Struktur sowie Entwicklungspotenziale frühzeitig zu erkennen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten.⁶⁸⁹ Die Analyse der potenziellen Patienten des MVZ muss ergänzt werden durch Erkenntnisse zur allgemeinen Wettbewerbssituation und der Identifikation des oder der Hauptwettbewerber.⁶⁹⁰ Hierzu muss zunächst ein Gesamtüberblick über vertrags- und privatärztlich oder psychotherapeutisch angebotene Leistungen sowie sonstige medizinische und komplementäre Leistungserbringer geschaffen werden. Im Anschluss daran ist der stärkste Konkurrent sowie dessen Leistungsspektrum und Marktanteil zu analysieren.⁶⁹¹ Im Ergebnis dieser Analyse können sowohl kooperative als auch konkurrierende Strategien stehen.⁶⁹² Konkrete Fall- und Umsatzzahlen werden von Konkurrenten nicht direkt zu ermitteln sein, die folgenden Indikatoren können die regionale Versorgungslandschaft jedoch hinreichend abbilden und sind darüber hinaus verhältnismäßig leicht zu beschaffen.

⁶⁸⁸ Vgl. **Braun** (1997b), S. 8f.

⁶⁸⁹ Vgl. **Armbruster et al.** (2006), S. 47

⁶⁹⁰ Vgl. **ebenda** S. 47ff.

⁶⁹¹ Dies kann beispielsweise anhand einer Stärken-Schwächen-Analyse erfolgen.

⁶⁹² Vgl. Kapitel III.9.3 i.V.m. **Becker** (1992), S. 121ff.

Tabelle 7: Versorgungsanalyse

<u>Informationen zur Analyse des Versorgungsstandes</u>
<ul style="list-style-type: none">➤ Zahl der Ärzte bzw. Psychotherapeuten je Fachdisziplin➤ Niederlassungsdichte (Arzt/Psychotherapeut je Einwohnerzahl)➤ Altersstruktur der Fachkollegen➤ Kapazität der bestehenden Praxen➤ Einbeziehung zugelassener Krankenhäuser in die ambulante ärztliche Versorgung➤ Praxiskooperationen, Versorgungsnetzwerke und –verbünde➤ Jobsharing-Zulassungen➤ Anstellungszulassungen➤ Zweigpraxen➤ Krankenhausbedarfsplanung➤ Art, Umfang und Befristung etwaiger Chefarztermächtigungen➤ bestehende Institutsermächtigungen/311er Einrichtungen➤ behandlungsberechtigte Ärzte➤ bevorstehende Niederlassungen, Praxisübernahmen und MVZ-Gründungen

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an **Armbruster et al.** (2006), S. 47

Eine Portfolioanalyse mit anschließendem Best-practice-Vergleich bereitet die gewonnenen Daten über Mitbewerber für die eigene Strategieentwicklung auf und ist eine wichtige Entscheidungshilfe bei der Definition des Leistungsportfolios.

III.9.2 Marketingziele

Marketingziele lassen sich allgemein in ökonomische und in nichtökonomische Ziele unterscheiden.⁶⁹³ Ökonomische Ziele können dabei absolute Kennzahlen, wie Umsatz, Gewinn und Kosten, oder relative Kennzahlen zu Marktanteilen, Steigerungsraten etc. beinhalten. Nichtökonomische Ziele bilden hingegen die „soft facts“, wie Image, Bekanntheitsgrad, Marktmacht etc., ab.⁶⁹⁴

Marketingziele sollten den Wunschzustand des MVZ abbilden und daher zwingend ausformuliert, schriftlich festgehalten und in festen Intervallen auf ihren Zielerreichungsgrad überprüft werden. Die Überprüfung wird sich mangels Messbarkeit aller Ziele auch an Indikatoren zu Behandlungsergebnissen und –prozessen bzw. strukturellen Kennzahlen orientieren müssen. Neben den Wunschvorstellungen müssen zwingend konstituierende Nebenbedingungen, wie sachliche und zeitliche Realisierbarkeit, permanente Liquidität und Patientenorientierung, erfüllt sein.⁶⁹⁵

⁶⁹³ Vgl. **Becker** (1992), S. 47ff.

⁶⁹⁴ Vgl. **ebenda**

⁶⁹⁵ In diesen Punkten unterscheidet sich ein MVZ nicht von anderen Wirtschaftsunternehmen.

III.9.3 Marketingstrategien

Ausgangspunkt für die Entwicklung einer Marketingstrategie ist das Unternehmensziel, welches in einer Vision manifestiert sein sollte, sowie die daraus abgeleiteten Marketingziele.⁶⁹⁶ Die Marketingstrategie bildet wiederum die Grundlage für die Instrumente des operativen Marketings⁶⁹⁷, die notwendig sind, um die avisierten Ziele zu verwirklichen. Marketingstrategien können nach der Art der Marktbearbeitung in

- Marktfeldstrategien,
- Marktstimulierungsstrategien und
- Marktparzellierungsstrategien

unterschieden werden.⁶⁹⁸

Marktfeldstrategien basieren auf der Einteilung von Märkten und Produkten in zwei Gruppen - jeweils in „Gegenwärtige“ und „Neue“. Märkte und Produkte können in einer Produkt-Markt-Matrix nach Ansoff kombiniert und in vier Marketingstrategien unterschieden werden.⁶⁹⁹ Für MVZ sind hierbei die Märkte durch Patienten und die Produkte durch Leistungen zu ersetzen.

⁶⁹⁶ Vgl. Kapitel III.9.2 i.V.m. **Becker** (1992), S. 9ff.

⁶⁹⁷ Das operative Marketing setzt die Vorgaben der strategischen und normativen Ebene durch konkrete Prozesse um. Vgl. **Braun** (1999), S. 8f.

⁶⁹⁸ Vgl. **Becker** (1992), S. 121ff.

⁶⁹⁹ Vgl. **Hörschgen** (1993), S. 122

Abbildung 33: Marktfeldstrategien nach Produkt-Markt- Matrix

	<u>Bisherige Patienten</u>	<u>Neue Patienten</u>
<u>Bisherige Leistungen</u>	<u>Versorgungsdurchdringung</u> <div style="text-align: center;">I</div>	<u>Nachfrageentwicklung</u> <div style="text-align: center;">II</div>
<u>Neue Leistungen</u>	<u>Leistungsentwicklung</u> <div style="text-align: center;">III</div>	<u>Diversifikation</u> <div style="text-align: center;">IV</div>

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an **Ansoff** (1966), S. 132 i.V.m. **Becker** (1992), S. 124; **Hörschgen** (1993), S. 122

Es ergeben sich somit die vier Grundstrategien der Versorgungsdurchdringung mit der verstärkten Ausschöpfung des bisherigen Patientenlientels unter Beibehaltung des Leistungsportfolios, der Nachfrageentwicklung mit der Akquisition neuer Patienten, der Leistungsentwicklung mit dem Angebot neuer (innovativer) Leistungen für das bestehende Patientenlientel und der Diversifikation mit dem Ziel, neue Leistungen einem neuen Patientenlientel anzubieten.⁷⁰⁰

Im Rahmen von Marktstimulierungsstrategien lassen sich Patienten im Wesentlichen durch zwei verschiedene Strategien in ihrer Arztwahl beeinflussen. Dies ist einerseits die Kostenstrategie, bei der Leistungen mit „durchschnittlicher“ oder „ausreichender“ Qualität zu günstigen Preisen angeboten werden.⁷⁰¹ Andererseits kann eine Präferenzstrategie mit dem Ziel verfolgt werden, hochwertige Leistungen anzubieten, für die Patienten bereit sind, mehr finanzielle Eigenmittel aufzuwenden.⁷⁰² Beide Strategien kann ein MVZ beispielsweise in konkreten Bereichen der iGeL sowie teilweise im traditionellen GKV- Markt verfolgen.⁷⁰³

⁷⁰⁰ Vgl. **Becker** (1992), S. 123ff.

⁷⁰¹ Vgl. **ebenda** S. 153ff.

⁷⁰² Vgl. **ebenda**

⁷⁰³ Die im Grundsatz durch EBM und GOÄ preislich regulierten Märkte der GKV und PKV befinden sich derzeit in einer Phase der gestärkten Patientenverantwortung, was sich unter anderem in diversen Zuzahlungen (Medikamente, Praxisgebühr, etc.) niederschlägt. Vor allem die Steuerungswirkung der Praxisgebühr bzw. das Erlassen derselben bei Teilnahme an diversen Ver-

Märkte können undifferenziert in ihrer Gesamtheit bearbeitet oder parzelliert mit unterschiedlichen Marketinginstrumenten angesprochen werden.⁷⁰⁴ Für MVZ bietet sich beispielsweise die Möglichkeit Selbstzahler, privat versicherte Patienten und gesetzlich versicherte Patienten differenziert mit maßgeschneiderten Leistungsangeboten und Kommunikationsstrategien anzusprechen, da die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Leistungen aufgrund der verschiedenen Erstattungsmodalitäten erheblich differiert.

Eine Kombination von Marktstimulierungsstrategien mit Marktparzellierungsstrategien ist möglich, so dass sich die kombinierten Strategien des einheitlichen Qualitätsmarketings (Präferenz- und Gesamtmarktstrategie), des individualisierten Qualitätsmarketings (Präferenz- und Segmentierungsstrategie), des einheitlichen Preismarketings (Kosten- und Gesamtmarktstrategie) und des individualisierten Preismarketings (Kosten- und Segmentierungsstrategie) ergeben.⁷⁰⁵

III.9.4 Marketinginstrumente

Die klassischen Marketinginstrumente sind im so genannten „Marketing-Mix“ zusammengefasst. Dies sind für MVZ:

- angebotene Leistungen,
- Konditionen der Leistungserbringung, inkl. Preisgestaltung,
- Ort(e) der Leistungserbringung und
- Kommunikation des Leistungsportfolios.⁷⁰⁶

Im Angelsächsischen wird dies auch als die vier „P“ des Marketings bezeichnet (Product, Price, Place, Promotion).⁷⁰⁷ Diese klassischen Instru-

trägen kann bereits als kooperative Kostenstrategie von Leistungserbringern und Kostenträgern gewertet werden.

⁷⁰⁴ Vgl. **Becker** (1992), S. 214ff.

⁷⁰⁵ Vgl. **ebenda** S. 308ff.

⁷⁰⁶ Vgl. **ebenda** S. 459ff.

mente können durch moderne Marketinginstrumente mit dem Ziel ergänzt werden, auf folgende Parameter steuernd einzuwirken:

- Mitarbeiter(motivation),
- Meinungsbildner,
- Praxisausstattung,
- Prozesse im MVZ und
- Qualitätsmanagement.

Die für MVZ besonders relevanten Marketinginstrumente des Leistungsangebotes und der Kommunikation sollen im Folgenden näher betrachtet werden.

Das Leistungsportfolio bildet den Kern der Marketinginstrumente. Mit den angebotenen Leistungen kann das MVZ sich von Konkurrenten abheben und sowohl Patienten neu gewinnen als auch an das Haus binden. Dies umfasst sowohl das medizinische Leistungsangebot als auch ergänzende Leistungen und Serviceangebote. Die Strategie der Kostenführerschaft⁷⁰⁸ ist überwiegend auf den Selbstzahlerbereich begrenzt und aus gesellschaftlichen Akzeptanzgründen nur nach sehr eingehender Prüfung empfehlenswert.⁷⁰⁹ Die angestrebte Positionierung des Leistungsportfolios am Markt orientiert sich wiederum an den segmentierten Zielgruppen. Eine ABC-Analyse erleichtert die Konzentration der Ressourcen auf die für den Erfolg des MVZ wichtigen A- und B-Patienten und Zuweiser.⁷¹⁰ Zielgruppe und Leistungsportfolio müssen aufeinander abgestimmt sein und während des laufenden Geschäftsbetriebes ständig auf Dissonanzen geprüft und ggf. korrigiert werden.

Eigene Ressourcen⁷¹¹ wirken limitierend auf das Leistungsportfolio und müssen ggf. durch externe Kooperationen komplettiert werden.⁷¹² Beson-

⁷⁰⁷ Vgl. **Amelung et al.** (2006), S. 163

⁷⁰⁸ Vgl. Kapitel III.9.3.2 i.V.m. **Becker** (1992), S. 190ff.

⁷⁰⁹ Es gibt jedoch bereits Beispiele für eine solche Strategie im Gesundheitssektor, z.B. die Franchise Kette Mc Zahn. Vgl. <http://www.mczahn.de>

⁷¹⁰ Vgl. ausführlich zum Instrument der ABC-Analyse **Braun** (1997b), S. 8f.

⁷¹¹ Dies sind vor allem personelle, fachliche und finanzielle Ressourcen.

ders ein MVZ als neue Kooperationsform im Gesundheitswesen bietet diverse Möglichkeiten, durch innovative Ideen eine Differenzierungsstrategie in Bezug auf das Leistungsangebot erfolgreich umzusetzen. Dies gilt sowohl für medizinische als auch für Service- und Zusatzleistungen, wie sie nachfolgen exemplarisch aufgeführt sind:

- neue medizinische Leistungen,
- kooperative Angebote mit einem Krankenhaus,
- leitliniengestützte Behandlung von Patienten,
- regelmäßige Fortbildungen für Mitarbeiter und Patienten (Patient Education, Patient Empowerment),
- Qualitätszirkel und -management⁷¹³,
- Konsile,
- Zweitmeinungen,
- Erweiterung der Öffnungszeiten⁷¹⁴,
- Bereitschafts- und Hintergrunddienste,
- ärztliche und nichtärztliche Hausbesuche,
- Bestell- und Recallsysteme⁷¹⁵,
- Patienteninformation und -schulungen,
- Präventions- und Impfaktionen,
- Sicherung der kontinuierlichen Behandlung durch Begleitbriefe, Patientenbücher, elektronische Patientenakte oder
- moderne technische Ausstattung durch besserer Auslastung.⁷¹⁶

⁷¹² Erfolgreiche externe Kooperationen, beispielsweise mit Krankenhäusern, Physiotherapeuten, Hörgeräteakustikern, Apothekern oder sonstigen Leistungserbringern, dienen einerseits der Komplettierung des Angebotes und sind andererseits ein starker Werbefaktor.

⁷¹³ Vgl. Kapitel III.11 i.V.m. **Schmutte** (1999), S. 648; **Schmutte** (1998), S. 85ff.

⁷¹⁴ Dies wird beispielsweise im MZ POLIKUM GmbH in Berlin mit täglichen Öffnungszeiten von 07:00-21:00 Uhr realisiert. Vgl. **Amelung** (2007), S. 228

⁷¹⁵ Im MVZ MedCenter Bayreuth werden beispielsweise Funkrufsysteme, so genannte Pager, genutzt, um Patienten zu Terminen ohne lange Wartezeit einzubestellen. Vgl. **o.V.** (2008), S. 15

⁷¹⁶ Vgl. **Armbruster et al.** (2006), S. 53

Eine Fokussierung auf ein überschaubares Leistungsportfolio⁷¹⁷ ist notwendig und muss im Rahmen der Kommunikationsstrategie den potenziellen MVZ- Patienten vermittelt werden.

Elemente der Kommunikationsstrategie sind Werbung, Umsatzförderung und Öffentlichkeitsarbeit. MVZ unterliegen grundsätzlich denselben Restriktionen zur Werbung wie einzeln niedergelassene Ärzte.⁷¹⁸ Das ehemals strikte Werbeverbot für Ärzte ist zwar bereits deutlich liberalisiert, die Bestimmungen des Berufsrechts (MBO, BO), des HWG, des UWG und des Teledienstgesetzes (TDG)⁷¹⁹ schränken die ärztliche Werbung jedoch weiterhin ein. Sachgerechte, wahrheitsgemäße und verständliche Informationen sind danach grundsätzlich zugelassen, während anpreisende, vergleichende oder irreführende Werbung untersagt ist.⁷²⁰ Bestehen bei konkreten Werbemaßnahmen Zweifel hinsichtlich der Zulässigkeit, sollte die zuständige Landesärztekammer vorab hierzu befragt werden. Folgende Tabelle enthält einen Auszug erlaubter und verbotener Werbemaßnahmen für MVZ.

⁷¹⁷ Besonders in der Gründungsphase sollte das Portfolio nach dem Grundsatz „weniger ist mehr“ eng umrissen werden.

⁷¹⁸ Vgl. **MBO** §27 (3) ff.

⁷¹⁹ Das Teledienstgesetz ist für MVZ relevant soweit sie eine eigene Homepage betreiben (lassen).
Vgl. **TDG**

⁷²⁰ Vgl. **Armbruster et al.** (2006), S. 55f. i.V.m. **MBO** §27

Tabelle 8: Zulässige versus berufswidrige Werbung

<u>Zugelassene Maßnahmen</u>	<u>Berufswidrige Werbung</u>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tag der offenen Tür, ➤ Hinweise auf Zertifizierung der Praxis, ➤ Sachliche Information in den Medien über nachprüf- bare Erfolgszahlen wie O- perations- und Behand- lungserfolge, ➤ Geburtstagsglückwünsche an Patienten ohne Hinweis auf das eigene Leistungs- spektrum, ➤ Verbreitung von Gegen- ständen, die auf die ärztliche Tätigkeit hinweisen (Kugel- schreiber, Kalender inner- halb der Praxisräume ➤ Hinweise über Bürgerinfor- mationsstellen, ➤ Flyer und Informationsbro- schüren in den Praxen, ➤ Bezeichnung, Abbildung und sachliche Information eines vom Arzt angewand- ten Medizinproduktes in Praxisbroschüren, Patien- teninformationen oder In- ternet, 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Flugblätter, Postwurfsen- dungen, Mailingaktionen, ➤ Plakatierung, ➤ eigene Zeitungsbeilagen, ➤ Auslegen von Hinweisen auf die eigene Tätigkeit bei an- deren Leistungserbringern im Gesundheitswesen (z.B. in Apotheken, Fitnessseinrich- tungen, Massagepraxen) ➤ Verbreitung von Gegenstän- den, die auf die ärztliche Tä- tigkeit hinweisen (Kugel- schreiber, Kalender außer- halb der Praxisräume, ➤ Sonderangebote, ➤ Bewerbung eines konkreten medizinischen Verfahrens, ➤ Werbung mit Gutachten, Zeugnissen oder fachlichen Veröffentlichungen, ➤ Werbung mit der Widergabe von Krankengeschichten o- der Hinweisen darauf,

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ankündigungen, organisatorische Hinweise wie Zulassung der Krankenkassen, Bereitschafts- oder Notfallpraxis, „Hausärztliche Versorgung“, ➤ Serviceangebote oder Kunstaussstellungen in den eigenen Räumen. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bildliche Darstellung von Angehörigen der Heilberufe und medizinischen Fachberufen in Berufskleidung oder bei der Ausübung der Tätigkeit („Weißkittelverbot“) |
|---|---|

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an **BÄK** (2003)

Neben der Klärung der Zulässigkeit der Werbung muss das Ziel der Werbebotschaft definiert werden⁷²¹, um (wiederum zielgruppenbezogen) den einzigartigen Patienten- bzw. Zuweisernutzen – die Unique selling Proposition (USP) zu kommunizieren. Werbemaßnahmen müssen auf das Leitbild und die Unternehmens- und Marketingstrategie abgestimmt sein und in das Corporate Design integriert werden.⁷²² Für Werbemaßnahmen ist zu diesem Zweck ein festes Budget einzuplanen. Die Liberalisierung der zulässigen Maßnahmen hat bereits dazu geführt, dass 15,7 Prozent der niedergelassenen Ärzte im Jahr 2006 ein solches Budget in ihrer Praxis vorsahen.⁷²³

Als Werbemedien sind für MVZ vor allem Printmedien und ein Internetauftritt von Interesse. Rundfunk- und Fernsehwerbung kommen aufgrund der relativ hohen Kosten und der gesellschaftlichen Akzeptanz dieser Medien für den Gesundheitssektor bisher kaum zur Anwendung. Vor allem das Medium Internet bietet vielfältige Möglichkeiten, die aufgrund der Passivität der Informationsübertragung⁷²⁴ vergleichsweise wenig (berufs-) rechtlichen Restriktionen unterliegen. Neben fachlichen Informationen zu

⁷²¹ Vgl. **Armbruster et al.** (2006), S. 54ff.

⁷²² Vgl. **ebenda** S. 56

⁷²³ Im Jahr 2005 waren es lediglich 8 Prozent der niedergelassenen Ärzte. Vgl. **AuW** (03/2007), S.

84

⁷²⁴ Der Nutzer muss von sich aus „aktiv“ die Webseite aufrufen.

Versorgungsschwerpunkten, angebotenen Leistungen und Ähnlichem sollten Serviceangebote, wie Anfahrtsskizzen, Lagepläne, Terminplanung, und Kontaktmöglichkeiten den Internetauftritt abrunden. Zur Errichtung und Pflege der Homepage ist professionelle Unterstützung meist notwendig, da ein unprofessionelles Image durch einen dilettantischen Internetauftritt für das MVZ kaum wettzumachen ist.

Neben gezielten Werbemaßnahmen spielt die Öffentlichkeits- und Pressearbeit eine entscheidende Rolle zur Positionierung des MVZ im sozio-ökonomischen und gesellschaftlichen Umfeld.⁷²⁵ Hierbei ist der Adressatenkreis weiter gefasst als bei Werbemaßnahmen. Alle aktuellen und potenziellen Anspruchsgruppen und Personen werden angesprochen. Mittel hierzu können beispielsweise Pressemitteilungen, Tage der offenen Tür oder auch Fachpublikationen sein. Sponsoring und Event-Marketing können Kommunikationsmittel sein, die u.U. selektiv eingesetzt werden können.⁷²⁶ Der Erfolg einzelner Maßnahmen lässt sich nicht immer eindeutig messen oder definieren. Die gesamte Kommunikationsstrategie muss jedoch auf ihren Erfolg, das heißt ihren Beitrag zum Betriebsergebnis (direkt oder indirekt) abzüglich der Kosten für Planung, Umsetzung und Controlling überprüft und ggf. angepasst werden. Patientenbefragungen und ein effizientes Beschwerdemanagement sind hierzu hilfreich.⁷²⁷

⁷²⁵ Vgl. **Armbruster et al.** (2006), S. 57

⁷²⁶ Vgl. **ebenda** S. 54ff.

⁷²⁷ Vgl. **ebenda**

III.10 Investitions- und Finanzplan

Die sorgfältige Planung der Finanzen nach dem Prinzip der kaufmännischen Vorsicht ist wesentliche Grundlage für die wirtschaftliche Überlebensfähigkeit des MVZ. Die Investitions- und Finanzplanung ist hierzu im konzeptionellen Dreiklang des Businessplans auf die jeweiligen Märkte und Produkte bzw. Dienstleistungen abzustimmen.⁷²⁸ Die wichtigsten Bestandteile dieser Planung werden im Folgenden dargestellt. Beim Aufbau neuer Versorgungsstrukturen kommt der Frage nach der Budgetierung und Vergütung eine wichtige, wenn nicht sogar die wichtigste Bedeutung zu.⁷²⁹

III.10.1 Grundlagen

Ausgehend von einer Analyse des Ist-Zustandes⁷³⁰ müssen die finanziellen Schritte bis zu einem definierten Ziel geplant und koordiniert werden.⁷³¹ Hierzu ist es von Bedeutung, welche Rechtsform für das MVZ angestrebt wird und welche bestehenden Praxen ggf. mit materiellen und immateriellen Vermögenswerten in das MVZ einfließen sollen.⁷³²

Eine gutachterliche Bewertung dieser Vermögenswerte nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen schafft dabei einheitliche Voraussetzungen und kann als Grundlage für die Berechnung der zukünftigen Beteiligung der einzelnen Ärzte am MVZ herangezogen werden.⁷³³ Die Einbeziehung von Rechts- und Steuerberatern empfiehlt sich aufgrund der Komplexität und

⁷²⁸ Vgl. **Amelung et al.** (2006), S. 155ff.

⁷²⁹ Vgl. **Braun / Güssow** (2006), S. 76; **DKG** (2004), S. 9f.; **Nissen** (2002), S. 31

⁷³⁰ Vorhandene Ressourcen, Strukturen und Know-how der zukünftigen Partner müssen dazu offen gelegt werden und bezüglich der weiteren Behandlung diskutiert werden.

⁷³¹ Vgl. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 127

⁷³² Vgl. Kapitel II.3.7 i.V.m. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 27ff.

⁷³³ In der Praxis hat sich für Einrichtungen des Gesundheitswesens immer wieder herausgestellt, dass Umfang und Zustand technischer Geräte sowie deren wirtschaftliche und technische Restlaufzeiten nicht bekannt sind bzw. kritisch zu überprüfen sind. Vgl. **Strehlau-Schwoll** (1999), S. 861

der weitreichenden Konsequenzen dieser Entscheidungen bereits in dieser frühen Planungsphase.⁷³⁴ Zur Definition des Ist-Zustandes und eventueller Auswirkungen auf Investitionen und Finanzen sind bestehende Verträge, die bei der Einbringung von Praxen auf das MVZ übergehen, zu analysieren. Hierzu zählen sowohl externe Verträge, wie Miet- oder Leasingverträge, als auch interne Arbeitsverträge.⁷³⁵

Sind diese Grundlagen definiert, kann mit dem ersten Planungsschritt - dem Investitionsplan - begonnen werden.

III.10.2 Investitionsplan

Auf der Grundlage der Vorgaben der potenziellen Gesellschafter und der Bedarfsplanung erfasst der Investitionsplan strukturiert und zeitlich terminiert die Ausgaben für materielle und immaterielle Investitionen des MVZ.⁷³⁶ Ein schlüssiger Investitionsplan wird einerseits den potenziellen MVZ-Gründern Hilfestellung bezüglich der zu treffenden Investitionsentscheidungen geben und andererseits den Fremdkapitalgebern ihre Finanzierungsentscheidung erleichtern.⁷³⁷ Größere Investitionen sollten dabei möglichst zeit-⁷³⁸ und wertgenau⁷³⁹ eingeplant werden. Für laufende Kleininvestitionen können hingegen periodische Pauschalbeträge angesetzt werden.⁷⁴⁰ Wichtigste Grundlage für die bedarfsplanerisch ermittelten Großinvestitionen ist das angestrebte Leistungsspektrum des MVZ.⁷⁴¹ Hierbei müssen für die Investitionsentscheidung weitere Analysen in Form

⁷³⁴ Vgl. **Amelung et al.** (2006), S. 168

⁷³⁵ Vgl. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 129

⁷³⁶ Vgl. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 233

⁷³⁷ Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 75f. i.V.m. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 130

⁷³⁸ Dazu müssen Zeitfaktoren, wie Lieferzeiten, Ein- und Umbauzeiten, Schulungs- und Einarbeitungszeiten etc., berücksichtigt werden.

⁷³⁹ Dabei sollten alle Kosten möglichst auf Grundlage verbindlicher Angebote oder Kostenvorschläge erfasst werden.

⁷⁴⁰ Vgl. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 233

⁷⁴¹ Vgl. Kapitel III.9.4.1 i.V.m. **Armbruster et al.** (2006), S. 53

von Kosten- / Nutzenanalysen sowie Rentabilitäts- und Amortisationsrechnungen erfolgen.

Bei der Gliederung des Investitionsplanes sollten Gründungsinvestitionen getrennt erfasst werden, da diese sich durch ihre Singularität maßgeblich von anderen Investitionen unterscheiden. Die übliche weitere Untergliederung nach Anlage- und Umlaufvermögen erscheint für MVZ als Dienstleistungsbetrieb nicht sinnvoll. Hier kann die Unterscheidung beispielsweise nach der Zuordnung zu materiellen oder immateriellen Werten erfolgen. Gründungskosten fallen vor der Aufnahme des Geschäftsbetriebes an und enthalten z.B. Maklergebühren, Beraterhonorare, Kosten für die Personalsuche, Planungskosten, Umzugskosten u.v.m.

Materielle Werte, wie Immobilien, Einbauten, medizinisch - technische Einrichtungen, Hardware oder Mobiliar sollten nicht zwingend mit steuerlichen Abschreibungsfristen⁷⁴², sondern mit der tatsächlich zu erwartenden Nutzungsdauer kalkuliert werden.⁷⁴³ Geringwertige Wirtschaftsgüter (gwG) und Verbrauchsgüter können bei MVZ pauschal berücksichtigt werden.

Einen erheblichen Investitionsbedarf kann für MVZ der Erwerb vertragsärztlicher Praxen zum Zweck der Zulassungsübertragung darstellen. Ein großer Teil dieser Investitionen erfolgt dann für den immateriellen Wert der Vertragsarztzulassung. Weitere immaterielle Werte können Lizenzen, Konzessionen oder Genehmigungen sein.

Die systematische Erfassung der für das MVZ geplanten Investitionen und der dazugehörigen Kosten kann wie in der folgenden Tabelle auszugsweise dargestellt erfolgen.

⁷⁴² Vgl hierzu Kapitel III.10.4.5 i.V.m. Kapitel III.10.4.6

⁷⁴³ Vgl. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 131

Tabelle 9: Investitionsplanung

	<u>Investition</u>	<u>Her- steller</u>	<u>Bezug</u>	<u>Liefer- zeit</u>	<u>Preis</u>	<u>Finan- zierung</u>
<u>Gründungskosten</u>	Beratungs- honorar	Kanzlei X	Kanz- lei X	bereits erbracht	5.000 €	EK
	Ankündigungs- marketing	.....	.....	.....	.....	.....
	Praxisschilder	.....	.....	.....	.....	.....
	Umzug Arzt A	.....	.....	.....	.....	.....
	Umzug Arzt B	.....	.....	.....	.....	.....
<u>Materielle Werte</u>	Umbau Röntgen	Firma Y	Firma Z	6 Wochen	9.800 €	FK
	Sono-gerät	.....	.....	.....	.....	.....
	Fahrstuhleinbau	.....	.....	.....	.....	.....
	Praxismöbel	.....	.....	.....	.....	.....
	EDV Hardware	.....	.....	.....	.....	.....
<u>Immaterielle Werte</u>	Vertragsarzt- sitz Gyn.	Praxis Dr. C	Praxis Dr. C	8 Wochen	90.000 €	FK
	VA Sitz D	.....	.....	.....	.....	.....
	VA Sitz E	.....	.....	.....	.....	.....
	Praxissoftware	.....	.....	.....	.....	.....
	Schutz Logo	.....	.....	.....	.....	.....

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an **Allmendinger / Langer / Meh-
nert (2006), S. 131**

III.10.3 Kapitalbedarfs- und Finanzierungsplan

Die erforderlichen finanziellen Mittel zur Realisierung der geplanten Investition eines MVZ werden in aller Regel aus verschiedenen Quellen generiert werden. Bei der Planung dieser Mittelbeschaffung sollte eine möglichst flexible Kombination diverser Finanzierungsarten⁷⁴⁴ gewählt werden, um das Risiko zu streuen und um auf Änderungen am Kapitalmarkt adäquat reagieren zu können. Eine Kombination folgender Finanzierungsarten ist dabei möglich:

- Eigenkapitalfinanzierung (EK),
- Sacheinlagen,

⁷⁴⁴ Vgl. Kapitel II.3.6 i.V.m. **Seicht** (1995), S. 171f.

- Beteiligungen,
- Tilgungsdarlehen,
- Annuitätendarlehen,
- endfällige Darlehen,
- öffentliche Mittel / begünstigte Darlehen.⁷⁴⁵

Die Zusammenstellung des Kapitalbedarfs und der verschiedenen Finanzierungsoptionen mit den entsprechenden Laufzeiten und Summen erfolgt im Finanzierungsplan.⁷⁴⁶ Da sich der Finanzierungsbedarf direkt am geplanten Investitionsvolumen orientiert, sind Investitions- und Finanzierungsplan aufeinander abzustimmen oder in einem Investitions- und Finanzierungsplan zusammenzufassen.⁷⁴⁷ Die Ergebnisse beider Pläne (oder des kumulierten Planes) bilden als Bestandteil des Businessplanes die Grundlage für die spätere Liquiditätsplanung.⁷⁴⁸ Im Finanzierungsplan muss daher neben der konkreten Auflistung aller zu finanzierenden Investitionen mit den dazugehörigen Volumina der zeitlich definierte Kapitalbedarf abgebildet sein. Die geplanten Finanzierungen müssen nach Art und Dauer den periodischen Belastungen zugeordnet werden können. Zusammenfassend sollten Eigenmittel (EK und Sacheinlagen) und Fremdmittel der geplanten Verwendung gegenüber gestellt werden.⁷⁴⁹ Eine zusätzliche Auflistung der verfügbaren Sicherheiten als Bonitätsnachweis erleichtert die Fremdkapitalbeschaffung. Der so erstellte Gesamtfinanzierungsplan muss zunächst mindestens über den geplanten Finanzierungszeitraum der Anfangsinvestitionen erstellt werden und nach der Aufnahme des Geschäftsbetriebs rollierend fortgeschrieben werden.

⁷⁴⁵ Vgl. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 131f.

⁷⁴⁶ Der Finanzierungsplan orientiert sich dabei am Kapitalbedarf und folgt daher diesem zeitlich. Vgl. **Istringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 234

⁷⁴⁷ Vgl. Kapitel III.10.2

⁷⁴⁸ Vgl. Kapitel III.10.6 i.V.m. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 147f.

⁷⁴⁹ Vgl. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 132

III.10.4 Kostenplan

Der Planung der zukünftigen Kostenstruktur gehen die Definition des Leistungsspektrums⁷⁵⁰, der Rechtsform⁷⁵¹ und des Marketingkonzeptes⁷⁵² voraus. Diese Eckpunkte stellen wesentliche Determinanten für die spätere Kostenstruktur dar.⁷⁵³ Eine transparente Kostenstruktur ist u.a. Grundlage für die spätere Verteilung der Vergütungsanteile unter den rechtlich selbständigen Partnern eines MVZ.⁷⁵⁴ Die Kosten eines MVZ lassen sich in sieben Hauptkostengruppen unterteilen:

- Personalkosten,
- Immobilienkosten,
- Sachkosten,
- Kapitalbeschaffungskosten,
- Steuern,
- kalkulatorische Kosten und
- sonstige Kosten.⁷⁵⁵

Diese Kostengruppen werden im Folgenden näher betrachtet.

III.10.4.1 Personalkosten

Im Dienstleistungsgewerbe, zu dem auch die medizinische Leistungserbringung zählt, stellen die Personalkosten einen proportional hohen Kostenfaktor dar.⁷⁵⁶ Kooperationen, wie sie in MVZ realisiert werden, eröffnen Möglichkeiten zur Reduzierung der Personalkosten, obwohl in MVZ im Vergleich zur Einzelpraxis zusätzliche Kosten für die kaufmännische

⁷⁵⁰ Vgl. Kapitel III.9.4.1 i.V.m. **Armbruster et al.** (2006), S. 53

⁷⁵¹ Vgl. Kapitel II.3.7 i.V.m. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 27ff.

⁷⁵² Vgl. Kapitel III.9 i.V.m. **Armbruster et al.** (2006), S. 42ff.

⁷⁵³ Vgl. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 132

⁷⁵⁴ Dasselbe gilt für Vergütungen aus einzelvertraglicher Leistungserbringung in Kooperation mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen. Vgl. **Braun / Isringhaus** (1999)

⁷⁵⁵ Vgl. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 132ff.

⁷⁵⁶ Personalkosten stellen mit über 60 Prozent der Gesamtkosten den größten Kostenblock in der medizinischen Versorgung Deutschlands dar. Vgl. **KBV** (2008c), S. 72

und ärztliche Leitung entstehen.⁷⁵⁷ Personalkosten können in Basiskosten, Lohnnebenkosten und Personalzusatzkosten unterschieden werden. Beispiele für diese drei Personalkostenarten sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 10: Personalkosten

<u>Basiskosten</u>	<u>Lohnnebenkosten</u>	<u>Personalzusatzkosten</u>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Löhne ➤ Gehälter ➤ Ausbildungsvergütung ➤ Zuschläge ➤ Überstundenvergütung 	<p><u>Arbeitgeberanteile zu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Krankenversicherung ➤ Rentenversicherung ➤ Versorgungswerk ➤ Arbeitslosenversicherung ➤ Pflegeversicherung ➤ Gesetzliche Unfallversicherung <p><u>Leistungen bei Abwesenheit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Urlaub ➤ Feiertage ➤ Krankheit ➤ Mutterschutz ➤ Elternzeit ➤ Weiterbildung <p><u>Vertragliche Sonderleistungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Urlaubsgeld ➤ Weihnachtsgeld ➤ Sonderzuwendungen 	<p><u>Kostenbeteiligung bei:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Arbeitskleidung ➤ Kinderbetreuung ➤ Arbeitsweg ➤ Weiterbildung ➤ Verpflegung

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an **Allmendinger / Langer / Mehner** (2006), S. 133

⁷⁵⁷ Vgl Kapitel III.4.1.1

Planungs- und Gründungskosten in Form von Personalkosten sind ebenfalls für die Gründungsphase zu berücksichtigen.⁷⁵⁸ Diese können einen tatsächlichen Liquiditätsabfluss verursachen⁷⁵⁹ oder kalkulatorischer Natur sein⁷⁶⁰.

In der Gründungsphase kann die Höhe der Personalkosten erheblich durch die Personalkostenstruktur einzubringender Praxen bestimmt sein. Es besteht somit die Gefahr, dass die Personalkostenvorteile durch die Kooperation in der Gründungsphase reduziert oder eliminiert werden.⁷⁶¹

III.10.4.2 Immobilienkosten

Die Immobilienkosten eines MVZ sind abhängig von der Größe und dem geplanten Leistungsspektrum.⁷⁶² Je nach Verfügbarkeit kommen ein kompletter Neubau oder ein Um- und Ausbau bestehender Räumlichkeiten in Betracht. In beiden Fällen sind besondere gesetzliche Vorgaben für den Praxisbetrieb⁷⁶³ zu beachten. Weitere Besonderheiten können sich bei der Erbringung spezieller Leistungen aus den Vorgaben des Bundesmantelvertrages bezüglich der bautechnischen Anforderungen ergeben.

Stehen Arztanzahl und Fachrichtungen der geplanten ärztlichen Leistungserbringung des MVZ sowie das geplante Leistungsspektrum fest, kann der konkrete Bedarf mittels einer Raumbelastungsanalyse ermittelt werden. In dieser Analyse sind Stellflächen für medizinische und nichtmedizinische Geräte, Möbel, Lager, Archiv sowie Bedienungs- und Verkehrs-

⁷⁵⁸ Gründungskosten im Personalbereich können beispielsweise Rechtsanwalts- und Beratungshonorare oder Gerichtskosten sein.

⁷⁵⁹ Dies ist z.B. bei der Inanspruchnahme externer Berater der Fall.

⁷⁶⁰ Dies ist der Fall bei der unentgeltlichen Wahrnehmung dieser Aufgaben durch einen der Gesellschafter.

⁷⁶¹ Insbesondere die berufsrechtlichen Regelungen zur Personalfreisetzung nach der Einbringung einer Praxis in eine Gesellschaft können eine Trennung von nicht mehr benötigtem Personal erschweren bzw. erheblich verzögern. Vgl. Kapitel II.2.2.1 i.V.m. **BGB** §613a

⁷⁶² Vgl. zum Leistungsportfolio Kapitel III.9.4.1 i.V.m. **Armbruster et al.** (2006), S. 53

⁷⁶³ Dies umfasst z.B. Vorschriften zum behindertengerechten Zugang, zur Arbeitsstättenverordnung, zur Tageslichtanbindung, zum Datenschutz und zur Mindest- und Maximaltemperatur der Räume. Dies ist nur eine exemplarische Auswahl zu beachtender Regelungen, die Beratung durch einen auf medizinische Einrichtungen spezialisierten Architekten ist daher dringend zu empfehlen.

flächen zu berücksichtigen.⁷⁶⁴ Im nächsten Schritt können aus diesem Raumbedarf die Kosten errechnet werden. Neben den Mietkosten oder den Aufwendungen zum Erwerb einer Immobilie sind dabei auch Nebenkosten für Heizung, Warm-, Kalt- und Abwasser, Energie, Reinigung, Pflege, Instandhaltung und Renovierung zu berücksichtigen. Ggf. fallen darüber hinaus Zusatzkosten, beispielsweise für Parkplatzmiete o.Ä., an.

III.10.4.3 Sachkosten

Sachkosten eines MVZ unterscheiden sich strukturell nicht von denen einer Einzelpraxis, lediglich ihre Höhe differiert.⁷⁶⁵

Folgende Kosten beinhaltet der Begriff Sachkosten:

- Kosten für Labor und Material,
- Versicherungen und Beiträge,
- Kosten für Geräte und Einrichtungen,
- Porto, Telefonkosten, Bürokosten,
- Fort- und Weiterbildungskosten,
- Externe Honorare⁷⁶⁶ und
- Kosten für Fachliteratur.

Einspareffekte sind in MVZ unter anderem bei Versicherungsprämien zu erwarten, da kostengünstige Gruppentarife zur Anwendung kommen. Der Betrieb eines eigenen Labors wird erst ab einer bestimmten Größe für das MVZ zu erwägen sein.

Kommt es in der Gründungsphase zur Einbringung von vorhandenen Geräten in das MVZ, ist die kostenmäßige Erfassung, insbesondere die Zuordnung zum Sonderbetriebs- oder zum Gesamthandsvermögen zu definieren.⁷⁶⁷ Bei der Anschaffung von neuen Geräten gibt eine Rentabilitätsrechnung im Vorfeld Aufschluss über den Beitrag zum Betriebsergebnis im

⁷⁶⁴ Vgl. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 135

⁷⁶⁵ Vgl. **ebenda** S. 135

⁷⁶⁶ Dies sind z.B. Steuerberater, Rechtsanwalt, Lohnbuchhaltung etc. Die Zuordnung externer Honorare erfolgt nicht zu den Personalkosten, sondern zu Sachkosten.

⁷⁶⁷ Vgl. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 131

Verhältnis zu den Ausgaben.⁷⁶⁸ Die Analyse der geforderten Qualifikationen zur Erbringung der gerätespezifischen Leistungen ist dabei obligatorisch.

III.10.4.4 Kapitalbeschaffungskosten

Kapitalbeschaffungskosten sind Aufwendungen zur Bereitstellung von Kapital. Nach der Art der Bestandsveränderung können die Finanzierung durch Eigenkapital, durch Fremdkapital oder durch Umschichtung unterschieden werden.⁷⁶⁹ Die Umschichtungsfinanzierung stellt keine „echte“ Finanzierungsform dar, sie ist lediglich eine Liquidierung von bisher nicht liquidem Betriebsvermögen und daher nur als kurzfristiges Finanzierungsinstrument geeignet.⁷⁷⁰ Mangels vorhandener umschichtbarer Vermögenswerte ist sie vor allem in der Gründungsphase keine Alternative zu Finanzierung durch Eigen- oder Fremdkapital.

Bei der Eigenkapitalfinanzierung fallen keine Zinsen an – sie ist somit eine kostengünstige Finanzierungsform, die allerdings die Liquidität des MVZ in voller Höhe belastet.⁷⁷¹ Ihr Anteil an der Gesamtfinanzierung ist durch eine Liquiditätsanalyse zu überprüfen.⁷⁷²

Direkte Kosten in Form von Zinsen und Gebühren verursacht dagegen jede Bereitstellung von Fremdkapital. Maßgeblichen Einfluss auf die Zinshöhe hat die Bonitätseinschätzung des MVZ, welche durch ein Rating des Fremdkapitalgebers erfolgt. Das Rating hängt unter anderem von der gewählten Rechtsform⁷⁷³ und der Liquidität⁷⁷⁴ des MVZ ab. Weitere Einflussfaktoren sind die Laufzeit und die Besicherung der Finanzierung. Für Investitionen, die mindestens teilweise fremdfinanziert werden sollen, kommen verschiedene Darlehensformen in Betracht, deren Kosten nach der

⁷⁶⁸ Die Ausgaben können hier aufgrund der Zukunftsperspektive der Planung nur prognostiziert werden.

⁷⁶⁹ Vgl. **Seicht** (1995), S. 160

⁷⁷⁰ Vgl. Kapitel II.3.6

⁷⁷¹ Vgl. Kapitel III.10.6

⁷⁷² Vgl. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 137

⁷⁷³ Vgl. Kapitel II.3.7 i.V.m. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 27ff.

⁷⁷⁴ Vgl. Kapitel III.10.6

Höhe und der temporären Verteilung differieren. Bei der Wahl der Laufzeit empfiehlt sich gemäß der „Goldenen Finanzierungsregel“ ein analoger Zeitrahmen zur jeweiligen Nutzungsdauer.⁷⁷⁵

III.10.4.5 Steuern

Die steuerliche Belastung des MVZ hängt wesentlich von der gewählten Rechtsform ab.⁷⁷⁶ Steuern fallen im MVZ als laufende oder als einmalige Steuern an.⁷⁷⁷ Laufende Steuern sind z.B. Einkommens- und Körperschaftssteuern, Gewerbesteuern und Umsatzsteuern (inkl. Vorsteuerabzug). Einmalige Steuern können bei Veränderungen der Beteiligungsverhältnisse⁷⁷⁸ oder der Rechtsform⁷⁷⁹ anfallen.⁷⁸⁰

Das am 01. Januar 2004 in Kraft getretene GMG ermöglicht MVZ, „*sich aller zulässigen Organisationsformen*“⁷⁸¹ zu bedienen. Hierdurch wird MVZ die Möglichkeit gegeben, sowohl als Personengesellschaft als auch als Kapitalgesellschaft an der ambulanten Versorgung teilzunehmen. Da die Besteuerungsvorschriften im Wesentlichen zwischen diesen beiden Gesellschaftsgruppen differenzieren, werden diese im Folgenden jeweils kumuliert betrachtet.⁷⁸²

Von der Wahl der Rechtsform hängt neben der Höhe auch die Art der Steuerbelastung ab. Rechtsform und steuerliche Behandlung stehen also in direktem Zusammenhang.⁷⁸³ Die frühzeitige Einbeziehung steuerlicher Aspekte in die Entscheidung über die Rechtsform ist daher unverzichtbar.

⁷⁷⁵ Vgl. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 137

⁷⁷⁶ Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 81

⁷⁷⁷ Vgl. **Istringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 93ff.; **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 139

⁷⁷⁸ Die Beteiligungsverhältnisse ändern sich beispielsweise beim Ein- und Austritt sowie beim Tod von Gesellschaftern.

⁷⁷⁹ Dies kann z.B. die Umfirmierung von einer Personengesellschaft zu einer Kapitalgesellschaft oder umgekehrt sein.

⁷⁸⁰ Einmalige Steuerbelastungen werden hier nicht näher behandelt, da die Konstellationen der Veränderung von Beteiligungsverhältnissen und/oder Gesellschaftsstrukturen hierbei so vielfältig sind, dass eine jeweilige steuerliche Einzelbetrachtung notwendig ist.

⁷⁸¹ **SGB V** §95 (1) S. 3 HS. 1

⁷⁸² Zur ausführlichen Differenzierung innerhalb dieser beiden Gruppen vgl. Kapitel II.3.7 i.V.m. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 27ff.

⁷⁸³ Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 81

Neben den laufenden Steuern müssen gerade in der Gründungsphase bereits die steuerlichen Regelungen für die Beendigung der Tätigkeit oder die (teilweise) Übertragung des MVZ beachtet werden.⁷⁸⁴ Im Folgenden wird von einer Beschäftigung angestellter Ärzte im MVZ ausgegangen, da sich die Besteuerung niedergelassener Vertragsärzte im MVZ nicht von der Besteuerung der niedergelassenen Kollegen außerhalb des MVZ unterscheidet.

Für die Besteuerung von MVZ kommen grundsätzlich dieselben Regelungen zum Tragen, wie für andere, am wirtschaftlichen Leben beteiligte Unternehmen. Die unternehmerische Tätigkeit muss dem Finanzamt mittelbar oder unmittelbar angezeigt werden. Für die Art der Anmeldung ist zwischen gewerblicher und freiberuflicher Tätigkeit zu differenzieren. Die Gründung eines MVZ als Gewerbebetrieb muss der zuständigen Gemeinde⁷⁸⁵ unter Nutzung des amtlichen Vordrucks angezeigt werden. Zuständig ist die Gemeinde, in der das MVZ gegründet wird. Die Gemeinde leitet diese Anmeldung an das zuständige Finanzamt weiter, so dass die Pflicht zur Anmeldung beim Finanzamt mittelbar erfüllt ist.⁷⁸⁶ Eine freiberufliche Tätigkeit muss dem zuständigen Finanzamt unmittelbar innerhalb eines Monats angezeigt werden. Zuständig ist das Finanzamt in dessen Bezirk das MVZ seinen Sitz hat.

Die Abgrenzung zwischen freiberuflicher und gewerblicher Tätigkeit ist gerade bei MVZ schwierig und nicht immer eindeutig möglich.⁷⁸⁷ Das zuständige Finanzamt wird nach Erhalt der Anmeldung den Betriebseröffnungsbogen übersenden und darin die Komplettierung der Angaben fordern.

Mit der Zuteilung der Steuernummer, der Versendung der Formulare für die Umsatzsteuervoranmeldungen, die Lohnsteuermeldungen und ggf. der

⁷⁸⁴ Vgl. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 123ff.; **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 78

⁷⁸⁵ In Großstädten ersetzt das zuständige Bezirksamt die Gemeinde.

⁷⁸⁶ Vgl. **AO** §§143, 138

⁷⁸⁷ Eine gewerbliche Tätigkeit kann sich bei MVZ aus der Infektion nicht gewerblicher Tätigkeiten durch eine unzureichende Trennung von gewerblichen Tätigkeiten oder aus der Rechtsform ergeben. Vgl. unten i.V.m. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 79

Festsetzung von Vorauszahlungen ist das Anmeldeverfahren beim zuständigen Finanzamt abgeschlossen.

Gewerbesteuer

Freiberuflich tätige Ärzte sind in der Regel nicht gewerblich tätig.⁷⁸⁸ Sie sind daher, auch bei Ausübung der Tätigkeit in einer Berufsausübungsgemeinschaft oder einer Organisationsgemeinschaft, regelmäßig nicht gewerbesteuerpflichtig. Grundsätzlich gilt dies in gleichem Maß für MVZ.

Von einer gewerblichen Tätigkeit und somit von einer Gewerbesteuerpflicht des MVZ ist allerdings in zwei Fällen auszugehen. Zum einen sind MVZ, die als Kapitalgesellschaft betrieben werden, unabhängig vom Charakter der angebotenen Leistungen per Gesetz gewerbesteuerpflichtig.⁷⁸⁹ Zum anderen ist das MVZ voll oder teilweise gewerbesteuerpflichtig, soweit es neben ärztlichen Leistungen auch gewerbliche Leistungen, wie z.B. Massagen⁷⁹⁰, Altenpflege⁷⁹¹ o.Ä. anbietet.

Beim Betrieb eines MVZ als Kapitalgesellschaft fällt per Gesetz⁷⁹² regelmäßig für die gesamte Gesellschaft Gewerbesteuer an, sofern keine der Befreiungsvorschriften⁷⁹³ Anwendung findet. Von diesen Befreiungsvorschriften kommt für MVZ nur die Prüfung der Klausel gemäß §3 Nr.20 Gewerbesteuergesetz (GewStG) in Betracht. Diese bezieht sich allerdings auf die stationäre Aufnahme und die ambulante Pflege „*kranker oder pflegebedürftiger Personen*“⁷⁹⁴, was als Tätigkeitsschwerpunkt für MVZ in der Regel zu verneinen sein wird. Es ist somit mangels Befreiungsvorschrift von einer generellen Gewerbesteuerpflicht von MVZ auszugehen, sobald sie in der Rechtsform einer Kapitalgesellschaft betrieben werden. Diese Regelung wurde in der Vergangenheit mehrfach durch Richter der Fi-

⁷⁸⁸ Vgl. **EStG** §18 (1) Nr.1

⁷⁸⁹ Vgl. **GewStG** §2 (2) S. 1

⁷⁹⁰ Heilmassagen und medizinische Massagen sind grundsätzlich Einkünfte aus der freiberuflichen Tätigkeit. Vgl. **EStG** §18 (1) Nr.1; gemäß **BFH** vom 12.06.2002 - IX R 21/99 sind Fußreflexzonenmassagen mangels Ausbildungszwang gewerbliche Einkünfte.

⁷⁹¹ Gemäß **BFH** vom 11.08.1999 – XI R 12/98 ist Altenpflege grundsätzlich gewerblich.

⁷⁹² Vgl. **GewStG** §2 (2) S. 1

⁷⁹³ gem. **GewStG** §3

⁷⁹⁴ **GewStG** §3 Nr.20

nanzgerichte kritisiert. Es darf bezweifelt werden, dass die unterschiedliche Besteuerung gleichartiger Tätigkeiten allein durch die Ausübung dieser Tätigkeiten in verschiedenen Rechtsformen gerechtfertigt ist und somit dem Grundsatz der Gleichmäßigkeit der Besteuerung entspricht. Da diese Regelung nicht nur bei Ärzten, sondern auch bei anderen Freiberuflern (z.B. Architekten, Steuerberater, Rechtsanwälte usw.) für Unmut sorgt, ist eine Änderung dieser Vorschrift in der näheren Zukunft wahrscheinlich. Es ist dann jedoch davon auszugehen, dass der Gesetzgeber versuchen wird, die Gewerbesteuerpflicht auch auf die freiberufliche Tätigkeit auszuweiten. Dies sollte bereits Ende 2003 im Rahmen der Gemeindefinanzreform erfolgen, scheiterte jedoch am Widerstand im Vermittlungsausschuss.⁷⁹⁵ Neben ärztlichen Leistungen kann ein MVZ auch darüber hinausgehende Leistungen, wie Krankengymnastik, Reformhausbedarf, Fußpflege o.Ä., anbieten. Ist ein Teil dieser angebotenen Leistungen nicht als freiberufliche Tätigkeit eingestuft, so fällt für diese Leistung anteilig Gewerbesteuer an.⁷⁹⁶

Diese Gewerbesteuerpflicht kann, soweit die gewerblichen und die freiberuflichen Leistungen in räumlichem Zusammenhang angeboten werden, auf das gesamte MVZ „abfärben“. Da bei MVZ in der Regel von einem solchen räumlichen Zusammenhang auszugehen sein wird, ist von einer Anwendung dieser so genannten „Abfärbe-, Vervielfältigungs- oder Infektionstheorie“ auszugehen. Das MVZ ist dann in seiner Gesamtheit und unabhängig von der gewählten Rechtsform gewerbesteuerpflichtig.⁷⁹⁷

Vermieden werden kann die Gewerbesteuerpflicht durch die konsequente Begrenzung der Leistungen auf freiberufliche Tätigkeiten⁷⁹⁸, was dem Ziel, ein umfassendes Komplettangebot an Gesundheitsleistungen anzubieten, allerdings derart massiv entgegenstehen dürfte, dass diese Option zu verwerfen ist. Eine andere Möglichkeit, die Gewerbesteuerpflicht für das gesamte MVZ zu umgehen, ist die räumliche, buchhalterische und ab-

⁷⁹⁵ Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 80

⁷⁹⁶ Vgl. **EStG** §18 (1) Nr.1

⁷⁹⁷ Vgl. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 170ff.

⁷⁹⁸ Gemäß **EStG** §18 (1) Nr.1

rechnungstechnische Trennung der gewerblichen von der freiberuflichen Tätigkeit. In diesem Fall ist ausschließlich der gewerbliche Teil der Geschäftstätigkeit gewerbsteuerpflichtig.⁷⁹⁹ Die Art der räumlichen Trennung ist hierbei nicht näher definiert und muss einer juristischen Einzelfallprüfung unterzogen werden.

Die Gewerbesteuerpflicht beginnt nicht zwingend mit der Gründung, sondern mit der Ausübung der gewerbsteuerpflichtigen Tätigkeit. Für das MVZ ist also der Tag entscheidend, an dem der erste Patient gewerbliche Leistungen in Anspruch nimmt. Steuerschuldner ist der Unternehmer⁸⁰⁰ bzw. die Gesellschaft⁸⁰¹, also das MVZ. Der Bemessungszeitraum ist das Kalenderjahr. Die Besteuerungsgrundlage ist der Gewerbeertrag⁸⁰². Dieser setzt sich aus dem Gewinn vermehrt um Hinzurechnungen⁸⁰³ und vermindert um Kürzungen⁸⁰⁴ zusammen. Von dem als Summe resultierenden, auf volle 100 € abgerundeten „maßgebenden Gewerbeertrag“ ist für das als Personengesellschaft geführte MVZ ein Freibetrag i.H.v. 24.500,- € abzuziehen. Der darüber hinaus gehende Betrag ist mit der Steuermesszahl gemäß folgender Tabelle zu versteuern und mit dem Gewerbesteuerhebesatz der Gemeinde zu multiplizieren. Das daraus resultierende Produkt ergibt die Gewerbesteuerbelastung.

⁷⁹⁹ Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 79

⁸⁰⁰ Vgl. **GewStG** §5 (1) S. 1

⁸⁰¹ Vgl. **ebenda** §5 (1) S. 3

⁸⁰² Vgl. **ebenda** §6

⁸⁰³ Vgl. **ebenda** §8

⁸⁰⁴ Vgl. **ebenda** §9

Tabelle 11: Gewerbesteuerermesszahlen

<u>Betrag</u>	<u>Steuerermesszahl</u>
für die ersten 12.000,- €	1 %
für die weiteren 12.000,- €	2 %
für die weiteren 12.000,- €	3 %
für die weiteren 12.000,- €	4 %
für alle weitem Beträge	5 %
für alle Beträge bei Kapitalgesellschaften	5 %

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an **GewStG §11 (2)**

Für MVZ, die als Kapitalgesellschaft geführt werden, sieht das Gesetz weder einen Freibetrag noch eine gestaffelte Steuerermesszahl vor. Hier beträgt die Steuerermesszahl für den gesamten maßgebenden Gewerbeertrag 5 Prozent.⁸⁰⁵

Den Gewerbesteuerhebesatz legt die Gemeinde für ein oder mehrere Kalenderjahre verbindlich fest. Er gilt für alle Gewerbebetriebe in gleicher Höhe. Der gesetzlich festgelegte Mindesthebesatz beträgt 200 Prozent.

Umsatzsteuer/Vorsteuer

Ärztliche, zahnärztliche und andere heilberufliche Tätigkeiten sind von der Umsatzsteuer befreit.⁸⁰⁶ Für umsatzsteuerbefreite Leistungen kann kein Vorsteuerabzug geltend gemacht werden.⁸⁰⁷ Einige Leistungen medizinischer Leistungserbringer fallen nicht unter diese Definition und sind daher umsatzsteuerpflichtig. Dies sind:

- Arbeitsmedizinische Betreuung,
- Unternehmenscoaching,
- Gutachterleistungen,

⁸⁰⁵ Vgl. **ebenda** §11 (2)

⁸⁰⁶ Vgl. **UStG** §4 Nr. 14

⁸⁰⁷ Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 86

- Verkauf von Zubehör und Pflegeartikeln⁸⁰⁸ und
- iGeL⁸⁰⁹.

Nicht umsatzsteuerbefreite Umsätze werden zurzeit mit einem Steuersatz von 19 Prozent besteuert, für die hierfür erworbenen Vorleistungen kann im Gegenzug ein Vorsteuerabzug in gleicher Höhe geltend gemacht werden.⁸¹⁰ Die Gefahr der „Infektion“ nicht umsatzsteuerpflichtiger Leistungen wie bei der Gewerbesteuer besteht hierbei nicht.

Einkommens- und Körperschaftssteuer

Einkommens- und Körperschaftssteuer beziehen sich auf denselben steuerlichen Tatbestand der Erwerbsbesteuerung, d.h. der Besteuerung des Gewinns.⁸¹¹ Die Bezeichnung differiert lediglich nach der zu steuernden Gesellschaftsart. Erwerbssteuern, die für Körperschaften erhoben werden, werden Körperschaftssteuer genannt, während Erwerbssteuern natürlicher Personen und Personengesellschaften als Einkommenssteuer bezeichnet werden.

Angestellte Ärzte erzielen regelmäßig Einkommen aus nichtselbständiger Arbeit, welche der Einkommenssteuer mit dem jeweils individuellen, progressiven Einkommenssteuersatz unterliegen.⁸¹² Vertragsärzte erzielen hingegen Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, welche ebenfalls einkommenssteuerpflichtig sind.⁸¹³ Die Besteuerung erfolgt auf der Ebene der Einkünfte der Leistungserbringer und tangiert das MVZ als Gesellschaft zunächst nicht.

⁸⁰⁸ Nicht umsatzsteuerbefreit ist beispielsweise der Verkauf von Kontaktlinsen und Pflegemitteln durch den Augenarzt. Vgl. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 144

⁸⁰⁹ Individuelle Gesundheitsleistungen (iGeL) gelten regelmäßig als nicht medizinisch indiziert, da die Kosten von der GKV hierfür nicht übernommen werden. Vgl. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 144

⁸¹⁰ Die effektive Steuerlast beschränkt sich somit auf den im Unternehmen generierten „Mehrwert“, weshalb die Umsatzsteuer umgangssprachlich auch als „Mehrwertsteuer“ bezeichnet wird.

⁸¹¹ Beide Steuerarten werden daher auch unter dem Begriff der Erwerbssteuern subsumiert.

⁸¹² Vgl. **EStG** §19

⁸¹³ Vgl. **ebenda** §18

Die Erwerbsbesteuerung der Gesellschaft richtet sich nach der Ausgestaltung als Personen- oder Kapitalgesellschaft. Kapitalgesellschaften unterliegen der Körperschaftssteuer, welche bei Ausschüttung der Gewinne auf die Einkommenssteuerlast der Gesellschafter anzurechnen ist. Personengesellschaften unterliegen auf der Ebene der Gesellschaft der Einkommenssteuer.

Steuerliche Vor- und Nachteile von Kapital- und Personengesellschaften sind für die Gründungsentscheidung zu berücksichtigen. Diese sind in der folgenden Tabelle zusammenfassend aufgeführt.

Tabelle 12: Steuerlicher Vergleich von Personen- und Kapitalgesellschaft

<u>Personengesellschaft</u>	<u>Kapitalgesellschaft</u>
Vorteile	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ keine Gewerbesteuerpflicht ➤ flexible Gewinnverteilungsmöglichkeiten ➤ Verluste können mit anderen positiven Einkünften steuermindernd verrechnet werden 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bildung von Pensionsrückstellungen ist möglich ➤ Gewinne können mit Verlusten aus gewerblicher Beteiligung steuermindernd verrechnet werden ➤ Haftungsbeschränkung⁸¹⁴
Nachteile	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pensionsrückstellungen nicht möglich ➤ Gefahr der Infektion durch gewerbliche Tätigkeiten ➤ keine Haftungsbeschränkung 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gewerbesteuerpflicht per Rechtsform ➤ keine Verrechnung von Verlusten mit anderen Einkünften der Gesellschafter möglich

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 82f.

III.10.4.6 Kalkulatorische Kosten

Kalkulatorische Kosten bilden Selbstkosten sowie den zeitmäßigen Werteverzehr materieller und immaterieller Güter ab.⁸¹⁵ Sie sind kein Abbild

⁸¹⁴ Die Haftungsbeschränkung wird durch die Verpflichtung zur selbstschuldnerischen Bürgschaftserklärung teilweise aufgehoben. Vgl. **StB V** §95 (2) S. 6

⁸¹⁵ Vgl. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 138f.

der tatsächlichen Kapitalflüsse. Bei eingesetztem Eigenkapital erfolgt die Berechnung der kalkulatorischen Zinsen, welche sich am üblichen Kapitalmarktzins orientieren. Ähnliches gilt für die Nutzung der eigenen Räumlichkeiten eines Gesellschafters durch das MVZ ohne vereinbarte Mietzahlung. Die kalkulatorische Miete orientiert sich hier an der ortsüblichen Miete.

Werden in einer Personengesellschaft keine oder nur symbolische Gehälter an die mitarbeitenden Gesellschafter gezahlt, so ist die erbrachte Arbeitsleistung als kalkulatorischer Unternehmerlohn zu berücksichtigen. Zur Berechnung sollte das vergleichbare Bruttoentgelt des freien Arbeitsmarktes als Maßstab herangezogen werden.

Abschreibungen bilden den Werteverzehr für materielle und immaterielle Gegenstände des Anlagevermögens ab. Die Dauer der betriebsgewöhnlichen Nutzung differiert zwischen Gesellschaftsrecht, Steuerrecht und Realität teilweise erheblich. Gleiches gilt für die Art der Abschreibung.⁸¹⁶ Die Festlegung der Abschreibungsmodalitäten ist daher in Zusammenarbeit mit dem Steuerberater vorzunehmen.

Weiterhin können sonstige Kosten entstehen, unter denen alle Kosten subsumiert werden, die nicht durch eine der vorangegangenen Kategorien erfasst worden sind. Hierzu zählen beispielsweise Personalersatzkosten, die durch synergetische Effekte im MVZ erheblich reduziert werden können.⁸¹⁷

⁸¹⁶ Verschiedene Abschreibungsformen (linear, progressiv, degressiv, Sonderabschreibung etc.) werden nur unter bestimmten Voraussetzungen bzw. überhaupt nicht steuerlich anerkannt. Vgl. zu steuerlichen Abschreibungen **ESTG** §§7ff.

⁸¹⁷ Vgl. Kapitel II.2.2.2 i.V.m. Vgl. **Braun** (1995), S. 199

III.10.5 Umsatzplan

Neben der Planung der Kosten sind die voraussichtlichen Betriebseinnahmen zu planen. Unter dem Umsatz wird dabei die Summe der Erlöse der „abgesetzten“ Leistungen eines MVZ verstanden.⁸¹⁸ MVZ haben die Möglichkeit, diese Einnahmen in folgenden Umsatzkategorien zu erzielen:

- Vergütungsansprüche vertragsärztlicher Leistungen nach EBM 2008 durch die KV,
- Vergütungsansprüche aus privatärztlicher Tätigkeit nach GOÄ durch Patient, PKV oder PVS,
- Vergütungsansprüche aus der Erbringung von Selbstzahlerleistungen (iGeL) orientiert an der GOÄ durch die Patienten,
- einzelvertragliche extrabudgetäre Vergütungen aus der Teilnahme an Modellvorhaben⁸¹⁹, Strukturverträgen⁸²⁰, Hausarztverträgen⁸²¹, IV-Verträgen⁸²², strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP)⁸²³ o.Ä. durch Krankenkassen oder deren Verbände,⁸²⁴
- Vergütungsansprüche aus der Leistungserbringung gegenüber sonstigen Kostenträgern (z.B. Bundeswehr, Knappschaft) orientiert an der GOÄ,
- Vergütungsansprüche aus ambulanten Operationen und
- sonstige Vergütungsansprüche.

III.10.5.1 Vergütungsansprüche aus vertragsärztlicher Tätigkeit

In aller Regel werden die Einnahmen eines vertragsärztlich zugelassenen MVZ zu großen Teilen aus der Erbringung vertragsärztlicher Leistungen

⁸¹⁸ Vgl. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 140f.

⁸¹⁹ Vgl. **SGB V** §§63ff.

⁸²⁰ Vgl. **ebenda** §73a

⁸²¹ Vgl. **ebenda** §73b

⁸²² Vgl. ausführlich zur Integrierten Versorgung **SGB V** §140a ff. i.V.m. **Kuhlmann** (2000); **Ratajczak** (2000); **Wigge** (2001); **Wigge** (2001a); **Bihr / Krauskopf** (2001); **Hess** (2002); **Windhorst** (2002); **Braun / Güssow** (2006); **Güssow** (2007); **SGB V** §§140a ff.

⁸²³ Vgl. **SGB V** §§137f,g

⁸²⁴ Vgl. ausführlich zur einzelvertraglichen extrabudgetären Vergütung aus der Teilnahme an integrierten Versorgungsstrukturen **Güssow** (2007), S. 33ff.

generiert werden. Für angestellte Ärzte erfolgt die Abrechnung unter der Abrechnungsnummer des MVZ, wobei die Leistungen aus berufsrechtlichen Gründen arztindividuell gekennzeichnet sein müssen.⁸²⁵ Die Zusammensetzung dieser abrechenbaren Leistungen hängt stark von der Fachgruppe sowie den Schwerpunkt- und Gebietsbezeichnungen der tätigen Ärzte ab. Der zurzeit gültige EBM 2008 fasst viele Leistungen zu pauschalisierten Leistungskomplexen⁸²⁶ zusammen und bietet so dem MVZ die Möglichkeit, durch Mengen- und Verbundvorteile sowie Effizienzsteigerungen gleiche Einnahmen bei geringeren Kosten zu erzielen.⁸²⁷ Diese Tendenz wird sich mit der geplanten Einführung einer Gebührenordnung in Euro zum 01. Januar 2009 drastisch verstärken, da Ärzte dann grundsätzlich pauschal vergütet werden sollen, unabhängig davon, welche Einzelleistungen im Detail erbracht wurden.⁸²⁸

Die Vorgaben der Weiterbildungsordnung, der Bundesmantelverträge sowie weiterer Abrechnungsbestimmungen gelten hierbei für MVZ in gleichem Umfang wie für einzeln niedergelassen tätige Ärzte. Obwohl MVZ über keinen direkten Vergütungsanspruch gegenüber Krankenkassen verfügen, ergibt sich aus der vertragsärztlichen Zulassung und Tätigkeit ein Anspruch auf Honorar nach Maßgabe des Honorarverteilungsvertrages (HVV) mit den KV. Dieser sollte mit den entsprechenden Regelleistungsvolumina als Fallzahlobergrenze die Grundlage für die Planung dieser Umsätze bilden. Hierbei bietet das MVZ als kooperative Form der medizinischen Leistungserbringung den Vorteil, dass nicht ausgeschöpfte Leistungen aus den Regelleistungsvolumina durch andere Leistungserbringer

⁸²⁵ Vgl. Kapitel III.8 i.V.m. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 233; **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 142

⁸²⁶ Etwa 30 Prozent der Leistungen wurden bereits im EBM 2000 plus nach Komplexen vergütet. Vgl. **o.V.** (2004), S. 20; in dem seit 01.01.2008 gültigen EBM 2008 wurde die Anzahl der pauschal vergüteten Leistungen nochmals deutlich erhöht. Diese Leistungspauschalen werden im EBM 2008 für den hausärztlichen Versorgungsbereich als „Versichertenpauschale“ und für den fachärztlichen Versorgungsbereich als Grundpauschale bezeichnet. Vgl. **EBM 2008** Abschnitt 3ff.

⁸²⁷ Braun bewertet diese Tendenz zur pauschalisierten Vergütung hingegen kritisch als „halbherzig“ und sieht „im Kopf des Vertragsarztes im Prinzip weiterhin die atomisierte Einzelleistung und ihre Punktzahl einprogrammiert“. Vgl. **Braun** (1997a), S. 3

⁸²⁸ Vgl. **Köhler** (2004), S. 22

im MVZ, die ihre Volumina bereits ausgeschöpft haben, genutzt werden können.⁸²⁹

Für Rentabilitätsberechnungen medizinischer Geräte und anderer Investitionen sollte zunächst die vertragsärztliche Vergütung als hauptsächliche Einnahmequelle kalkuliert werden, da privatärztliche Marktanteile in der Gründungsphase meist erst auf- und ausgebaut werden müssen.⁸³⁰ Dies gilt nicht im Falle des Einbringens bestehender Praxen – hier sollten die Einnahmen nach GOÄ bereits hinreichend dokumentiert sein, um eine exakte Planung vornehmen zu können.

Ergänzend zum EBM 2008 mit Individualbudgets, Punktwerten und Fallzahlobergrenzen sind die zusätzlichen Mengenbegrenzungen des Bewertungsausschusses⁸³¹ zu berücksichtigen. Zur Kalkulation der Fallzahlen können - soweit vorhanden - Erfahrungswerte aus den in das MVZ eingebrachten Praxen herangezogen werden. Sollten diese nicht verfügbar sein, können über die zuständige KV durchschnittliche, regionale Fallzahlen für die jeweiligen Fachgebiete bezogen werden. Zu beachten ist, dass die Versicherten- und Grundpauschale nur einmal je Behandlungsfall abrechnungsfähig und der bis 31.12.2007 gültige Aufschlag⁸³² im EBM 2008 nicht mehr vorgesehen ist. Seit dem 01.01.2008 ist jedoch eine Mehrfachberechnung von Grundpauschalen im fachärztlichen Versorgungsbereich sowie eine Berechnung von Versicherten- und Grundpauschale nebeneinander möglich, soweit der Patient von mehreren Ärzten im MVZ fachgebietsübergreifend behandelt wurde.⁸³³ Die Anzahl potenzieller gemeinsamer Patienten ist somit ein weiterer zu berücksichtigender Faktor für die Kalkulation der Einnahmen. Da die ermittelten Fallzahlen noch keine monetäre Bewertung der Leistungen bedeuten, müssen zusätzlich die zuge-

⁸²⁹ Gleiches gilt für Richtgrößen- und Zeitprofilprüfungen. Vgl. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 225

⁸³⁰ Vgl. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 143

⁸³¹ Vgl. **SGB V §87(1)** S. 1

⁸³² Der Aufschlag betrug 15 Punkte je vertretener Facharztgruppe, jedoch mindestens 60 und höchstens 105 Punkte.

⁸³³ Vgl. **EBM 2008** Abschnitt 1; MVZ profitieren von dieser Neuregelung, soweit sie eine große Anzahl von Patienten fachübergreifend behandeln. Vgl. **Lutz** (2007), S.1f.

hörigen Punktzahlvolumina und Punktwerte der entsprechenden KV auf der Grundlage der vergangenen Abrechnungsperioden prognostiziert und berücksichtigt werden.⁸³⁴ Eine weitere Möglichkeit stellt die Kalkulation auf der Grundlage durchschnittlicher Fallwerte und Fallzahlen je Fachgruppe dar.

In der folgenden Tabelle ist eine exemplarische Möglichkeit der Einnahmenkalkulation für Vergütungen aus vertragsärztlicher Tätigkeit auf dieser Grundlage dargestellt.

Tabelle 13: Kalkulation der vertragsärztlichen Vergütung

<u>Fachgruppe</u>	<u>Anzahl der Ärzte</u>	<u>Fallwert Ø</u>	<u>Fallzahl je Arzt und Quartal</u>	<u>Umsatz je Quartal</u>
Allgemeinmediziner	6	54,00 €	850	275.400 €
Kinderarzt	2	43,00 €	1.200	103.200 €
Internist	3	148,00 €	790	350.760 €
Gynäkologe	2	37,00 €	1.400	103.600 €
Nuklearmediziner	1	80,00 €	1.350	108.000 €
Augenarzt	1	39,50 €	1.600	63.200 €
<u>Summe/ Durchschnitt:</u>	<u>15</u>	<u>65,07 €</u>	<u>1.198</u>	<u>1.004.106 €</u>

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 143

III.10.5.2 Vergütungsansprüche nach GOÄ aus PKV und iGel

MVZ sind auch bei vertragsärztlicher Zulassung berechtigt, privat versicherte Patienten zu versorgen, Selbstzahlerleistungen zu erbringen und nach GOÄ zu liquidieren. Die GOÄ geht grundsätzlich von einem Vertragsverhältnis zwischen Arzt und Patient aus.⁸³⁵ Auch angestellte Ärzte sollten im MVZ daher über ein Liquidationsrecht verfügen, da die Anerkennung von als Kapitalgesellschaft firmierenden MVZ bei privaten Kran-

⁸³⁴ Der Punktwert wird ex post in Abhängigkeit von der Gesamtheit der erbrachten Leistungsmenge durch die KV ermittelt und „floatet“ aufgrund der begrenzten Gesamtvergütung.

⁸³⁵ Vgl. **GOÄ** §1 (2)

kenversicherungen strittig ist.⁸³⁶ Bei der Kalkulation der durchschnittlichen Fallwerte aus der Behandlung privat Versicherter können Erfahrungswerte aus eingebrachten Praxen als Kalkulationsbasis berücksichtigt werden. Für die Prognose der Fallzahlen von Privatpatienten und Selbstzahlern sollten nach dem Prinzip der kaufmännischen Vorsicht eher niedrige Werte kalkuliert werden, da davon auszugehen ist, dass dieses Klientel erst im Laufe der Zeit gewonnen werden kann. Für den Bereich der iGel sind außerdem die steuerlichen Implikationen für das MVZ zu berücksichtigen.⁸³⁷

III.10.5.3 Einzelvertragliche extrabudgetäre Vergütungen

Seit dem GMG sind integrierte Versorgungsstrukturen kein Bestandteil des Sicherstellungsauftrages mehr und eröffnen so Möglichkeiten für Einzelverträge.⁸³⁸ MVZ stellen aufgrund ihrer Größe und ihres fachübergreifenden Versorgungsangebotes einen attraktiven Vertragspartner für gesetzliche Krankenkassen bzw. deren Verbände dar. Aus geschlossenen Verträgen lassen sich Vergütungsansprüche außerhalb des Budgetzwangs des EBM generieren. Denkbar sind Verträge zu Modellvorhaben⁸³⁹, Strukturverträge⁸⁴⁰, Wahltarife⁸⁴¹, Hausarztverträge⁸⁴², Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung⁸⁴³, IV-Verträge⁸⁴⁴, strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)⁸⁴⁵ oder Kombinationen aus den genannten. Bei IV-Verträgen stellen Vertragsbeziehungen zur Pharmaindustrie eine lukrative Einnahmequelle dar, die berücksichtigt werden muss.⁸⁴⁶ Für die Kalkulation der zu erwartenden Umsätze sollten nur sol-

⁸³⁶ Vgl. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 143

⁸³⁷ Vgl. Kapitel III.10.4.5 i.V.m. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 93ff.

⁸³⁸ Vgl. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 237

⁸³⁹ Vgl. **SGB V** §§63ff.

⁸⁴⁰ Vgl. **ebenda** §73a

⁸⁴¹ Vgl. **ebenda** §53f.

⁸⁴² Vgl. **ebenda** §73b

⁸⁴³ Vgl. **ebenda** §73c

⁸⁴⁴ Vgl. ausführlich zur Integrierten Versorgung **SGB V** §140a ff. i.V.m. **Kuhlmann** (2000); **Ratjczak** (2000); **Wigge** (2001); **Wigge** (2001a); **Bihr / Krauskopf** (2001); **Hess** (2002); **Windhorst** (2002); **Braun / Güssow** (2006); **Güssow** (2007); **SGB V** §§140a ff.

⁸⁴⁵ Vgl. **SGB V** §§137f,g

⁸⁴⁶ Vgl. **Braun / Baronowski** (2003); **Braun / Baronowski** (2000)

che Verträge herangezogen werden, die bereits geschlossen sind oder deren Abschluss unmittelbar bevorsteht. Die Höhe des Vergütungsanspruchs ergibt sich dabei aus den vertraglich vereinbarten Beträgen, die fix oder in Abhängigkeit von der Anzahl der teilnehmenden Patienten vereinbart sein kann.⁸⁴⁷ Bei letzterer Vergütungsvariante ist die Anzahl der Patienten ebenfalls nach dem Prinzip der kaufmännischen Vorsicht zu kalkulieren. Statistische Daten zu Bevölkerungsstruktur, Prävalenzen und Indikationen sind dabei sowohl bei populations- als auch bei indikationsbezogenen Verträgen hilfreich.⁸⁴⁸

Weitere Einnahmen aus beispielsweise gutachterlicher Tätigkeit, Anwendungsbeobachtungen, ambulanten OPs oder Ansprüchen gegenüber anderen Kostenträgern decken im Regelfall lediglich einen kleinen Teil des Umsatzvolumens ab.⁸⁴⁹ Sie sind für die Kalkulation der Einnahmen ausschließlich zu berücksichtigen, soweit sie auf konkreten vertraglichen Vereinbarungen basieren. Steuerliche Implikationen sind für diese Art der Einnahmen besonders zu beachten, da sich die Besteuerung deutlich von der Besteuerung anderer Leistungen unterscheidet.⁸⁵⁰ Vor allem in der Gründungsphase eines MVZ werden diese Umsätze nicht oder nur in geringem Umfang generiert werden können.

III.10.5.4 Plan-GuV und Plan-Bilanz

Das Betriebsergebnis, resultierend aus Kosten- und Umsatzplan, kann als Einnahmenüberschussplan (Plan-Gewinn- und Verlustrechnung) oder als

⁸⁴⁷ Typische Vergütungsformen, die hier zur Anwendung kommen, sind Kopfpauschalen für eingeschriebene Versicherte, Fallpauschalen für behandelte Patienten, Leistungskomplexe für bestimmte Diagnosen, Einzelleistungsvergütung nach dem Vorbild der GOÄ, Kostenerstattung nach entstandenen Aufwendungen oder erfolgsorientierte Vergütung nach der Entwicklung diverser Kennzahlen und Indikatoren bzw. Mischformen aus den genannten Vergütungsformen. Vgl. **Güssow** (2007)

⁸⁴⁸ Vgl. ausführlich zu indikationsbezogenen IV-Verträgen **Weatherly et al.** (2007), S. 27ff. sowie zu populationsbezogenen IV-Verträgen **ebenda** S. 129ff. Insbesondere die Vollversorgung im Rahmen des IV-Projektes „Gesundes Kinzigtal“ dient immer wieder als Beispiel einer funktionierenden Vollversorgung durch IV. Vgl. **Seiler** (2007), S. 139ff.

⁸⁴⁹ Vgl. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 144

⁸⁵⁰ Vgl. Kapitel III.10.4.5 i.V.m. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 93ff.

Plan-Bilanz dargestellt werden.⁸⁵¹ In der Regel wird das MVZ unter Berücksichtigung der Formvorschriften der gewählten Rechtsform verschiedene Gewinnermittlungen für steuerliche und für betriebliche Zwecke vornehmen. Die steuerliche Gewinnermittlung wird unter Ausnutzung der Gestaltungsspielräume des Steuerrechts⁸⁵² einen möglichst niedrigen Gewinn ausweisen, um die Steuerschuld zu minimieren. Sie bildet daher nur bedingt die betriebliche Realität ab. Für den Investitions- und Finanzplan sollte daher die betriebliche, realitätsnahe Darstellung der geplanten Ausgaben und Einnahmen als Kalkulationsgrundlage herangezogen werden.⁸⁵³

⁸⁵¹ Vgl. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 234

⁸⁵² Insbesondere ergeben sich solche Differenzen in der Art und Dauer von Abschreibungen. Vgl. hierzu Kapitel III.10.4.6

⁸⁵³ Vgl. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 147

III.10.6 Liquiditätsplan

Ziel des Liquiditätsplans ist es, Zahlungszuflüsse und –abflüsse in einer Planungsperiode darzustellen.⁸⁵⁴ Er gibt damit einen Gesamtüberblick über die Zahlungsfähigkeit des MVZ.⁸⁵⁵ Abweichend von den stichtagsbezogenen Einnahmen- und Ausgabenrechnungen⁸⁵⁶ wird im Liquiditätsplan der reale monetäre Fluss mit den exakten Zeiten im MVZ geplant und dargestellt. Liquidität dient der Erhaltung des finanziellen Gleichgewichts und der Kreditwürdigkeit sowie der Ermittlung der Zahlungsbestände. Sie ist vorhanden, solange das MVZ in der Lage ist, allen Zahlungsverpflichtungen fristgerecht nachzukommen. Zahlungsunfähigkeit bzw. Illiquidität tritt ein, wenn das MVZ seine Verbindlichkeiten nicht fristgerecht begleichen kann.⁸⁵⁷

Zur Sicherstellung einer kontinuierlichen Liquidität dient die Liquiditätsplanung. Für die Gründungsphase sind kürzere Betrachtungszeiträume von maximal einem Monat anzustreben, für die Konsolidierungsphase kann auf die übliche quartalsweise Planung umgestellt werden.⁸⁵⁸ Der gesamte Planungszeitraum sollte mindestens die Zeiträume der Fremdfinanzierungen abdecken. Eine rollierende Fortschreibung für einen Zeitraum von fünf bis zehn Jahren bildet die Liquidität des MVZ hinreichend ab. In die Planung sollten letztlich auch Preissteigerungen, Rücklagen zur Substanzerhaltung, Personalaufstockungen, Ersatz- und Reinvestitionen etc. einfließen. Aus dem Liquiditätsplan können aussagekräftige und vergleichbare Liquiditätskennzahlen ermittelt werden. Hierzu werden diverse Vermögenspositionen (kurzfristige Deckungsmittel) den kurzfristigen Verbindlichkeiten gegenübergestellt.⁸⁵⁹

⁸⁵⁴ Vgl. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 234

⁸⁵⁵ Vgl. **Amelung et al.** (2006), S. 168

⁸⁵⁶ Vgl. Kapitel III.10.5.5

⁸⁵⁷ Vgl. **InsO** §17 (2)

⁸⁵⁸ Vgl. **Amelung et al.** (2006), S. 168 i.V.m. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 148

⁸⁵⁹ Hierbei wird die Liquidität in Abhängigkeit von der Verfügbarkeit der Vermögenspositionen als Liquidität ersten Grades (= liquide Zahlungsmittel / kurzfristige Verbindlichkeiten*100), zweiten Grades (= kurzfristiges Umlaufvermögen / kurzfristige Verbindlichkeiten*100) oder

III.10.7 Risikoanalyse

Diverse Daten des Investitions- und Finanzplans basieren auf Annahmen, Hochrechnungen und Prognosen.⁸⁶⁰ Durch negative Abweichungen der realen Entwicklung entsteht ein zunächst nicht kalkuliertes Defizit zur Planung. Die potenziellen Abweichungen, deren Auslöser und die Reaktion darauf sind Bestandteile der Risikoanalyse.⁸⁶¹ Finanzielles Risikopotenzial liegt in MVZ vor allem in:

- zeitlichen Verschiebungen bei der Bereitstellung der Infrastruktur⁸⁶²,
- personellen Veränderungen,
- Änderungen am Kapitalmarkt⁸⁶³,
- neuen gesetzlichen Regelungen und Auflagen⁸⁶⁴,
- Änderungen der Besteuerungsvorschriften⁸⁶⁵,
- Änderungen der Abrechnungsvorschriften⁸⁶⁶ und
- Forderungsausfällen.

Diese Risiken führen unmittelbar oder mittelbar zu einem potenziellen finanziellen Defizit. Dieses sollte als Ergebnis der Risikoanalyse ermittelt und ggf. beim Investor angezeigt werden. Diverse Risiken, wie z.B. Baufortschrittsverzögerungen, können durch den zeitgerechten Abschluss von Versicherungen minimiert werden. Die entsprechenden Prämien sind im Finanzplan zu berücksichtigen. Ungeplante personelle Veränderungen

dritten Grades (= gesamtes Umlaufvermögen / kurzfristige Verbindlichkeiten*100) bezeichnet. Vgl. **Merk** (2006), S. 22

⁸⁶⁰ Vgl. Kapitel III.3 i.V.m. **Amelung et al.** (2006), S. 167

⁸⁶¹ Vgl. **Amelung et al.** (2006), S. 167

⁸⁶² Vgl. Kapitel III.10.4.2

⁸⁶³ Dies sind insbesondere Änderungen der Kosten und Konditionen der Kapitalbeschaffung. Vgl. Kapitel III.10.4.4

⁸⁶⁴ Die Frequenz der Gesundheitsreformen und der damit verbundenen gesetzlichen Neuregelungen hat in den letzten Jahren zugenommen. Vgl. Kapitel I.1, insbesondere FN 2

⁸⁶⁵ Vgl. Kapitel III.10.4.5 i.V.m. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 93ff.

⁸⁶⁶ Vgl. Kapitel III.10.5.1ff. i.V.m. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 222ff.

und Änderungen der Bestimmungen zur Leistungserbringung können zu einem kurzfristigen Wegfall von Leistungs- und somit von Umsatzanteilen führen. Sie sind daher in der Risikoanalyse zu berücksichtigen.⁸⁶⁷

Abschließend sollte die Risikoanalyse Vorschläge enthalten, wie dem jeweiligen riskanten Ereignis bei Eintreten desselben entgegengewirkt werden kann.

III.10.8 Controlling

Ein effizientes Steuerungs- und Kontrollsystem ermöglicht das Erkennen von Abweichungen zu den Plangrößen und von Schwach- und Problemstellen sowie des Ergreifen adäquater Gegenmaßnahmen.⁸⁶⁸ Zusätzlich wird das MVZ transparent und nachvollziehbar für Gesellschafter und Mitarbeiter.⁸⁶⁹ Negative Entwicklungen können mit Hilfe des Controllings schnell erkannt und beseitigt werden. Je frühzeitiger dies geschieht, desto geringer werden die zur Beseitigung der Fehlentwicklungen notwendigen Kosten sein.⁸⁷⁰ Dies gilt sowohl für das Kostencontrolling als auch für das Erlöscontrolling.⁸⁷¹

In einem MVZ sollte das Controlling als Querschnittsfunktion⁸⁷² über alle Bereiche implementiert werden, da besonders die sektor- bzw. fachübergreifende Leistungserbringung eine isolierte Betrachtung ausschließt.⁸⁷³

Ab einer bestimmten Größenordnung wird die Beschäftigung eines ausgebildeten Controllers zumindest in Teilzeit zu erwägen sein.⁸⁷⁴ Bezogen

⁸⁶⁷ Vgl. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 148f.

⁸⁶⁸ Vgl. **Frielingsdorf** (2007), S. 12; **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 150

⁸⁶⁹ Vgl. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 235

⁸⁷⁰ Vgl. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 150

⁸⁷¹ Kostencontrolling, Erlöscontrolling, Interne Budgetierung und Controlling-Informationssysteme sind Instrumente des operativen Controllings, die im MVZ zur Anwendung kommen sollten. Vgl. **Röhrig** (1999), S. 875ff.

⁸⁷² Vgl. zu einer möglichen Implementierung im Rahmen der Aufbauorganisation Kapitel III.8.1 i.V.m. **Schenk** (2006), S. 73

⁸⁷³ Dies gilt vor allem, da die fachübergreifende Tätigkeit konstituierendes Merkmal der MVZ ist. Vgl. Kapitel III.2.2.1 i.V.m. **SGB V** §95 (1) S. 2

⁸⁷⁴ Vgl. **Isringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 235

auf den gesamten Investitions- und Finanzplan⁸⁷⁵ existieren diverse Controllinginstrumente, die selektiv eingesetzt werden können:

- Rechnungswesen / Buchhaltung
 - Kostenplangestaltung,
 - Auswertungen und Vergleiche (BWA),
 - Liquiditätsplanung und –kontrolle,
 - Benchmarking (intern, extern),
 - Kennzahlenermittlung und –auswertung (balanced score-card),
 - Rechnungsüberwachung und Mahnwesen,
- Kostenstellenrechnung
 - Zuordnung von Einnahmen und Kosten zu den Leistungsbe-reichen,
 - Rentabilitätsrechnungen für jede Kostenstelle,
 - Selektion und Bewertung einzelner Leistungen,
 - Planung von (Re-)Investitionen,
 - Deckungsbeitragsrechnungen,
- Externes Controlling
 - Markt- und Branchenbeobachtung,
 - selektive Konkurrenzbeobachtungen und
 - Patientenevaluationen⁸⁷⁶ und –auswertungen.⁸⁷⁷

⁸⁷⁵ Vgl. Kapitel III.10

⁸⁷⁶ Hierbei ist darauf zu achten, dass durch externe Evaluationen kein zusätzlicher Aufwand entsteht, indem „... ‚fremde‘ Evaluationsmerkmale einer Netzstruktur übergestülpt werden und aus diesem Grund eine Ablehnung erfahren können.“ **Braun** (2003), S. 52

⁸⁷⁷ Vgl. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 150ff.

III.11 Qualitätsmanagement

Das Qualitätsmanagement stellt einen Ansatz dar, um definierte Ziele⁸⁷⁸ mit Hilfe fester Strukturen und Abläufe zu erreichen.⁸⁷⁹

„Zentrale Aufgabe eines Qualitätsmanagements von Arztpraxen muss es sein, die permanente Sicherstellung einer definierten Dienstleistungsqualität unter Berücksichtigung der Erwartungen der Patienten, Versicherten, Kooperationspartner und regulierenden Instanzen zu gewährleisten.“⁸⁸⁰

Diese von Merk für Arztpraxen formulierte Definition besitzt ausnahmslos auch für MVZ Gültigkeit und bildet den Ausgangspunkt der folgenden Ausführungen.

Ein effizientes Qualitätsmanagement kann Kosten reduzieren (durch Fehlervermeidung und strukturierte Abläufe), Transparenz schaffen und durch die Kommunikation der belegbaren Qualität einen dauerhaften Wettbewerbsvorteil sichern.⁸⁸¹ Vor allem MVZ mit ihrer interdisziplinären Zusammenarbeit und intersektoralen Kooperationen werden transparente, strukturierte und prüfbare Qualitätsleitlinien definieren müssen, um am Markt bestehen zu können. Qualität kann in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität⁸⁸² unterschieden werden, die im Gesundheitswesen durch die Elemente:

- Medizinisch-therapeutische und pflegerische Leistung,
- Serviceleistungen,
- Therapeutischer Erfolg und

⁸⁷⁸ Vgl. zur Zieldefinition Kapitel III.9.2 i.V.m. Kapitel III.10

⁸⁷⁹ Gemäß der Norm DIN EN ISO 8402 bezeichnet der Begriff „Qualität“ die „Gesamtheit von Merkmalen einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte oder vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen.“ Vgl. **Selbmann** (2006), S. 2; Schmutte definiert Qualität als „... die vom Kunden auf einem Gut-Schlecht-Kontinuum beurteilte Beschaffenheit einer Leistung.“ Vgl. **Schmutte** (1999), S. 648; **Schmutte** (1998), S. 85ff.

⁸⁸⁰ **Merk** (1999), S. 210

⁸⁸¹ Vgl. **Schenk** (2006), S. 80

⁸⁸² Vgl. **Schmutte** (1999), S. 648; **Breisig** (2006), S. 258ff.

- Patientenzufriedenheit bestimmt wird.⁸⁸³

Dabei beschreibt die Strukturqualität die Rahmenbedingungen, wie technische und infrastrukturelle Ausstattung oder Ausbildungsstand des Personals, unter denen sich der medizinische Versorgungsprozess vollzieht.⁸⁸⁴ Sie steht somit in unmittelbarem Zusammenhang zur Aufbauorganisation, während die Prozessqualität durch die Ablauforganisation geprägt ist. Die Prozessqualität beschreibt die Handlungsabläufe einschließlich aller Maßnahmen, die während des Prozesses der Leistungserstellung erfüllt werden.⁸⁸⁵ Sie lässt sich in eine eher technische Prozessqualität und in eine eher psychosoziale Prozessqualität unterscheiden. Zur technischen Prozessqualität sind beispielsweise Indikationsstellung und die Durchführung der therapeutischen Maßnahmen zu zählen, zur psychosozialen Prozessqualität hingegen Fürsorge, Respekt, Kommunikation und humanitäre Maßnahmen.⁸⁸⁶

Nach Abschluss aller Maßnahmen wird die Ergebnisqualität als Resultat aller Tätigkeiten in Bezug auf den Patienten bewertet. Hierbei findet, unterstützt durch Indikatoren und Kennzahlen, eine Gesamtanalyse der Tätigkeit statt.⁸⁸⁷ Als Indikatoren können dabei weiche Faktoren, wie Patienten- oder Mitarbeiterzufriedenheit, ebenso herangezogen werden, wie harte betriebswirtschaftliche Kennzahlen (Umsatz, Kosten, Gewinn etc.).

Die seit dem Inkrafttreten des GMG zum 01.01.2004 bestehende Verpflichtung zur Einführung und Weiterentwicklung eines QM – Systems für Arztpraxen⁸⁸⁸ gilt für MVZ in gleichem Maße.⁸⁸⁹ Die Implementierung eines

⁸⁸³ Vgl. **Viethen** (1998), S. 8

⁸⁸⁴ Vgl. **Schenk** (2006), S. 80

⁸⁸⁵ Vgl. **ebenda**

⁸⁸⁶ Vgl. **Selbmann** (2006), S. 4

⁸⁸⁷ Indikatoren stellen dabei Messgrößen dar, die der Erkennung und Erfassung qualitativer Sachverhalte dienen. Kennzahlen bilden hingegen qualitativ erfassbare Sachverhalte ab. Kennzahlen können aus konzentrierten und verdichteten Indikatoren gewonnen werden. Vgl. **Braun** (1987); **Hölzer / Wächter / Dudeck** (2001)

⁸⁸⁸ Vgl. **SGB V**, §135a (2)

⁸⁸⁹ Zum 01. Januar 2006 trat zusätzlich die Qualitätsmanagement (QM) Richtlinie in Kraft, in der MVZ explizit verpflichtet werden, ein praxisspezifisches Qualitätsmanagement einzuführen. Für Einführung und Erfolgskontrolle steht ein Zeitraum von fünf Jahren zur Verfügung. Eine

QM – Systems ist somit nicht mehr nur fakultativ, sondern per Gesetz vorgeschrieben.⁸⁹⁰ Nach der Einführungsphase in den Jahren 2008 bis 2009 erfolgt 2010 zunächst eine interne Überprüfung der gesteckten Qualitätsziele durch die Arztpraxen bzw. MVZ, bevor die zuständigen KV ab 2011 jährlich 2,5 Prozent der Praxen und MVZ extern überprüfen.⁸⁹¹

Bei der Erarbeitung sollte das gesamte Team des MVZ einbezogen werden, um Erfahrungen der handelnden Personen zu berücksichtigen und die spätere (mentale) Implementierung zu erleichtern. Teamsitzungen und die Bestellung eines qualifizierten Mitarbeiters zum QM-Beauftragten können hierbei hilfreich sein.⁸⁹² Zur Erarbeitung des QM-Systems sollten zunächst Strukturen und Prozesse analysiert und auf Optimierungspotenzial überprüft werden. Die optimierten Strukturen und Abläufe müssen dann umgesetzt, auf Wirksamkeit geprüft und ggf. erneut optimiert werden. QM muss also als kontinuierlicher Verbesserungsprozess verstanden werden.⁸⁹³ Für ein systematisches QM kann der „PDCA-Zyklus“⁸⁹⁴ herangezogen werden. Er steht für die angelsächsischen Begriffe Plan, Do, Check, Act. Hierbei werden zunächst Qualitätsziele für das MVZ definiert (Plan), umgesetzt (Do), überprüft (Check) und ggf. Konsequenzen gezogen (Act), die wiederum eine Überarbeitung der Zielgrößen herbeiführen können.⁸⁹⁵

Zertifizierung ist weiterhin fakultativ. Für die Teilnahme an Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung müssen weitere Qualitätsmerkmale erfüllt werden. Vgl. **SGB V**, §73b (2)

⁸⁹⁰ Die gegenwärtigen Bestrebungen der KBV gehen in Richtung einer qualitätsorientierten Vergütung von medizinischen Leistungen. Die KBV entwickelt zurzeit einen Katalog von Qualitätsindikatoren, die ab Mitte 2008 zur Anwendung kommen sollen. Vgl. **Köhler** (2007), S. 81

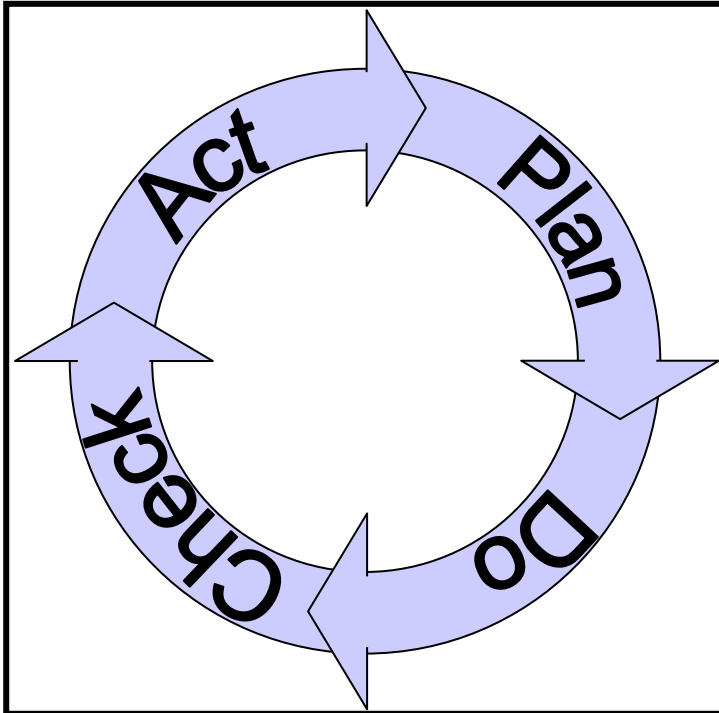
⁸⁹¹ Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat die gesetzlichen Vorgaben in diesem Zeitplan umgesetzt. Vgl. **o.V.** (2007), S. 26

⁸⁹² Vgl. **Schenk** (2006), S. 82

⁸⁹³ Der kontinuierliche Verbesserungsprozess (KVP) besteht aus permanenten Soll-Ist-Vergleichen, Benchmarking, Qualitätszirkeln und einem Vorschlagswesen für Mitarbeiter. Es soll somit eine „Politik der kleinen Schritte“ nach dem Vorbild der japanischen KAIZEN realisiert werden. Vgl. **Schmutte** (1999), S. 650ff.

⁸⁹⁴ Der „PDCA-Zyklus“ wird häufig nach seinem Mitbegründer auch als „Deming-Zyklus“ bezeichnet. Weitere Bezeichnungen sind „Management-Zyklus“ oder „Qualitätskreislauf“. Vgl. **Viethen** (1998), S. 102

⁸⁹⁵ Vgl. **Hillienhof / Poimann / Schuster** (2007), S. 44f.

Abbildung 34: PDCA- Zyklus von QM- Systemen

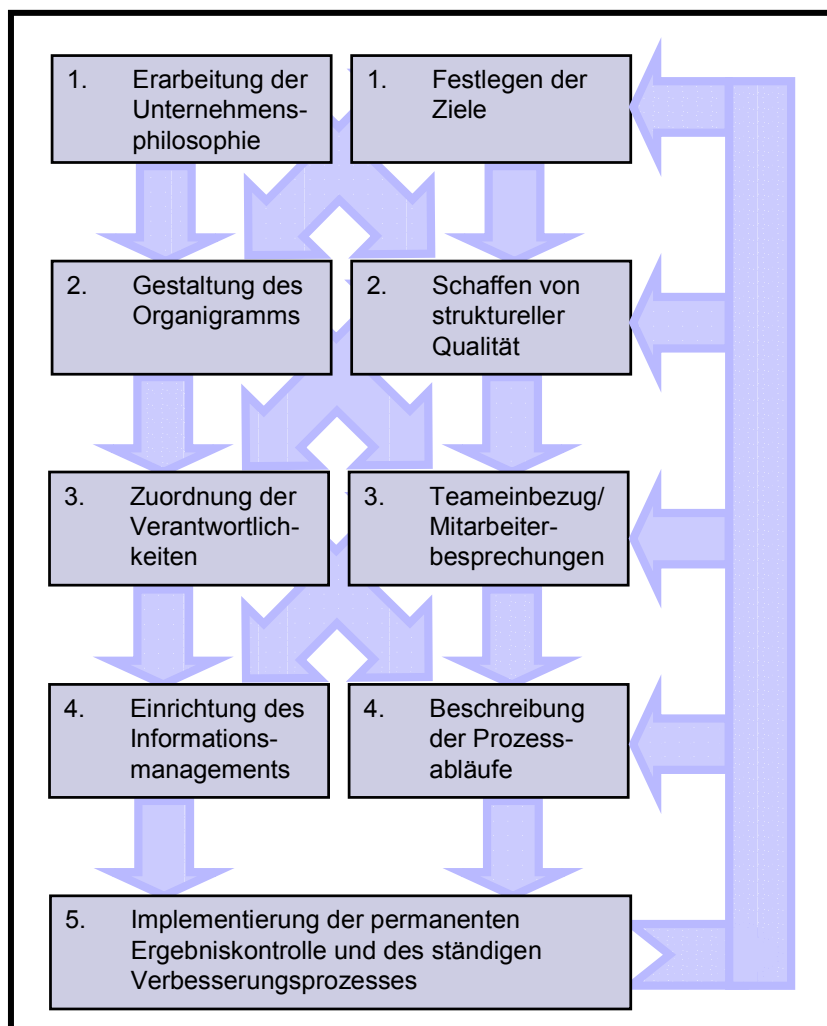
Quelle: Eigene Darstellung

Strukturen und Prozesse müssen transparent zusammengefasst und gemeinsam mit etablierten Standards als Beschreibung des QM-Systems in einem QM-Praxishandbuch dargestellt werden.⁸⁹⁶ Stellen- und Tätigkeitsbeschreibungen, Organigramme und Flussdiagramme können die Arbeit mit dem QM-Praxishandbuch erleichtern. Schließlich muss das QM-Praxishandbuch als verbindlicher Leitfaden für alle Mitarbeiter in Kraft gesetzt werden. Es hilft das Wissen zu Strukturen und Prozesse im MVZ zu archivieren und transparent zu machen, was besonders bei personellen Veränderungen von Vorteil ist.⁸⁹⁷ Die Schritte der folgenden Abbildung sollten bei der Einführung eines QM-Systems beachtet werden.

⁸⁹⁶ Vgl. Schenk (2006), S. 83

⁸⁹⁷ Vgl. Isringhaus / Kroel / Wendland (2004), S. 268

Abbildung 35: Schritte zur Einführung von QM-Systemen



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an **Schenk, W.** (2006), S. 83

Um der Verpflichtung des Gesetzgebers zur Einführung und Weiterentwicklung eines QM-Systems⁸⁹⁸ genüge zu tun, kann ein eigenes QM-System entwickelt oder auf ein bereits bestehendes System zurückgegriffen werden. Vier der bisher im ambulanten Gesundheitswesen am weitesten verbreiteten Systeme sollen im Folgenden kurz dargestellt werden.

⁸⁹⁸ Vgl. **SGB V §135a (2); o.V.** (2007), S. 26

III.11.1 DIN EN ISO 9000ff.

Die Normen 9000ff. der Internationalen Standardisierungsorganisation (ISO) beschreiben die Sicherung betrieblicher Qualität und sind textgleich in die Deutschen Industrienormen (DIN) EN 29000 bis EN 29004 übernommen worden.⁸⁹⁹ Diese ursprünglich aus der Industrie stammenden Normen sind stark prozess- und leistungserstellungs-orientiert.⁹⁰⁰ Es werden generalisierte Rahmenbedingungen für den Aufbau eines Qualitätsmanagement-Systems geschaffen, indem Mindest-standards definiert werden.⁹⁰¹ Beim EKG wäre nach diesen Normen beispielsweise ein Nachweis der regelmäßigen Wartung und Eichung des Gerätes notwendig. Diese Normen bilden keine spezifischen Kriterien für MVZ ab⁹⁰², sie erfordern jedoch die Definition von Zielwerten für Strukturen, Abläufe und Zuständigkeiten sowie die Überprüfung von Abweichungen mittels geeigneter Kontrollmechanismen.⁹⁰³ Eine umfassende Dokumentation ist ebenfalls Inhalt der ISO-Normen.⁹⁰⁴

III.11.2 EFQM

1988 gründeten 14 westeuropäische Unternehmen die European Foundation for Quality Management (EFQM).⁹⁰⁵ Ziel der EFQM ist die Einschätzung der unternehmerischen Kompetenz zur Qualitätsentwicklung und die kontinuierliche Verbesserung der Qualität. Selbstanalyse und Fremdbewertung werden hierzu kombiniert.⁹⁰⁶ Im EFQM sind zentrale Bestandteile

⁸⁹⁹ Vgl. **Istringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 268

⁹⁰⁰ Vgl. **Schenk** (2006), S. 81

⁹⁰¹ Vgl. ausführlich zur Normenreihe ISO 2000ff. **Breisig** (2006), S. 267ff.

⁹⁰² Ein Praxisbeispiel einer Qualitätsmanagement-Implementierung nach DIN EN ISO 9001 ist das Krankenhaus Bad Cannstatt. Vgl. **Spindler** (1999), S. 678ff.

⁹⁰³ Vgl. **Istringhaus / Kroel / Wendland** (2004), S. 268

⁹⁰⁴ Vgl. **Viethen** (1998), S. 94

⁹⁰⁵ Vgl. **Schenk** (2006), S. 81

⁹⁰⁶ Vgl. **Viethen** (1998), S. 91f.

des TQM-Ansatzes⁹⁰⁷ verarbeitet.⁹⁰⁸ Im Vergleich zu den DIN EN ISO 9000ff. Normen finden zusätzlich zu den Struktur- und Prozessmerkmalen, Ergebnisparameter, wie Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit Berücksichtigung.⁹⁰⁹ Für die Bewertung werden dabei Befähigerkriterien (Qualitätspotenzial) und Ergebniskriterien zueinander in Relation betrachtet.⁹¹⁰ Ein weiteres Merkmal der EFQM-Norm ist die empirische Überprüfbarkeit der Standards. Es müssen messbare Ergebnisse über mehrere Perioden dokumentiert werden können.

III.11.3 KTQ

Die Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ) ist ein Zusammenschluss von Bundesärztekammer (BÄK), Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG), Deutschem Pflegerat und Spitzenverbänden der Versicherungen. Seit 2005 wird dieses, ursprünglich für den stationären Sektor entwickelte QM - System in einer modifizierten Version auch für den ambulanten Sektor angeboten.⁹¹¹ Grundlage des Bewertungskataloges bilden auch hier die Elemente der DIN EN ISO 9000ff. Normen. Merkmale von KTQ sind die Selbstbewertung anhand des KTQ-Katalogs, ein veröffentlichter Qualitätsbericht, eine Fremdbewertung durch Visoren⁹¹² sowie eine berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit.⁹¹³

⁹⁰⁷ Vgl. ausführlich zum TQM in Einrichtungen des Gesundheitswesens **Schmutte** (1997), S. 18ff.; **Schmutte** (1998), **Schmutte** (1999), S. 649ff.

⁹⁰⁸ Vgl. ausführlich zum gesamten EFQM-Modell **Breisig** (2006), S. 277ff.

⁹⁰⁹ Vgl. **Schenk** (2006), S. 81

⁹¹⁰ So korrespondieren beispielsweise für das Kriterium Personalressourcen die Stellenpläne (Befähigerkriterium) mit dem Nachweis, wie sich die Personalentwicklungsmaßnahmen auf die Mitarbeiterzufriedenheit (Ergebniskriterium) auswirken.

⁹¹¹ Vgl. http://www.ktq.de/ktq_arztpraxen/index.php vom 26.07.2007

⁹¹² Eine Übersicht über die akkreditierten Visoren findet sich unter http://www.ktq.de/ktq_arztpraxen/visitoren.php vom 26.07.2007

⁹¹³ Vgl. **Schenk** (2006), S. 81

III.11.4 QEP

Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP) ist ein spezifisches Verfahren für Vertragsärzte und –psychotherapeuten.⁹¹⁴ Es wurde von den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter Zugrundelegung der bisherigen QM- Systeme entwickelt.⁹¹⁵ Zentraler Inhalt des QEP ist ein Qualitätszielkatalog mit einer umfassenden Übersicht der Zielinhalte, Indikatoren zum Zielerreichungsgrad und Fragestellungen zur Bewertung.⁹¹⁶ Ein angebotenes QEP-Manual mit Musterdokumenten und Vorlagen erleichtert die Arbeit mit diesem QM-System.⁹¹⁷

Diese vier vorgestellten Systeme bieten jeweils die Möglichkeit der Zertifizierung durch ein externes Audit. Nach der Zertifizierung erhält das MVZ ein Zertifikat, z.B. das „Deutsche Gesundheitssiegel“, als sichtbaren Beleg für die Qualität. Eine Zertifizierung ist zwar per Gesetz nicht vorgeschrieben⁹¹⁸, bietet allerdings Chancen für die Marketing-kommunikation und sollte daher durchgeführt werden.⁹¹⁹

⁹¹⁴ Vgl. **Schenk** (2006), S. 82

⁹¹⁵ Vgl. **o.V.** (2007b), S. 11 i.V.m. Kapitel III.11.1 bis III.11.3

⁹¹⁶ Vgl. **Schenk** (2006), S. 82

⁹¹⁷ Vgl. <http://www.kbv.de/themen/qualitaetsmanagement.html> vom 26.07.2007

⁹¹⁸ Vgl. **SGB V** §135a (2)

⁹¹⁹ Die Zertifizierung ist zwar mit weiteren Kosten verbunden, der größte Ressourcenaufwand ist jedoch bereits bei der Erstellung und Implementierung des QM-Systems entstanden.

III.12 Datenschutz

Dokumentationspflichten zu diversen Zwecken⁹²⁰ zwingen Ärzte zur Erhebung und Speicherung patientenbezogener Daten. Vor allem kooperative Organisationsformen wie MVZ haben darüber hinaus Bedarf an zentral verfügbaren Patientendaten, da diese eine wesentliche Grundlage für die Nutzung von Synergiepotenzialen darstellen.⁹²¹ Diesen Pflichten und berechtigten Interessen setzen diverse Bundes- und Landesgesetze sowie die ärztliche Schweigepflicht als berufsrechtliche Norm Grenzen.⁹²² Die Offenbarung eines Patientengeheimnisses kann mit Freiheitsstrafen bis zu einem Jahr geahndet werden.⁹²³ Meist entsteht ein solcher Fall durch den fahrlässigen Umgang mit diesen Daten. Sollen Patientendaten im MVZ zentral verfügbar gemacht werden, so ist zwingend die Einwilligung der betroffenen Patienten einzuholen. Es empfiehlt sich, hierzu eine schriftliche Einwilligungserklärung zu verwenden, da das BDSG grundsätzlich die Schriftform für Einschränkungen im Datenschutz fordert.⁹²⁴

MVZ, die automatisiert personenbezogene Daten erheben und verarbeiten und mehr als vier Mitarbeiter beschäftigen, müssen zusätzlich einen betrieblichen Datenschutzbeauftragten (bDSB) bestellen.⁹²⁵ Die Einsichtnahme in Patientenunterlagen einschließlich Bildschirm und Fax durch Dritte muss ausgeschlossen werden können. Gleiches gilt für das Mithören von Telefonaten oder persönlichen Gesprächen mit patientenbezogenen Inhalten.⁹²⁶ Bei MVZ-Patienten, die ihre Einwilligung zur internen gemeinsamen Nutzung ihrer Daten verweigern, muss jeder behandelnde Arzt die Daten neu erheben und speichern – Synergieeffekte sind dann in

⁹²⁰ Dies sind z.B. der Nachweis der sachgerechten Behandlung, die Auskunftserteilung an Krankenkassen und Behörden, die Qualitätssicherung oder die Liquidation von Leistungen.

⁹²¹ Die gemeinsame Patientenakte stellt z.B. für das MVZ POLIKUM GmbH eine wichtige Grundlage der Leistungserbringung dar. Vgl. **Amelung** (2007), S. 228

⁹²² Dies sind beispielsweise das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und die Datenschutzgesetze der Länder (LDSG).

⁹²³ Vgl. **StGB** §203 (1) Nr.1,2

⁹²⁴ Vgl. **BDSG** §4a (1) i.V.m. **Schiemzik**, S. 12 i.V.m. **Menzel**, S. 12

⁹²⁵ Vgl. **BDSG** §4f

⁹²⁶ Vgl. **Schenk** (2006), S. 85f.

diesem Bereich nicht mehr zu realisieren. Die Erfahrungen des größten deutschen MVZ – der POLIKUM GmbH in Berlin Friedenau zeigen allerdings, dass die überwiegende Mehrheit der Patienten den Nutzen für ihre Behandlung hoch genug bewertet und der gemeinsamen Nutzung ihrer Daten zustimmt.⁹²⁷

Die Balance zwischen Datenschutz und effizienter Datenverarbeitung zu wahren ist vor allem in komplexen Organisationen wie MVZ eine Aufgabe mit hoher Priorität.

⁹²⁷ Vgl. **Amelung** (2007), S. 228f.

IV. Grundlagen der Transaktionskostenökonomie

IV.1 Einordnung der Transaktionskostentheorie in die Neue Institutionenökonomik

Die Transaktionskostentheorie (TAK-Theorie) ist neben der Verfügungsrechtstheorie (Property-Rights-Ansatz) und der Principal-Agent-Theorie (Agencytheorie) eine der zentralen Theorien der Neuen Institutionenökonomik (NIÖ).⁹²⁸

Vielfach wird die Transaktionskostenökonomik als wichtigster Ansatz der NIÖ betrachtet – teilweise wird sie sogar gänzlich darauf reduziert:

*„Zur Neuen Institutionenökonomik kann die gesamte moderne Institutionenökonomik gerechnet werden. Aber gewöhnlich versteht man darunter nur einen Teil, und zwar in erster Linie die Transaktionskostenökonomik ..., aber auch die Property-Rights-Analyse und Teile der Prinzipal-Agent-Theorie.“*⁹²⁹

Ziel der TAK-Theorie ist die kostenminimale organisatorische Abwicklung von Transaktionen unter Berücksichtigung der kumulierten Produktions- und Transaktionskosten.⁹³⁰ Produktionskosten bilden dabei jedoch nicht das Analyseobjekt der TAK-Theorie, sie werden meist unter die Ceteris-paribus-Klausel „verbannt“. ⁹³¹ Zielfunktionen und Verhaltensannahmen

⁹²⁸ Vgl. Göbel (2002) S. 60

⁹²⁹ Richter (1996) S. 323f.

⁹³⁰ Vgl. Kieser / Walgenbach (2003) S. 52ff.; Picot / Reichwald / Wiegand (2001) S. 41; Sydow (1992) S. 130

⁹³¹ Der Anspruch, kostenminimale organisatorische Gestaltungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der kumulierten Kosten zu ermitteln, während gleichzeitig die Produktionskosten als Konstante berücksichtigt werden, stellt einen häufig geäußerten Kritikpunkt der TAK-Theorie dar, da Interdependenzen zwischen beiden Kostenarten in der Praxis nicht zu leugnen sind. Vgl. Matje (1995), S. 353; Schneider (1985), S. 1242; Sydow (2001), S. 261

leiten sich in der TAK-Theorie aus der neoklassischen Mikroökonomie ab.⁹³² Sie werden durch erweiterte Annahmen jedoch relativiert.⁹³³

IV.1.1 Organisationstheoretische Begriffsbestimmungen

Als Grundlage der hier zugrunde liegenden TAK-Theorie müssen zunächst einige Begriffe erläutert und die modelltheoretische Einordnung dieses Ansatzes spezifiziert werden.

IV.1.1.1 Institutionen

„Der Sinn von Institutionen besteht ... darin,, soziale Handlungen der Einzelnen in eine bestimmte Richtung zu steuern.“⁹³⁴

Der Begriff der Institution ist aufgrund seiner Komplexität nur schwer definierbar. Zu den Institutionen zählen verschiedenste Dinge, wie z.B. Staat, Verfassung, Ehe, Marktwirtschaft, Geld, Menschenrechte, Justiz oder Regeln bei sportlichen Wettkämpfen.⁹³⁵

Das menschliche Zusammenleben wird bestimmt durch Institutionen, z.B. die Institution „Unternehmung“ als Teil der Institution „Marktwirtschaft“ nutzt die Institution „Vertrag“, um die Institution „Schuldverhältnis“ zu begründen und dies im Streitfall durch die Institution „Justiz“ durchzusetzen.⁹³⁶

⁹³² Die aus der neoklassischen Mikroökonomie abgeleiteten Verhaltensannahmen sind insbesondere das Ziel der Nutzenmaximierung der Akteure unter Nebenbedingungen, der konsistenten und stabilen Nutzenfunktionen und des methodologischen Individualismus.

Vgl. **Richter** (1990), S. 573

⁹³³ Dies sind vor allem die Annahmen der vollkommenen Markttransparenz und der vollständigen Information. Vgl. **Picot / Dietl / Franck** (1999), S. 68ff.

⁹³⁴ **Richter** (1999), S. 17

⁹³⁵ Vgl. **North** (1992), S. 4f.

⁹³⁶ Vgl. **Göbel** (2002), S. 2

Gemeinsames Merkmal der Institutionen ist die Regelung sozialer Kooperation zwischen Individuen.⁹³⁷ Institutionen schaffen somit Ordnung im Bereich des Sozialen.⁹³⁸ Dies bedeutet, dass das menschliche Handeln weder zufällig noch beliebig stattfindet, sondern geregelt und somit kalkulierbar für alle Beteiligten. Die individuellen Freiheitsgrade müssen als Konsequenz hieraus reduziert werden.⁹³⁹ Alle Regeln, Normen, Gebote, Verbote, Traditionen, Sitten, Gebräuche, Befehle, Anweisungen und Gewohnheiten zählen zu den Ordnung schaffenden und konfliktregelnden Beschränkungen des individuellen Verhaltens.⁹⁴⁰

Der Begriff Institution kommt jedoch erst zur Anwendung, wenn diese einzelnen Beschränkungen zu einem regulierenden System zusammengefasst werden, um das menschliche Verhalten zu steuern.⁹⁴¹ So wird z.B. nicht das einzelne Verkehrsschild als Institution bezeichnet, sondern die Straßenverkehrsordnung als Regelsystem.⁹⁴² Um diesem Regelsystem eine sinnhafte Existenzberechtigung zu verleihen, bedarf es eines normativen Bezugspunkts, an dem sich sowohl die Institution als auch die handelnden Individuen orientieren. Gukenbiehl bezeichnet dies als „Leitidee“, die der Institution die Richtung und die Kohärenz gibt und die zwingend vor der Institutionalisierung vorhanden sein muss.⁹⁴³

Die Ehe ist beispielsweise eine in der heutigen Gesellschaft gültige Leitidee, die im Allgemeinen als eine lebenslange, exklusive, auf Liebe basierende Gemeinschaft von Mann und Frau definiert wird. An dieser Leitidee orientieren sich verschiedene Gesetze (Familien- und Eherecht), Sitten und Bräuche (Hochzeitsfeier und -tage), Gewohnheiten (die Frau zieht die Kinder groß), Erwartungen (Treue) und Traditionen (Weihnachten im Fa-

⁹³⁷ Vgl. **Gukenbiehl** (1993), S. 96

⁹³⁸ Vgl. **Göbel** (2002), S. 1

⁹³⁹ Die Einschränkung der individuellen Freiheiten wird in Kauf genommen, da die Unsicherheit über das Verhalten anderer Mitglieder der Institution abnimmt. Vgl. **Blum et al.** (2005), S. 28

⁹⁴⁰ Hierdurch werden ebenfalls Transaktionskosten zwischen Individuen oder Gruppen gesenkt. Vgl. **Baltes** (2001), S. 114

⁹⁴¹ Vgl. **Richter / Furubotn** (1996), S. 7

⁹⁴² Vgl. **Göbel** (2002), S. 2

⁹⁴³ Vgl. **Gukenbiehl** (1993), S. 98, 102

milienkreis).⁹⁴⁴ Ähnlich wie am Beispiel der Ehe deutlich wird, entstehen Institutionen in der Regel aus Leitideen, die in der Kultur der Individuen tief verwurzelt sind und ein komplexes System von verknüpften Regeln abbilden. Sie sind daher sehr stabil, gelten über einen längeren Zeitraum und für eine größere Anzahl von Individuen. Dies bedeutet, dass sich Institutionen grundsätzlich nur sehr langsam wandeln.⁹⁴⁵

Da es den Individuen prinzipiell frei steht, sich dem Regelsystem einer Institution zu unterwerfen, werden Mechanismen benötigt, die die Regeln durchzusetzen helfen und somit den Bestand der Institution garantieren.⁹⁴⁶ Regelwidriges Verhalten muss sanktioniert und/oder regelkonformes Verhalten belohnt werden. Die potenziellen Sanktionen können dabei vielfältig und von verschiedener Intensität sein, sie reichen von der einfachen Missbilligung, über monetäre Sanktionen bis hin zum Ausschluss aus der Institution oder Freiheitsentzug.⁹⁴⁷

Die häufig anzutreffende Reduktion der Institution auf diese Kontroll- und Durchsetzungsmechanismen wird dem Wesen von Institutionen nicht gerecht und ist daher unzulässig. Das Kontroll- und Durchsetzungssystem ist lediglich ein Teil der Institution, nicht aber die Institution selbst.⁹⁴⁸ Individuen haben in Institutionen immer eine bestimmte soziale Rolle inne, die vorgibt, was unter normalen Umständen von ihnen erwartet wird.⁹⁴⁹ Sie spielen je nach Institution verschiedene Rollen, z.B. „Ehemann und Vater“ in der Familie, „kompetenter Arzt“ in der Praxis, „Vertragspartner“ beim Autokauf, „Christ“ in der Kirche etc. Diese Rolle ist die personalisierte Seite der Institutionen, zu deren Ausübung eine passende materielle Komponente, wie z.B. Räume, Kleidung oder Symbole hinzukommt.⁹⁵⁰ Durch die individuelle Interpretation der Rolle, bedingt durch Gefühle, Empfindungen und

⁹⁴⁴ Vgl. Göbel (2002), S. 2

⁹⁴⁵ Vgl. Voigt (2002), S. 32f.

⁹⁴⁶ Neben Regeln und Sanktionen müssen Berechtigungen zum Ändern der Regeln definiert sein.
Vgl. Blum et al. (2005), S. 27f.

⁹⁴⁷ Vgl. Göbel (2002), S. 3

⁹⁴⁸ Vgl. Richter / Furubotn (1996), S. 6f.

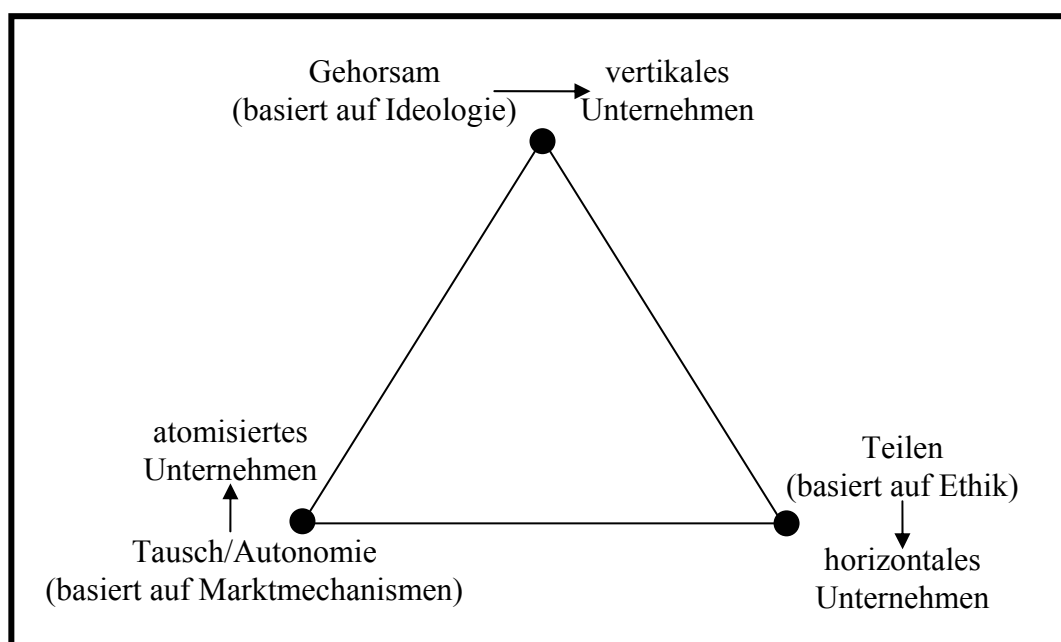
⁹⁴⁹ Vgl. Dahrendorf (1965), S. 31

⁹⁵⁰ Vgl. Göbel (2002), S. 3

Erfahrungen, sind Institutionen bei aller Stabilität auch dynamisch und wandelbar.⁹⁵¹ Wiederum am Beispiel der Ehe verdeutlicht, kann dies bedeuten, dass bei Änderungen des durchschnittlichen Rollenverhaltens der Individuen (viele Scheidungen, viele gleichgeschlechtliche Partnerschaften, viele dauerhaft zusammen lebende unverheiratete Paare) die Leitidee selbst zur Diskussion steht und von einer neuen Leitidee (Lebensabschnittspartnerschaft) ersetzt wird, die wiederum neue Regeln, Rollen und Mechanismen hervorbringt.⁹⁵²

Institutionen können auf drei unterschiedlichen Arrangements, Typen oder Strukturen basieren, die auf den Grundprinzipien Gehorsam, Teilen oder Autonomie beruhen.⁹⁵³ Hieraus ergeben sich Implikationen für Organisationen und Unternehmen, die darauf aufbauen.⁹⁵⁴

Abbildung 36: Identitätsdreieck von Institutionen



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an **Blum et al.** (2005), S. 32

⁹⁵¹ Vgl. **Gukenbiehl** (1993), S. 98

⁹⁵² Vgl. **Göbel** (2002), S. 4

⁹⁵³ Gehorsam basiert dabei auf einer Ideologie, Teilen auf ethischen Grundlagen und Autonomie auf Marktmechanismen. Vgl. **Blum et al.** (2005), S. 29ff.

⁹⁵⁴ Organisationen bilden eine Teilmenge der Institutionen, Unternehmen stellen wiederum eine Teilmenge der Organisationen dar. Vgl. Kapitel IV.1.1.2

In der Realität existieren neben diesen drei Extremzuständen vorwiegend Mischformen auf einem Kontinuum innerhalb des Dreiecks.⁹⁵⁵ Zusammenfassend betrachtet sind Institutionen:

- verhaltenssteuernde Regelsysteme, inklusive Kontroll- und Durchsetzungsmechanismen,
- denen eine Leitidee zugrunde liegt,
- die für einen längeren Zeitraum und für einen größeren Kreis von Individuen gelten,
- welche ihre Rolle innerhalb dieser Regeln selbst interpretieren können.⁹⁵⁶

Williamson reduziert diese Definition auf:

„In mikroökonomischer Sicht werden Institutionen als Verträge zwischen Individuen interpretiert.“⁹⁵⁷

IV.1.1.2 Organisation

Der Begriff der Organisation wird nicht einheitlich verwandt und bedarf daher einer Spezifizierung.⁹⁵⁸ Obwohl Organisationen nur eine spezielle Teilmenge der Institutionen darstellen, werden beide Begriffe oft synonym verwandt. Institutionen werden als Organisation bezeichnet, wenn:

- sie bewusst und planvoll ins Leben gerufen wurden⁹⁵⁹, also nicht spontan sondern rationalisiert entstanden sind,
- sie Grenzen⁹⁶⁰ aufweisen und somit in Mitglieder und Nichtmitglieder unterschieden werden können⁹⁶¹ und

⁹⁵⁵ Vgl. **Blum et al.** (2005), S. 31f.

⁹⁵⁶ Vgl. **Richter** (1998), S. 325; **Göbel** (2002), S. 3; **Blum et al.** (2005), S. 27ff.

⁹⁵⁷ Vgl. **Williamson**, (1990), S. 6

⁹⁵⁸ Vgl. **Breisig** (2006), S. 6

⁹⁵⁹ Vgl. **Hayek** (1969), S. 34; **Breisig** (2006), S. 7

⁹⁶⁰ Vgl. **North** (1992), S. 5

⁹⁶¹ Mitglieder und Nichtmitglieder sind dabei keine fixen Größen – Organisationen bieten in der Regel die Möglichkeit zum Ein- bzw. Austritt.

- sie einen gemeinsamen Zweck bzw. ein gemeinsames Ziel aufweisen, das im Optimum durch alle Mitglieder bestmöglich verfolgt wird⁹⁶² ⁹⁶³.

Eine Organisation ist somit ein bewusst geschaffenes, zweckorientiertes und begrenztes Handlungssystem mit Aktionsregeln und Durchsetzungsmechanismen.⁹⁶⁴ Darüber hinaus bezeichnet die betriebswirtschaftliche Organisationslehre auch das System der Aktionsregeln, also die Organisationsstruktur, als Organisation. In Bezug auf Unternehmen wird dann davon gesprochen, dass Unternehmen Organisationen sind und dass sie eine Organisation haben.⁹⁶⁵ Es ist somit zu unterscheiden zwischen einem instrumentellen Organisationsbegriff (Unternehmen haben eine Organisation) und einem institutionellen Organisationsbegriff (Unternehmen sind eine Organisation).⁹⁶⁶

Der angelsächsische Begriff „organization“ hingegen beschreibt alle Formen der menschlichen Interaktion, er bezeichnet also im Deutschen Institutionen statt Organisationen, wie fälschlicherweise oft angenommen wird.⁹⁶⁷ Die Organisation entspricht vielmehr dem, was im Angelsächsischen als „bureaucracy“ oder „hierarchy“ bezeichnet wird.⁹⁶⁸

IV.1.1.3 Organisationsformen

Organisationen können je nach Zweckbestimmung unterschiedlich ausgestaltet sein. Nach Coase sind sie bipolar zwischen den beiden Extrempolen „freier Markttausch“ und „Hierarchie“ angesiedelt.⁹⁶⁹ Coase geht weiterhin davon aus, dass Markt und Hierarchie alternative und frei wählbare Optionen zur Organisation ökonomischer Aktivitäten sind. Die fol-

⁹⁶² Vgl. **Richter / Furubotn** (1996), S. 9

⁹⁶³ Vgl. **Breisig** (2006), S. 8f. i.V.m. **Kieser / Walgenbach** (2003), S. 6

⁹⁶⁴ Vgl. **Göbel** (2002), S. 5 i.V.m. **Richter / Furubotn** (1996), S. 8f.

⁹⁶⁵ Vgl. **Bea / Göbel** (2002), S. 5f.

⁹⁶⁶ Vgl. **Breisig** (2006), S. 7

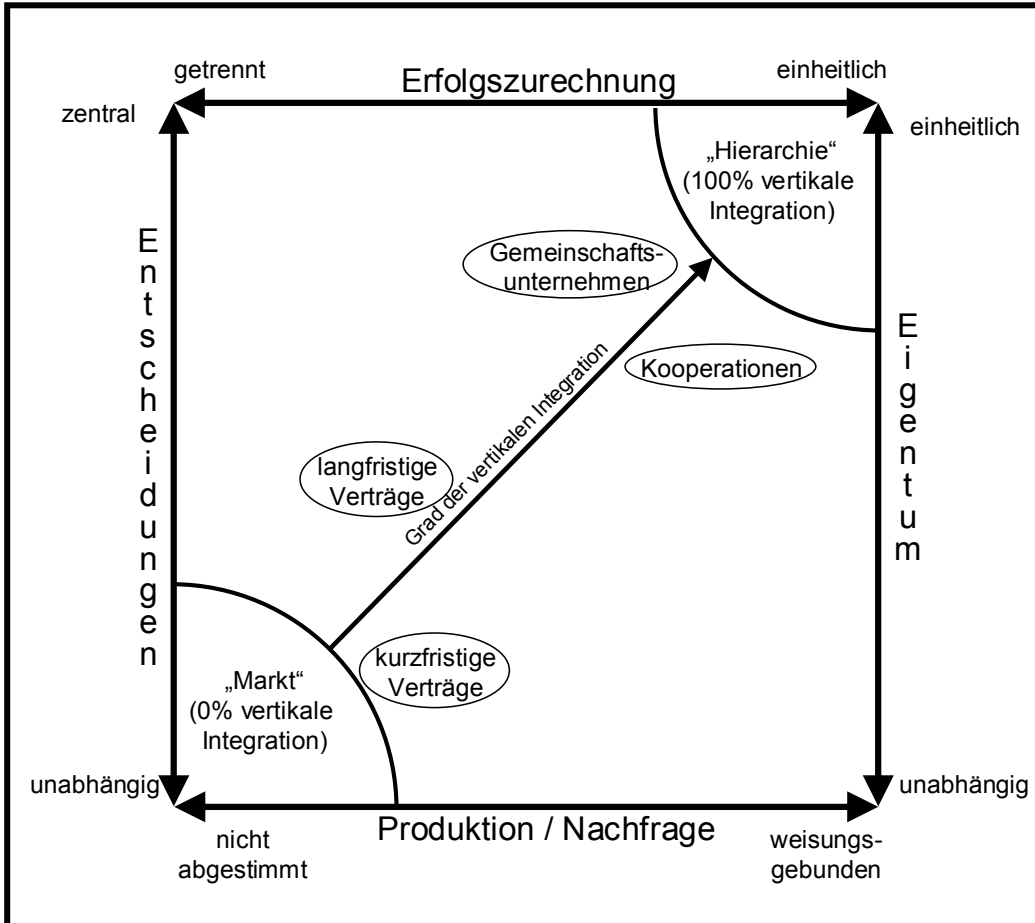
⁹⁶⁷ Vgl. **Ouchi** (1980), S. 132, FN 1

⁹⁶⁸ Vgl. **Göbel** (2002), S. 5

⁹⁶⁹ Vgl. **Coase** (1952), S. 333

gende Abbildung definiert anhand verschiedener Merkmale diese beiden Extrempole sowie das Kontinuum an organisatorischen Gestaltungsmöglichkeiten zwischen ihnen.

Abbildung 37: Organisationsformen



Quelle: Eigene Darstellung

Der Extrempol „Markt“ ist gekennzeichnet durch unabhängige Entscheidungen der Partner und ein unabgestimmtes Produktionsverhalten, d.h. Angebot und Nachfrage treffen erst nach der Produktion auf dem Markt aufeinander. Anbieter und Nachfrager sind nicht gegenseitig weisungsbefugt. Marktliche Beziehungen sind kompetitiv und flüchtig.⁹⁷⁰ Der Austausch von Gütern und Leistungen findet zwischen rechtlich unabhängigen

⁹⁷⁰ Vgl. Breisig (2006), S. 58

Einheiten ohne finanzielle Beteiligungen statt.⁹⁷¹ Der entgegengesetzte Extrempol „Hierarchie“ bedeutet die vollständige Ex-ante-Abstimmung von Angebot und Nachfrage, z.B. zwischen vertikalen Produktionsstufen eines Unternehmens. Die Beziehungen sind kooperativ und langfristig ausgerichtet.⁹⁷² Entscheidungen werden hierbei zentral von der obersten Unternehmensebene getroffen und über hierarchische Weisungsbefugnisse durchgesetzt.⁹⁷³ Juristisches und finanzielles Eigentum liegen in einer Hand.

Der Grad der vertikalen Integration⁹⁷⁴ kann als Indikator zur Analyse von Organisationsformen herangezogen werden. Dabei gilt grundsätzlich, dass der Grad der vertikalen Integration positiv mit dem Grad der Hierarchie korreliert.⁹⁷⁵ Durch vertikale Integration werden dem Markt Transaktionen entzogen und intern hierarchisch organisiert und vollzogen. Ohne vertikale Integration werden sämtliche Transaktionen über den Markt koordiniert und abgewickelt.

Eine absolute organisatorische Ausgestaltung in Form eines der beiden Extrempole ist in der Praxis kaum realisierbar. Hier sind vielmehr Organisationsformen anzutreffen, die im Kontinuum zwischen diesen beiden Extrempolen einzuordnen und mehr oder weniger an einem der beiden Pole ausgerichtet sind.⁹⁷⁶

⁹⁷¹ Vgl. **Dienel** (2001) S. 16

⁹⁷² Vgl. **Breisig** (2006), S. 58

⁹⁷³ Vgl. **Dienel** (2001), S. 16

⁹⁷⁴ Integration wird dabei als die (Wieder-)Herstellung einer Einheit aus Differenziertem definiert. Vgl. **Mühlbacher** (2002), S. 18; **Braun / Güssow** (2006), S. 65

⁹⁷⁵ Vgl. Abbildung 37 i.V.m. **Göbel** (2002), S. 143ff.

⁹⁷⁶ Vgl. hierzu Kapitel VI.3.1

IV.2 Transaktionen und Transaktionskosten

Die TAK-Theorie basiert zu überwiegenden Teilen auf den wissenschaftlichen Arbeiten von Coase, Commons und Barnard, welche bereits Mitte der 30er Jahre des 20. Jahrhunderts verfasst wurden.⁹⁷⁷ Williamson und Picot entwickelten diese Theorieansätze 1975 und 1982 weiter.⁹⁷⁸ Das maßgebliche Analyseobjekt der Transaktionskostentheorie ist die Transaktion. Was allerdings wird unter einer Transaktion verstanden und wie werden deren Kosten definiert?

„Das ökonomische Gegenstück zur Reibung sind Transaktionskosten.“⁹⁷⁹

Diese metaphorische Definition von Williamson ist zwar anschaulich und prägnant, bedarf jedoch für diese Arbeit weitergehender Differenzierungen. Hierzu finden sich in der Literatur verschiedene Ansätze. North definiert Transaktionskosten einerseits als Informationskosten des Tauschs von Verfügungsrechten an Gütern und Produktionsfaktoren⁹⁸⁰ und andererseits als notwendige Kosten zur Nutzung von Arbeitsteilung und Spezialisierung durch Tausch.⁹⁸¹ North versteht Transaktionskosten somit als Kosten arbeitsteiliger Tauschbeziehungen⁹⁸² - Arbeitsteilung und Spezialisierung bedingen Tausch, Tausch verursacht Kosten – Transaktionskosten.

⁹⁷⁷ Vgl. **Coase** (1937)

⁹⁷⁸ Vgl. **Williamson** (1975); **Picot** (1982) Eine Übersicht über empirische Untersuchungen zur TAK-Theorie findet sich in **Kaas / Fischer** (1993), S. 691f.

⁹⁷⁹ **Williamson** (1990), S. 1

⁹⁸⁰ Vgl. **North** (1992), S. 27

⁹⁸¹ Vgl. **Wallis / North** (1986), S. 96

⁹⁸² Vgl. **North** (1984), S. 7

Commons hingegen bezeichnete zu Anfang des Jahrhunderts eine Transaktion noch als

*„die zwischen Einzelpersonen stattfindende Entäußerung und Erwerbung der Rechte zukünftigen Eigentums an physikalischen Sachen.“*⁹⁸³

Die Transaktion ist für Commons somit die Übertragung der Rechte, also der Vertrag und die Kosten der Transaktion sind die notwendigen Kosten, um den Vertrag abzuschließen. Dies umfasst sowohl die Ex-ante-Kosten, wie Informations- oder Suchkosten, Kosten für die Vertragsverhandlungen oder für die Entscheidungsfindung als auch Ex-post-Kosten für die Überwachung der Vertragseinhaltung, Vertragsanpassungen oder die Vertragsdurchsetzung.⁹⁸⁴ Wird die Transaktionskostendefinition von Commons weiter ausgelegt, so können Transaktionen zunächst als jegliche vertragliche Übertragung von Verfügungsrechten definiert werden.⁹⁸⁵ TAK sind somit alle Kosten (Ex-ante- und Ex-post-Kosten), die bei der Übertragung von Verfügungsrechten per Vertrag entstehen. Diese Definition schließt neben Kaufverträgen auch andere Verträge zur (temporären) Übertragung von Verfügungsrechten, wie z.B. Mietverträge, Pachtverträge, Darlehensverträge, Arbeitsverträge etc., ein.⁹⁸⁶

Von Coase werden TAK als Kosten der Marktbenutzung⁹⁸⁷ oder als Kosten der Nutzung des Preismechanismus⁹⁸⁸ beschrieben. Im Rückschluss liegt eine Transaktion somit bei jeder Benutzung des Marktes vor. Diese Definition lässt sich mit dem Ansatz von Commons in Einklang bringen, wenn davon ausgegangen wird, dass für jeden Vertragsabschluss zu einem bestimmten Zeitpunkt der Markt benutzt wird. Nicht alle Kosten, die aus der Übertragung von Verfügungsrechten entstehen, sind jedoch

⁹⁸³ Vgl. Commons (1934), S. 58

⁹⁸⁴ Dieser Ansatz wurde später von Williamson aufgegriffen und weiterentwickelt. Vgl. Williamson (1985); Williamson (1990)

⁹⁸⁵ Vgl. Commons (1934), S. 64

⁹⁸⁶ Vgl. Göbel (2002), S. 130

⁹⁸⁷ Vgl. Coase (1993), S. 148

⁹⁸⁸ Vgl. Coase (1937), S. 390

gleichzeitig Marktbenutzungskosten. Bei laufenden Verträgen, wie z.B. Arbeitsverträgen, schließt sich an die vergleichsweise kurze Phase der (Arbeits-)Marktbenutzung eine relativ lange Vertragsphase an, deren Kosten nicht mehr als Marktbenutzungskosten bezeichnet werden können.⁹⁸⁹

Coase bezeichnet diese Kosten als Hierarchie- oder Administrationskosten⁹⁹⁰, Williamson nennt sie Bürokratiekosten⁹⁹¹.

Zusammenfassend können diese Kosten als unternehmensinterne Organisationskosten bezeichnet werden. Am Beispiel des Arbeitsvertrages wird ein weiteres Problem der bisher erläuterten Definitionen deutlich. Über den Arbeitsvertrag werden keine speziellen Einzelleistungen, sondern vielmehr das Verfügungsrecht über das Arbeitsvermögen des Arbeitnehmers übertragen. Der Arbeitsvertrag tritt somit als einzelner unvollständiger Vertrag an die Stelle vieler vollständiger Verträge über Einzelleistungen.⁹⁹² Diese Einzelleistungen werden in der Regel per Anweisung abverlangt und sind nicht mehr gesondert vertraglich fixiert. Sie bewirken allerdings ebenfalls eine (vertragslose) Übertragung von Verfügungsrechten. Innerhalb der vertraglichen Arbeitsbeziehung finden also permanent weitere Transaktionen statt, die ohne gesonderte Verträge ablaufen.⁹⁹³ Um diese Transaktionen und die damit verbundenen TAK zu erfassen, muss der Transaktionsbegriff weiter als bisher gefasst werden und vom Vertragsbegriff abgekoppelt werden. Williamson nimmt dies wie folgt vor:

„Eine Transaktion findet statt, wenn ein Gut oder eine Leistung über eine technisch trennbare Schnittstelle hinweg übertragen wird.“⁹⁹⁴

Diese Übertragung von Gütern und Leistungen bzw. die damit verbundene Übertragung von Verfügungsrechten verursacht TAK. TAK entstehen hier

⁹⁸⁹ Vgl. Göbel (2002), S. 130

⁹⁹⁰ Vgl. Coase (1993), S. 149

⁹⁹¹ Vgl. Williamson (1990), S. 169

⁹⁹² Vgl. Williamson (1975), S. 4

⁹⁹³ Vgl. ebenda

⁹⁹⁴ Williamson (1990), S. 1

sowohl bei der Übertragung über den Markt⁹⁹⁵ als auch bei der internen Übertragung im Unternehmen.⁹⁹⁶ Während bei der vertraglichen Übertragung der juristische Aspekt im Vordergrund stand, hebt Williamson nun auf die physische Übertragung ab, obwohl auch hier Rechte übertragen werden.⁹⁹⁷ Williamson definiert die TAK ähnlich wie bereits North⁹⁹⁸ als Kosten der Arbeitsteilung, da Arbeitsteilung zwangsläufig die Übertragung von Gütern und Leistungen (unternehmensintern oder über den Markt) nach sich zieht. Er unterteilt TAK demzufolge in Marktbenutzungskosten und in Hierarchie- bzw. Bürokratiekosten.⁹⁹⁹

Die Höhe der TAK ist demnach abhängig vom Grad der Arbeitsteilung in der jeweiligen Organisation. Mit steigendem Koordinationsbedarf, der mit einer höheren Arbeitsteilung einhergeht, steigt tendenziell auch die Höhe der TAK¹⁰⁰⁰, während PK tendenziell mit dem Grad der Arbeitsteilung sinken. Aufgrund der Interdependenzen zwischen TAK und PK¹⁰⁰¹ muss das organisatorische Ziel ein theoretisch ökonomisch optimaler Grad der Arbeitsteilung sein, der das Gesamtkostenminimum widerspiegelt. Die folgende Abbildung stellt diese Zieldefinition grafisch dar.

⁹⁹⁵ Vgl. **Commons** (1934), S. 64

⁹⁹⁶ Vgl. **Williamson** (1990), S. 169

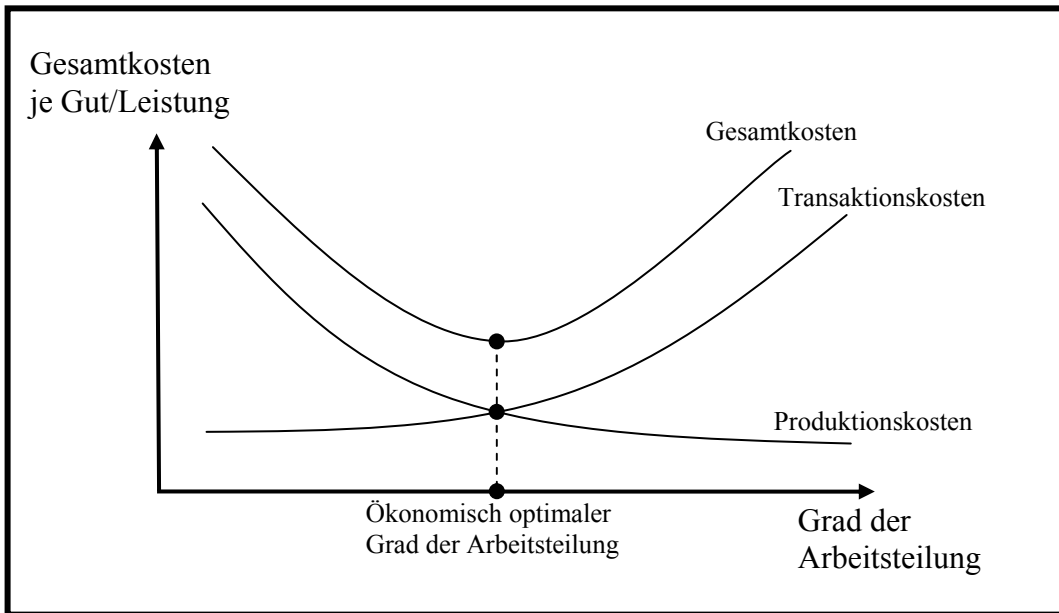
⁹⁹⁷ Zumindest das Gebrauchsrecht (usus) wird übertragen, auch wenn sich Eigentümer und Besitzer juristisch gesehen nicht ändern. Ein Arbeitnehmer, der ein Halbfertigprodukt bearbeitet, ist weder Eigentümer noch Besitzer dieses Produktes, obwohl er faktische Verfügungsgewalt darüber hat. Vgl. **BGB** §855

⁹⁹⁸ Vgl. **North** (1984), S. 7

⁹⁹⁹ Vgl. **Williamson** (1990), S. 169

¹⁰⁰⁰ Vgl. **Williamson** (1990)

¹⁰⁰¹ Vgl. **Matje** (1995), S. 353; **Schneider** (1985), S. 1242

Abbildung 38: Ökonomisch optimaler Grad der Arbeitsteilung

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Picot / Reichwald / Wigand (2001), S. 213

Teilweise werden bereits die Kosten für die Definition und die Durchsetzung von Verfügungsrechtsänderungen zu den TAK gezählt.¹⁰⁰² Hierzu zählen beispielsweise Patentanmeldungen, Grundbucheintragungen, Einzäunungen oder andere Maßnahmen zum Schutz gegen widerrechtliche Benutzung.¹⁰⁰³

Eine weitere Ausdehnung der Definition von Transaktionen auf alle sozialen Handlungen für Gründung, Erhaltung, Benutzung und Veränderung von Institutionen wie Richter und Furubotn¹⁰⁰⁴ sie vorschlagen, würde die TAK als sämtliche Kosten der Organisation des menschlichen Zusammenlebens definieren. Arrow spricht in diesem Zusammenhang auch von den Betriebskosten einer Volkswirtschaft („*the costs of running the economic system*“).¹⁰⁰⁵ Dieser Definitionsansatz ist für diese Arbeit nicht zielführend und wird im Folgenden nicht weiter verfolgt.

¹⁰⁰² Vgl. Furubotn / Richter (1996), S. 46

¹⁰⁰³ Auch Williamson zählt diese Kosten als Ex-ante-Vertragsanbahnungskosten zu den TAK. Vgl. Williamson (1985); Williamson (1990)

¹⁰⁰⁴ Vgl. Furubotn / Richter (1996) S. 48f.

¹⁰⁰⁵ Vgl. Arrow (1969), S. 134

Für diese Arbeit soll die folgende, auf Williamsons Überlegungen basierende Definition als Grundlage dienen:

- Eine Transaktion findet statt, wenn Verfügungsrechte über ein Gut oder eine Leistung im Rahmen eines Austauschprozesses übertragen werden.
- Unter Verfügungsrechten wird das Recht der Nutzung eines Gutes oder einer Leistung (usus), das Recht, ihre Erträge einzubehalten (usus fructus), das Recht, Form und Substanz des Gutes oder der Leistung zu verändern, und das Recht, das Gut oder die Leistung ganz oder teilweise an Dritte zu veräußern, subsumiert.¹⁰⁰⁶
- Die entstehenden Kosten sind somit Kosten der Arbeitsteilung.
- Dies gilt sowohl für externe über den Markt abgewickelte als auch für unternehmensinterne Transaktionen.¹⁰⁰⁷

Die zentrale Grundannahme des TAK-Ansatzes lautet: Individuen organisieren ökonomische Aktivitäten anhand verschiedener Organisationsformen so, dass die dabei entstehenden Transaktionskosten minimiert werden.¹⁰⁰⁸ In dieser Annahme liegt der Anknüpfungspunkt zur optimalen organisatorischen Ausgestaltung Medizinischer Versorgungszentren, der in dieser Arbeit untersucht wird.¹⁰⁰⁹

¹⁰⁰⁶ Vgl. **Stahl** (1995) S. 86; **Rotering** (1993) S. 96f.; **Picot / Dietl** (1990) S. 178; **Michaelis** (1985) S. 65ff.

¹⁰⁰⁷ Transaktionskosten umfassen somit sowohl Marktbenutzungs- als auch Koordinations- oder Hierarchiekosten. Vgl. **Williamson** (1990), S. 169

¹⁰⁰⁸ Vgl. **Breisig** (2006), S. 57

¹⁰⁰⁹ Vgl. Kapitel VI

IV.3 Die empirische Relevanz von Transaktionskosten

Wie bei jeder Theorie stellt sich auch bei der TAK-Theorie die Frage nach der empirischen Überprüfbarkeit der Hypothesen. Mit der theoretisch eindeutigen Abgrenzung in Form der Definition des vorangegangenen Kapitels ist lediglich eine Voraussetzung für die empirische Überprüfbarkeit geschaffen worden. Problematisch ist weiterhin die Erfassung, d.h. die Messung der TAK.¹⁰¹⁰ Die empirische Relevanz von TAK ergibt sich aus dem „great heuristic value“¹⁰¹¹ der TAK. Hierbei wird davon ausgegangen, dass die Existenz ökonomischer Institutionen, wie beispielsweise Unternehmen, Geld oder Verträge, ohne TAK nicht erklärbar wäre. Ohne TAK gäbe es keine Notwendigkeit für die Existenz ökonomischer Institutionen, da deren Hauptfunktion gerade in der Einsparung von TAK gesehen wird. Im Rückschluss beweist somit die Existenz von Institutionen, zumindest nach der Argumentation des „great heuristic value“, die empirische signifikante Relevanz von TAK unabhängig von ihrer Messbarkeit.¹⁰¹² Dieser enge Zusammenhang zwischen Institutionen und TAK ist nicht erst mit dem Ansatz der NIÖ beschrieben worden. Schon in der Theorie des Geldes wird deutlich, dass die Institution des Geldes als Tauschmedium ein ökonomisches Instrument zur Einsparung von TAK darstellt.¹⁰¹³ Geld als allgemeines Tauschäquivalent reduziert im Vergleich zur Naturaltauschwirtschaft die Anzahl der relativen Preise und entbindet die Wirtschaftssubjekte von der Notwendigkeit, eine doppelte Koinzidenz ihrer Tauschwünsche herzustellen.¹⁰¹⁴

Dieser allgemeingültige Schluss von Institutionen auf TAK erklärt über die Existenz der Institutionen zwar die allgemeine empirische Signifikanz von TAK, trifft jedoch keine Aussagen darüber, ob konkrete Hypothesen der

¹⁰¹⁰ Vgl. u.a. **Buchanan** (1984), **Gäfgen** (1984), **Krüsselberg** (1986), **Krüsselberg** (1992), **Schmidt** (1992) und **Schneider** (1985), **Terberger** (1994), S. 34; **Göbel** (2002), S. 153; **Terberger** (1994), S. 34

¹⁰¹¹ Vgl. **Furubotn / Richter** (1996), S. 11

¹⁰¹² Vgl. **Löchel** (1995), S. 26f.

¹⁰¹³ Vgl. hierzu **Niehans** (1971), **Ostroy** (1973) und **Starr** (1972)

¹⁰¹⁴ Vgl. **Löchel** (1995), S. 27

TAK-Theorie empirisch überprüfbar sind. Die von Coase und Williamson aufgestellte These, dass die Unternehmensentscheidung über die vertikale Integration bestimmter Produktionsstufen ceteris paribus von der Höhe der TAK abhängt¹⁰¹⁵, muss über eine zumindest ordinale Bestimmung der TAK verifizierbar bzw. falsifizierbar sein.¹⁰¹⁶ Erst konkrete Falsifikationsversuche machen die TAK-Theorie zu einer anwendbaren Theorie, die auf die Erklärung der Realität abzielt, denn

„Ein empirisch-wissenschaftliches System muss an der Erfahrung scheitern können.“¹⁰¹⁷

Zur konkreten Bestimmung von TAK existieren im Wesentlichen drei mögliche Ansätze:

- einzelne Fallstudien,
- mikroökonomische Messungen von Dimensionen der Transaktionen und
- Messungen auf makroökonomischer Ebene mit der Gewichtung eines Transaktionssektors und einer Bewertung seines Ressourcenverbrauchs als aggregierte TAK der Volkswirtschaft.

¹⁰¹⁵ Vgl. **Breisig** (2006), S. 57 i.V.m. **Coase** (1937) und **Williamson** (1985)

¹⁰¹⁶ Vgl. **Löchel** (1995), S. 27

¹⁰¹⁷ **Fleischmann** (1966), S. 14; vgl. auch **Kaldor** (1972), S. 1237

IV.3.1 Einzelne Fallstudien

Fallstudien können jeweils nur einen fest definierten Teil der Transaktionskostenrealität abbilden. Es existieren beispielsweise Fallstudien über die TAK an der New Yorker Börse, der NYSE. Demsetz ermittelte hier die Höhe der TAK konkreter Wertpapiere als Summe aus der Makler-Courtage (Brokerage Fee) und der Differenz zwischen An- und Verkaufspreis (Ask-bid Spread).¹⁰¹⁸ Er konnte in seiner Fallstudie nachweisen, dass durchschnittlich 1,3 Prozent des Wertes der gehandelten Titel TAK sind. Er konnte ebenfalls nachweisen, dass die Summe der TAK mit wachsendem Transaktionsvolumen zwar zunimmt, die durchschnittlichen TAK pro Transaktion jedoch abnehmen.¹⁰¹⁹

Eine weitere Fallstudie prognostizierte Anfang der 90er Jahre das Einsparpotenzial in Bezug auf TAK im Rahmen einer gemeinsamen europäischen Währung. Die prognostizierte Transaktionskostensparnis durch den Wegfall von Umtausch-, Informations- und Absicherungskosten belief sich auf 13,1 Mrd. bis 19,2 Mrd. ECU, was durchschnittlich 0,4 Prozent des Bruttoinlandsproduktes der damaligen EG ausmachte.¹⁰²⁰ Einzelne Fallstudien können ein geeignetes Mittel sein, um TAK retrospektiv nachzuweisen, prognostizieren lassen sich TAK mit Hilfe von Fallstudien nur sehr begrenzt, da die Übertragbarkeit der Ergebnisse mangels Identität der Transaktionsbeziehungen meist nicht möglich ist.

¹⁰¹⁸ Vgl. Löchel (1995), S. 28

¹⁰¹⁹ Vgl. ebenda

¹⁰²⁰ Vgl. Emerson et al. (1991), S. 277-295

IV.3.2 Mikroökonomische Messungen von Transaktionsdimensionen

Eine direkte Messung von TAK ist auf mikroökonomischer Unternehmensebene kaum möglich, da diese meist nicht explizit durch das betriebliche Rechnungswesen erfasst werden, sondern in den ausgewiesenen Gemeinkosten kumuliert enthalten sind. In der Literatur herrscht weitgehend Einigkeit darüber, dass TAK nicht direkt messbar sind.¹⁰²¹ Theoretische Konzepte, die die Erfassung von TAK auf Unternehmensebene ermöglichen sollen, haben sich in der Praxis bisher nicht etablieren können.¹⁰²² Die indirekte Messung erfolgt über quantifizierbare Transaktionsdimensionen als Indikatoren für TAK.¹⁰²³ Bereits Williamson hat den Zusammenhang zwischen den Transaktionsdimensionen Spezifität, Häufigkeit sowie Unsicherheit und den TAK herausgestellt.¹⁰²⁴ Er geht davon aus, dass die Stärke der Ausprägung dieser Transaktionsdimensionen positiv mit der Höhe der TAK korreliert.¹⁰²⁵ Diese These konnte bisher nicht falsifiziert werden.¹⁰²⁶ Verschiedene Untersuchungen des US-amerikanischen Marktes bestätigten diesen Zusammenhang, welcher am stärksten bei der Dimension Spezifität ausgeprägt ist.¹⁰²⁷ Auch die Untersuchungen Picots über die Leistungstiefe von Unternehmen in der Bundesrepublik Deutschland stützen Williamsons These.¹⁰²⁸ Mikroökonomische Messungen über Indikatoren scheinen somit ein geeignetes Mittel zur prognostischen Bestimmung relativer TAK bzw. Differenzen von TAK zwischen organisatorischen Alternativen zu sein.

¹⁰²¹ Vgl. **Buchanan** (1984), **Gäfigen** (1984), **Krüsselberg** (1986), **Krüsselberg** (1992), **Schmidt** (1992) und **Schneider** (1985), **Terberger** (1994), S. 34; **Göbel** (2002), S. 153; **Terberger** (1994), S. 34; das Messbarkeitsproblem von TAK liegt hauptsächlich in der Abgrenzungproblematik zu anderen Kostenarten (PK) begründet. Die Grenzen zwischen TAK und PK können fließend sein, Kosten können sich zu beiden Kategorien oder zu keiner von beiden zuordnen lassen. Vgl. Kapitel IV.4.1

¹⁰²² Vgl. hierzu insbesondere **Albach** (1988); **Picot** (1985); **Picot** (1991); **Picot / Schneider** (1988) und **Picot / Schneider / Laub** (1989)

¹⁰²³ Vgl. **Löchel** (1995), S. 29

¹⁰²⁴ Vgl. **Williamson** (1990) S. 108ff. und **Williamson** (1991a) S. 281ff.

¹⁰²⁵ Vgl. **ebenda**

¹⁰²⁶ Perry vermittelt einen Überblick über diverse Studien hierzu. Vgl. **Perry** (1988)

¹⁰²⁷ Vgl. **Löchel** (1995), S. 29f.

¹⁰²⁸ Vgl. **Picot** (1986) und **Kirchner / Picot** (1987)

IV.3.3 Messung auf makroökonomischer Ebene

Dieser Quantifizierungsansatz geht im Wesentlichen auf die Wallis – North Studie¹⁰²⁹ zurück. Die mikroökonomischen TAK werden hierbei auf die makroökonomische Ebene transferiert, indem der Wert des Outputs bzw. der Bruttowertschöpfung eines noch näher zu definierenden Transaktionssektors gleichgesetzt wird mit der Summe des Wertes der Inputs, die eine Volkswirtschaft aufwenden muss, um diese Transaktionen abzuwickeln.¹⁰³⁰ Das bedeutet, dass der Output dieses Transaktionssektors gleich der Summe der volkswirtschaftlichen Transaktionskosten ist. Quantitativ verzeichnet die Studie für die USA einen prozentualen Anstieg der Bruttowertschöpfung dieses Sektors von 26,1 Prozent im Jahr 1870 auf 54,7 Prozent im Jahr 1970 gemessen am Bruttosozialprodukt der gesamten Volkswirtschaft.¹⁰³¹ Makroökonomische Messungen können somit nicht zur Messung einzelwirtschaftlicher TAK herangezogen werden und finden daher für die folgenden Untersuchungen keine Berücksichtigung.

Für die Analyse und Prognose der TAK in MVZ wird daher auf die mikroökonomische Messung anhand geeigneter Indikatoren auf der Grundlage definierter Transaktionskostendimensionen zurückgegriffen.

¹⁰²⁹ Vgl. **Wallis / North** (1986)

¹⁰³⁰ Vgl. **ebenda**

¹⁰³¹ Vgl. **Löchel** (1995), S. 29f.

IV.4 Problemfelder bei Transaktionen

Probleme bei der Erfassung und Bewertung von Transaktionen und den damit verbundenen Kosten können in folgenden Bereichen auftreten:

- TAK sind meist nicht direkt messbar und bilden Schnittmengen mit PK.¹⁰³² Die Abgrenzung von TAK zu PK ist somit problematisch.
- Die beteiligten Individuen handeln aufgrund begrenzter Information nur begrenzt rational. Sie sind zwar bestrebt, rationale Entscheidungen zu treffen, sind jedoch limitiert durch ihre Fähigkeiten zur Informationsaufnahme, -speicherung und -verarbeitung sowie ihre sprachliche Ausdrucksfähigkeit.¹⁰³³ Die Umwelt, in der Transaktionen stattfinden, ist zu komplex und/oder zu unsicher, um alle notwendigen Informationen¹⁰³⁴ zu verarbeiten. Es können nicht alle potenziellen Entwicklungen berücksichtigt und somit ex ante auch keine vollständigen Verträge geschlossen werden.¹⁰³⁵
- Die TAK-Theorie geht vom Verhaltensmodell des „Homo Oeconomicus“ aus. Individuen verfolgen jedoch auch Eigeninteressen nichtökonomischer Art und nutzen hierzu auch Mittel wie Betrug, Täuschung und Lüge.¹⁰³⁶ Probleme treten auf, wenn sich diese individuellen Ziele konkurrierend zueinander verhalten.¹⁰³⁷ Individuen verhalten sich in diesem Fall opportunistisch.¹⁰³⁸ Opportunistisches Verhalten wird dabei ermöglicht durch einen Informationsvorsprung eines Partners (Informationsasymmetrie) oder identische aber unvollständige Informationen bei allen Partnern und begünstigt durch

¹⁰³² Vgl. **Terberger** (1994), S. 34 i.V.m. **Göbel** (2002), S. 153

¹⁰³³ Vgl. **Williamson** (1975) S. 21f.

¹⁰³⁴ Unter „notwendigen“ Informationen wird die Gesamtheit aller Informationen zum Treffen vollständig rationaler Entscheidungen verstanden.

¹⁰³⁵ Vgl. **ebenda** S. 22ff.

¹⁰³⁶ Vgl. **Williamson** (1990) S. 54ff.

¹⁰³⁷ Vgl. **ebenda** S. 133

¹⁰³⁸ Williamson unterscheidet den Opportunismus von der „ehrlichen“ Verfolgung der eigenen Interessen, wo nur wahrheitsgemäße Angaben gemacht werden und einmal getroffene Zusagen auch eingehalten werden. Vgl. **Williamson** (1990) S. 54ff.

eine hohe Spezifität des Transaktionsobjektes, so dass die Vertragspartner nicht beliebig gewechselt werden können.¹⁰³⁹

- Die der Transaktion zugrunde liegenden Sachgüter und Dienstleistungen sind von unterschiedlicher Spezifität gekennzeichnet. Sobald Spezifität vorliegt, entstehen Transaktionsprobleme.¹⁰⁴⁰

IV.4.1 Transaktionskosten in Abgrenzung zu Produktionskosten

Die oben aufgezeigte Problematik bei der Definition von Transaktionen und deren Kosten führt zu einer nicht trennscharfen Abgrenzung von TAK zu PK. Bössmann konstatiert:

*„..., dass man sich in der Literatur immerhin darüber einig sei, Transaktionskosten seien etwas anderes als Produktionskosten...“*¹⁰⁴¹

Die exakte Abgrenzung der Begriffe erweist sich als problematisch und wird in der Literatur nach verschiedenen Kriterien vorgenommen.¹⁰⁴² Die wichtigsten Differenzierungsansätze werden im Folgenden betrachtet.

Bössmann betrachtet als Unterscheidungsmerkmal die Abhängigkeit der Kosten von der Organisationsform. TAK werden als von der Organisationsform abhängige Kostenart definiert, während PK als systemunabhängig betrachtet werden.¹⁰⁴³ Eine ähnliche Auffassung vertrat früher bereits Arrow:

¹⁰³⁹ Vgl. Göbel (2002), S. 133

¹⁰⁴⁰ Vgl. Göbel (2002), S. 137

¹⁰⁴¹ Bössmann (1982), S. 665

¹⁰⁴² Vor allem Schnittmengen und kumulierte Kosten aus PK und TAK sowie die mangelnde Messbarkeit von Transaktionskosten stellen hierbei die Hauptprobleme dar. In der Literatur herrscht weitgehend Einigkeit darüber, dass TAK nicht messbar sind. Vgl. Terberger (1994), S. 34 i.V.m. Göbel (2002), S. 153

¹⁰⁴³ Vgl. Bössmann (1982), S. 665

„The distinction between transaction costs and production costs is that the former can be varied by a change in the mode of resource allocation, while the latter depend only on the technology and tastes, and would be the same in all economic systems.“¹⁰⁴⁴

Dies setzt eine gegebene Produktionsfunktion voraus, die ausschließlich eine technische Relation zwischen Input und Output widerspiegelt und sich zwischen verschiedenen Organisationen nicht unterscheidet. Innerhalb dieser Produktionsfunktion wird somit die Organisation als gleichbleibend vorausgesetzt.¹⁰⁴⁵ Der Ressourcenverzehr der Transaktionen wird somit nicht dem technischen Produktionsprozess und damit den PK zugeordnet, sondern dem Organisationsprozess, also den TAK.¹⁰⁴⁶ Diese Differenzierung basiert auf der realitätsfernen Annahme konstanter Produktionsfunktionen und räumt bei genauerer Betrachtung nicht die Überschneidungen zwischen PK und TAK vollständig aus. Sie ist somit für die praktische Analyse nur bedingt geeignet.

Wegehenkel versucht, das Problem der Überschneidungsfreiheit auszuräumen, indem er das Referenzmodell der vollständigen Konkurrenz einführt.¹⁰⁴⁷ In diesem Modell geht er davon aus, dass alle Wirtschaftssubjekte ausschließlich als Mengenanpasser agieren, dass vollständige Markttransparenz herrscht und dass die Güter vollständig homogen sind. Transaktionskosten können somit in diesem Modell nicht existieren. Sämtliche Kosten werden im Modell als Produktionskosten im Gleichgewichtspreis erfasst. Wird dieser Modellpreis mit dem tatsächlichen Preis der Wirtschaftsrealität verglichen, beschreibt die Differenz nach Wegehenkel die Höhe der TAK. Diese Vorgehensweise erscheint plausibel und kann für die theoretisch-analytische Differenzierung sehr hilfreich sein. Für die praktische Analyse von Organisationen tritt an Stelle der Problematik der

¹⁰⁴⁴ Arrow (1969), S. 60

¹⁰⁴⁵ Vgl. Bössmann (1982), S. 665 i.V.m. Arrow (1969), S. 60

¹⁰⁴⁶ Vgl. Picot (1986), S. 2fN 2

¹⁰⁴⁷ Vgl. Wegehenkel (1981), S. 16

Definition der TAK jedoch das Problem des nur theoretisch vorkommenden und nicht real bestimmbaren Gleichgewichtspreises als Referenzgröße.¹⁰⁴⁸

Windsperger verneint hingegen die den o.g. Modellen zugrunde liegende Unabhängigkeit von PK und TAK. Er weist darauf hin, dass eine Konstanz der Produktionsfunktion bei verschiedenen Transaktionsalternativen nicht zwangsläufig besteht.¹⁰⁴⁹ Die Wahl der Transaktionsalternative determiniert somit nicht nur die TAK, sondern beeinflusst auch die PK. Dieser Argumentation folgt Albach:

„Die Produktionskosten sind praktisch nicht mehr beeinflussbare Folgekosten der Transaktionskosten der Beschaffung.“¹⁰⁵⁰

Albach nimmt in dieser Betrachtung auf die einzelnen Phasen des Transaktionsprozesses Bezug. Er unterscheidet phasenweise Such-, Anbahnungs-, Verhandlungs-, Entscheidungs-, Vereinbarungs-, Kontroll-, Anpassungs- und Beendigungskosten, ergänzt durch TAK im Bereich Forschung und Entwicklung, die Beschaffung transaktionsspezifischer Fertigungsanlagen und Werkstoffe sowie die Einrichtung von Organisationen für die Transaktionsdurchführung einschließlich der Einstellung und Schulung von Personal.¹⁰⁵¹ Im Vergleich zu den produktionsbezogenen Kostenerfassungen wird somit nicht nur auf die Art des Faktoreinsatzes, sondern auf die zeitliche Abfolge eingegangen.¹⁰⁵²

Die drei diskutierten Ansätze zur Abgrenzung von PK und TAK zeigen, dass eine trennscharfe und überschneidungsfreie Differenzierung nicht allgemeingültig herzustellen ist. Vielmehr bestehen Interdependenzen

¹⁰⁴⁸ Vgl. **Michaelis** (1998), S. 87ff. i.V.m. **Wegehenkel** (1980), S. 38 sowie **Wegehenkel** (1981), S. 16

¹⁰⁴⁹ Vgl. **Windsperger** (1985), S. 206ff.

¹⁰⁵⁰ **Albach** (1988), S. 1161

¹⁰⁵¹ Vgl. **ebenda** S. 1160ff.

¹⁰⁵² Vgl. **Jost** (2001), S. 434

zwischen beiden Kostenarten.¹⁰⁵³ Für die Analyse der Vorteilhaftigkeit einer Transaktionsalternative sind daher die Gesamtkosten als Vergleichsgröße heranzuziehen.¹⁰⁵⁴ Für eine Analyse unter rein transaktionskostentheoretischen Prämissen stellen die o.g. Ansätze jedoch eine Basis dar, auf deren Grundlage eine Differenzierung nach PK und TAK für den Einzelfall möglich scheint. Dies wird für eine Auswahl relevanter Transaktionen in MVZ im Kapitel V durchgeführt.

IV.4.2 Begrenzte Rationalität und Opportunismus

Williamson führt zwei Verhaltensannahmen in das Modell der TAK-Theorie ein, um das Instrumentarium damit wirklichkeitsnäher zu gestalten.¹⁰⁵⁵ Dies sind die Annahmen der begrenzten Rationalität und des Opportunismus.

Die begrenzte Rationalität beschreibt dabei die Unfähigkeit der Vertragspartner, vollständig rational im Sinne eines Maximierungskalküls zu handeln.¹⁰⁵⁶ Der Grund hierfür liegt in der kognitiv limitierten Fähigkeit der Informationsaufnahme und -verarbeitung aller für die Transaktion relevanten Informationen sowie in der Verfügbarkeit derselben.¹⁰⁵⁷

Opportunismus beschreibt die Verfolgung individueller Interessen auch unter Zuhilfenahme unlauterer Methoden wie List, Täuschung und Betrug.¹⁰⁵⁸ Vertragspartner versuchen demnach ihre Quasi-Rente¹⁰⁵⁹ auf

¹⁰⁵³ Vgl. **Bössmann** (1982), S. 665

¹⁰⁵⁴ Die Gesamtkosten werden dabei als ausschließliche Summe aus Produktions- und Transaktionskosten definiert. Vgl. **Kieser / Walgenbach** (2003), S. 52ff.; **Göbel** (2002) S. 139; **Picot / Reichwald / Wiegand** (2001), S. 41; **Sydow** (1992), S. 130; **Williamson** (1990) S. 25

¹⁰⁵⁵ Vgl. **Williamson** (1985), S. 44 i.V.m. **Domrös** (1993), S. 68

¹⁰⁵⁶ Die Vertragspartner tendieren zwar dazu, vollständig rational zu handeln, sind jedoch nicht in der Lage dazu. Vgl. **Bea / Göbel** (2006), S. 155

¹⁰⁵⁷ Vgl. **Domrös** (1993), S. 68f.; **Bea / Göbel** (2006), S. 155

¹⁰⁵⁸ Vgl. **Williamson** (1990), S. 54

¹⁰⁵⁹ Die Quasi-Rente bezeichnet die theoretische Differenz zwischen einem in einer Transaktion erzielbaren Preis und dem Preis der nächstbesten (aber grundsätzlich schlechteren) Verwendung. Wenn es keine andere Absatzmöglichkeit gibt, ist die Quasi-Rente gleich der Differenz

Kosten des jeweils anderen zu erhöhen. In Kombination mit spezifischen Transaktionen kann somit der unten beschriebene „lock in effect“ auftreten.¹⁰⁶⁰

Opportunistisches Verhalten wird durch asymmetrische und/oder unvollständige Informationen bei den Vertragspartnern ermöglicht. Bei vollständiger Information würde opportunistisches Verhalten sofort von allen Vertragspartnern erkannt werden. Asymmetrische Information liegt vor, wenn ein Transaktionspartner über Informationen verfügt, die ein anderer nicht hat.¹⁰⁶¹ Diese ungleiche (asymmetrische) Verteilung stellt im Rahmen der TAK-Theorie ein potenzielles Problemfeld dar, sofern opportunistisches Verhalten und eine begrenzte Rationalität der Vertragspartner¹⁰⁶² angenommen werden. Die Vertragspartner können aufgrund der mangelhaften Rationalität ex ante keine vollständigen Verträge abschließen, in denen alle potenziellen zukünftigen Probleme antizipiert sind. Diese Kombination sorgt für eine „*Informationsverteilung*“, die ein Vertragsproblem bedeutet.¹⁰⁶³

Bei begrenzter Rationalität führt eine asymmetrische Informationsverteilung zwischen den Partnern aufgrund der individuellen opportunistischen Interessensdurchsetzung¹⁰⁶⁴ zu Problemen bei der Abwicklung von Transaktionen¹⁰⁶⁵, was wiederum die Ex-post-TAK um die „Problemlösungskosten“ für die nachträgliche Vertragsanpassung, -durchsetzung oder Streit-schlichtung erhöht. Sofern die ausgetauschten Sachgüter und Dienstleistungen nicht oder nur teilweise spezifisch sind, wird dieses Problem in der Regel durch die Kontrollfunktion des Marktes gelöst. Vertragspartner, die

zwischen dem Preis und den durchschnittlichen variablen Kosten des Gutes oder der Leistung.
Vgl. Göbel (2002), S. 138

¹⁰⁶⁰ Vgl. Kapitel IV.4.2 i.V.m. Williamson (1990), S. 61

¹⁰⁶¹ Vgl. Kräkel (2004), S. 20

¹⁰⁶² Vgl. oben i.V.m. Vgl. Bea / Göbel (2006), S. 155; Williamson (1990), S. 54

¹⁰⁶³ Vgl. Williamson (1990) S. 57f., 76

¹⁰⁶⁴ Der Transaktionspartner mit der vollständigeren Information hat grundsätzlich bessere Möglichkeiten, sich opportunistisch zu verhalten und sich die Quasi-Rente des schlechter informierten Partners anzueignen.

¹⁰⁶⁵ Vgl. Williamson (1990), S. 57f., 76

eine asymmetrische Informationsverteilung durch erkennbar opportunistisches Verhalten ausgenutzt haben, werden für folgende Vertragsverhandlungen durch den Wettbewerb vom Markt verdrängt. Der Wettbewerb am Markt nivelliert somit die asymmetrische Informationsverteilung und verhindert ein vollständig opportunistisches Verhalten der Partner.¹⁰⁶⁶ Ein durch den Markt nicht zu lösendes Problem tritt auf, wenn eine asymmetrische Informationsverteilung und begrenzte Rationalität bei der Transaktion eines hochspezifischen Gutes oder einer hochspezifischen Leistung vorliegen.¹⁰⁶⁷ Hier hat der Partner mit dem Informationsvorsprung einen entscheidenden Vorteil, den er bei opportunistischem Verhalten vollständig zu Lasten des anderen Partners nutzen kann. In der Realität können dabei verschiedene Fälle auftreten, in denen beispielsweise jeder Partner über bestimmte Informationsvorsprünge gegenüber dem anderen, so genannte „private Informationen“, verfügt.¹⁰⁶⁸ Konfliktpotenzial ergibt sich ebenfalls, wenn zwar eine identische Informationsverteilung zwischen den Partnern vorliegt, die Informationen jedoch so unvollständig sind, dass die Vertragspartner gezwungen sind, den Vertrag ständig an eintretende Veränderungen der Umwelt anzupassen. Unvollständige Information und begrenzte Rationalität verstärken sich in ihrer (negativen) Wirkung hierbei gegenseitig und erhöhen die TAK ex post um die Kosten der Vertragsanpassung.¹⁰⁶⁹ Für eine Auftragsbeziehung können grundsätzlich zwei Formen der asymmetrischen Informationsverteilung unterschieden werden:

- Der Auftragnehmer verfügt über Handlungsalternativen, die dem Auftraggeber unbekannt sind.¹⁰⁷⁰ Nachvertraglicher Opportunismus wirft dann das so genannte „moral hazard“-Problem auf.¹⁰⁷¹

¹⁰⁶⁶ Vgl. **Williamson** (1975), S. 27

¹⁰⁶⁷ Vgl. **Göbel** (2002), S. 135f.

¹⁰⁶⁸ Vgl. **Kräkel** (2004), S. 20f.

¹⁰⁶⁹ Vgl. **Göbel** (2002), S. 135

¹⁰⁷⁰ Im Rahmen der Principal-Agent-Theorie werden der Auftraggeber als Principal und der Auftragnehmer als Agent bezeichnet. Vgl. **Breisig** (2006), S. 60f.

¹⁰⁷¹ Vgl. **Kräkel** (2004), S. 23

- Der Auftragnehmer verfügt über Informationen hinsichtlich entscheidungsrelevanter Tatsachen, die dem Auftraggeber unbekannt sind. Es tritt das Problem der „adversen Selektion“ auf.¹⁰⁷²

Probleme können sich sogar dann ergeben, wenn die Vertragsparteien identische und nahezu vollständige Informationen besitzen und somit ex ante alle potenziellen Ereignisse vertraglich geregelt haben. Ein opportunistisch handelnder Vertragspartner kann auch in dieser Situation lügen und eingetretene Umweltbedingungen oder die dazugehörigen vertraglichen Festlegungen falsch darstellen oder auslegen. Ein mit der Schlichtung beauftragter Dritter¹⁰⁷³ kann aufgrund mangelnder Information die Situation nicht eindeutig klären. Diese Informationsasymmetrie gegenüber Dritten führt im Fall des geschilderten opportunistischen Verhaltens ebenfalls zu zusätzlichen Ex-post-TAK.¹⁰⁷⁴

Im Gegensatz zur Principal-Agent-Theorie geht die TAK-Theorie nicht davon aus, dass vertragliche Vereinbarungen in jedem Fall eingehalten werden (Opportunismusannahme), da sie notfalls problemlos und ggf. sogar kostenlos gerichtlich durchgesetzt werden können, sondern berücksichtigt die dabei entstehenden Kosten in Form der Durchsetzungskosten als Ex-post-TAK.

An verschiedenen Stellen wird in der Literatur kritisiert, dass die Prämissen der begrenzten Rationalität und des Opportunismus nicht wie durch Williamson postuliert den Präferenzen, sondern den Restriktionen der Individuen zuzuordnen seien.¹⁰⁷⁵ Diese Diskussion soll an dieser Stelle nicht aufgegriffen werden, da die Zuordnung zur Präferenzstruktur oder zu den

¹⁰⁷² In der Literatur wird für den Begriff des „moral hazard“ auch die Bezeichnung „hidden action“ und für den Begriff „adverse selection“ die Bezeichnung „hidden information“ verwandt. Vgl. **Arrow** (1985), S. 38; **Campbell** (1995), S. 10; **Kräkel** (2004), S. 23; teilweise wird „moral hazard“ in „hidden action“ und „hidden information“ unterteilt, während „adverse selection“ als „hidden characteristics“ bezeichnet werden. Vgl. **Schweizer** (1996), S. 232f.; **Richter / Furubotn** (2003), S. 239ff.; **Jost** (2001)

¹⁰⁷³ Dies können sowohl ein außergerichtlicher Schlichter oder Sachverständiger als auch ein Gericht sein. Vgl. Kapitel IV.5.3.2 i.V.m. **Williamson** (1990), S. 12; **Göbel** (2002), S. 144

¹⁰⁷⁴ Vgl. **Göbel** (2002), S. 136

¹⁰⁷⁵ So z.B. bei **Schumann** (1992), S. 436f.; **Pies** (1993), S. 229; **Domrös** (1993), S. 68f.

Restriktionen für diese Arbeit unerheblich ist. Begrenzte Rationalität und Opportunismus werden im Folgenden allgemein als durch Individuen verursachte Einflussvariablen der Transaktion betrachtet.

IV.4.3 Das Problemfeld der Spezifität

„Die Bedeutung der Faktorspezifität für die Transaktionskostentheorie kann kaum hoch genug veranschlagt werden.“¹⁰⁷⁶

Spezifität bedeutet Einzigartigkeit und die daraus resultierende Nicht-Austauschbarkeit eines Gutes oder einer Leistung.¹⁰⁷⁷ Vertragspartner haben bei nichtspezifischen Transaktionsobjekten grundsätzlich die Wahl zwischen annähernd homogenen Gütern und Leistungen am Markt.¹⁰⁷⁸ Sie können die Angebote verschiedener Wettbewerber vergleichen, opportunistische Wettbewerber identifizieren und einen Partner für die Transaktion am Markt auswählen. Transaktionsprobleme entstehen jedoch, sobald Spezifität vorliegt und die paarweise Identität der Vertragspartner an Bedeutung gewinnt.¹⁰⁷⁹ Das Ausmaß der Spezifität ist somit die entscheidende Bestimmungsgröße für die Höhe notwendiger idiosynkratischer Investitionen in Sach- und Humankapital.¹⁰⁸⁰ Spezifität begünstigt somit das Auftreten des „moral hazard“, da die Abhängigkeit des investierenden Partners steigt.¹⁰⁸¹ Ein hochspezifisches Gut oder eine hochspezifische Leistung kann beispielsweise nur durch einen einzigen Wettbewerber angeboten oder nachgefragt werden. Es ist sogar möglich, dass die-

¹⁰⁷⁶ Williamson (1990), S. 64

¹⁰⁷⁷ Vgl. Breisig (2006), S. 59

¹⁰⁷⁸ Vgl. Kapitel IV.5.3.1 i.V.m. Göbel (2002) S. 137

¹⁰⁷⁹ Vgl. Göbel (2002), S. 137

¹⁰⁸⁰ Die Transaktion spezifischer Sachgüter und Dienstleistungen erfordert spezielle Investitionen, die für andere Transaktionen nicht oder nur sehr begrenzt nutzbar sind. Vgl. Stahl (1995), S. 92

¹⁰⁸¹ Nachvertraglicher Opportunismus führt zu kostenintensiven Vertragsnachverhandlungen, wobei der Partner mit den getätigten spezifischen Investitionen die schlechtere Verhandlungsposition innehat. Vgl. Kieser / Walgenbach (2003), S. 53; Picot / Dietl (1990), S. 179f

ses Gut / diese Leistung so spezifisch ist, dass sie auf dem Markt überhaupt nicht angeboten wird. In diesem Fall ist die unternehmensinterne Bereitstellung die einzige Möglichkeit der Bedarfsdeckung.¹⁰⁸² Sobald das Transaktionsobjekt nur von einem (internen oder externen) Anbieter bereitgestellt wird, ergibt sich ein Motivationsproblem. Informationsasymmetrien sind nicht mehr ausgleichbar¹⁰⁸³, ein Vergleich mit anderen Anbietern ist nicht möglich und Wettbewerb als Kontrollmechanismus kann nicht entstehen, da die Drohung der Nichtkontrahierung wenig glaubwürdig ist, solange kein adäquater Ersatzpartner vorhanden ist. Einer oder beide Vertragspartner sind in der Vertragsbeziehung quasi gefangen – es besteht für sie eine so genannte „lock-in“- Situation¹⁰⁸⁴. Die durch die Spezifität verbundenen Vertragsparteien versuchen daher die Renten- bzw. Nutzenverteilung durch Verhandlungen während der Vertragslaufzeit bzw. vor einer Vertragswiederholung zu ihren Gunsten zu beeinflussen. Dieses Verhalten nennt Williamson „hold up“¹⁰⁸⁵. Das nachträgliche „Feilschen“ um Vertragsanpassungen und -auslegungen verursacht erhebliche Ex-post-TAK als Kosten der Anpassung und Durchsetzung.¹⁰⁸⁶ Die „hold up“-Gefahr ist umso größer, je einseitiger die „lock in“-Situation ist. Hat sich beispielsweise ein Lieferant durch die Fertigung hochspezifischer Güter besonders von einem Kunden abhängig gemacht, so kann der Kunde versuchen, in Nach- und Neuverhandlungen den Preis für dieses Gut zu drücken. Chancen für Nachverhandlungen bieten sich bei Änderungen der Umweltbedingungen, wie z.B. der Rohstoffpreise oder der Transportkosten, welche eine Vertragsanpassung nahe legen. Kann der Kunde einerseits auf andere Lieferanten ausweichen, der Lieferant andererseits auf-

¹⁰⁸² Vgl. **Göbel** (2002), S. 137

¹⁰⁸³ Vgl. Kapitel IV.4.2 i.V.m. **Kräkel** (2004), S. 20

¹⁰⁸⁴ Diese „lock in“- Situation allein stellt noch kein Transaktionsproblem dar. Erst bei opportunistischem Verhalten und asymmetrischer Information bietet sie einzelnen Vertragspartnern die Möglichkeit sich Teile der Quasi-Rente anderer Vertragspartner anzueignen. Vgl. **Williamson** (1990), S. 61

¹⁰⁸⁵ „hold up“ und „moral hazard“ beschreiben im Wesentlichen dasselbe Phänomen des nachvertraglichen Opportunismus zum Zweck der Verschiebung der Quasi-Renten. Lediglich die Ursachen dieses Phänomens differieren. Vgl. **Williamson** (1990), S. 61

¹⁰⁸⁶ Vgl. **Göbel** (2002), S. 137

grund der hohen Abhängigkeit aber keine Beendigung des Vertragsverhältnisses in Kauf nehmen, so ist die Verhandlungsposition des Kunden deutlich stärker und die „hold up“-Gefahr sehr hoch.¹⁰⁸⁷ Der stärkere Partner wird versuchen, sich die Quasi-Rente des schwächeren Partners anzueignen.¹⁰⁸⁸ Die Situation des Lieferanten verschlechtert sich weiterhin, je höher seine getätigten spezifischen Investitionen zur Fertigung des Gutes sind. Hat er hohe, nicht transferierbare idiosynkratische Investitionen einmal getätigt, ist er dem Kunden quasi ausgeliefert.¹⁰⁸⁹ Die begrenzte Rationalität ermöglicht keine vollständige ex ante vertragliche Regelung dieser Situation.¹⁰⁹⁰ Preisanpassungsklauseln u.Ä. können in begrenztem Umfang Abhilfe schaffen, berücksichtigen jedoch immer nur einen Teil der möglichen Umweltveränderungen. Eine Schlichtung durch Dritte ist aufgrund fehlender Information und opportunistischen Verhaltens ebenfalls als schwierig zu bewerten.¹⁰⁹¹ Dem abhängigen Vertragspartner sind hier zwei wesentliche Mittel zur Vertragsdurchsetzung genommen, da er mit der Kündigung des Vertrages oder mit der gerichtlichen Durchsetzung („fire or sue“)¹⁰⁹² sich selbst schaden würde. Beim Zusammentreffen begrenzter Rationalität, Opportunismus und Spezifität ergeben sich somit Transaktionsprobleme, die zusätzliche hohe TAK verursachen.

„Dies ist die Welt, mit der sich die Transaktionskostentheorie befasst.“¹⁰⁹³

¹⁰⁸⁷ Vgl. **ebenda** S. 138

¹⁰⁸⁸ Besteht keine andere Absatzmöglichkeit, kann der Kunde den Preis maximal bis zur Höhe der durchschnittlichen variablen Kosten des Lieferanten drücken, da dieser unter diesem Preis das Gut vom Markt nehmen würde. Der Kunde könnte sich somit die vollständige Quasi-Produzentenrente aneignen. Vgl. **Göbel** (2002), S. 138

¹⁰⁸⁹ Vgl. **Göbel** (2002), S. 138

¹⁰⁹⁰ Vgl. Kapitel IV.4.2 i.V.m. **Bea / Göbel** (2006), S. 155

¹⁰⁹¹ Vgl. Kapitel IV.4.2 i.V.m. **Göbel** (2002), S. 136

¹⁰⁹² Vgl. **Alchian / Demsetz** (1972), S. 777

¹⁰⁹³ **Williamson** (1990), S. 36

IV.5 Bewertung und Absicherung von Transaktionen

IV.5.1 Der ordinale Institutionenvergleich

Zweck des TAK-Ansatzes ist es, zu identifizieren, welche institutionelle Organisationsform respektive welches Überwachungs- und Beherrschungssystem bei welcher Art von Transaktionen, beschrieben durch die Ausprägung der Transaktionsmerkmale, die geringsten TAK verursacht.¹⁰⁹⁴ Dabei muss die Transaktion so organisiert werden, dass

„ ... die begrenzte Rationalität sparsam eingesetzt wird, die Transaktionen aber gleichzeitig vor den Risiken des Opportunismus geschützt werden.“¹⁰⁹⁵

Welche Organisationsform für die jeweilige Transaktion geeigneter ist, kann bestimmt werden durch den Vergleich der jeweiligen Summen aus den Produktionskosten und den TAK.¹⁰⁹⁶ Folgende Schritte müssen hierzu vollzogen werden:

1. Die charakteristischen Eigenschaften der jeweiligen Transaktion einschließlich der Transaktionsgüter sind zu identifizieren.¹⁰⁹⁷
2. Die charakteristischen Eigenschaften alternativer Überwachungs- und Beherrschungssysteme in Form von Organisations- und Vertragsalternativen sind zu beschreiben.¹⁰⁹⁸
3. Es ist ein ordinaler Institutionenvergleich¹⁰⁹⁹ durchzuführen, um zu definieren, welche institutionelle Ausgestaltung bei welcher Art von

¹⁰⁹⁴ Vgl. Vgl. **Kieser / Walgenbach** (2003), S. 52ff.; **Göbel** (2002) S. 139; **Picot / Reichwald / Wiegand** (2001), S. 41; **Sydow** (1992), S. 130; **Williamson** (1990) S. 25

¹⁰⁹⁵ **Williamson** (1990) S. 36

¹⁰⁹⁶ Vgl. **Kieser / Walgenbach** (2003), S. 52ff.; **Göbel** (2002) S. 139; **Picot / Reichwald / Wiegand** (2001), S. 41; **Sydow** (1992), S. 130; **Williamson** (1990) S. 25

¹⁰⁹⁷ Vgl. hierzu Kapitel V

¹⁰⁹⁸ Vgl. hierzu Kapitel VI.3.1

Transaktion zur geringsten Summe aus Produktionskosten und TAK führt.¹¹⁰⁰

Diese drei Schritte sollen im Folgenden näher erläutert und später auf Transaktionen Medizinischer Versorgungszentren angewandt werden.¹¹⁰¹

IV.5.2. Identifikation der charakteristischen Eigenschaften von Transaktionsgütern und Transaktionen

IV.5.2.1 Spezifität

Spezifität bezeichnet die Eigenschaft eines Gutes, bestimmte einzigartige Merkmale aufzuweisen, die es für eine bestimmte Verwendung besonders geeignet machen und einen Austausch nicht ohne weiteres ermöglichen.¹¹⁰² Es entstehen Abhängigkeiten¹¹⁰³, die eine Auflösung einer einmal eingegangenen Vereinbarung oder einen Wechsel der Vertragspartner erschweren bzw. kostenintensiv werden lassen.¹¹⁰⁴

Spezifität ist somit ein Merkmal des der Transaktion zu Grunde liegenden Gutes - nicht der Transaktion selbst. Sie beeinflusst allerdings bei der Übertragung des Gutes die Transaktion und deren Kosten signifikant und wird daher in der Literatur meist als Merkmal der Transaktion selbst defi-

¹⁰⁹⁹ Der ordinale Institutionenvergleich ist hier ausreichend, um Aussagen über die Eignung bestimmter organisatorischer Alternativen treffen zu können. Die absolute Höhe der Kosten ist hierfür von nachgeordneter Bedeutung, zumal die Messung nicht exakt möglich wäre. Vgl. **Terberger** (1994), S. 34 i.V.m. **Göbel** (2002), S. 153

¹¹⁰⁰ Vgl. Kapitel VI.4 i.V.m. **Kieser / Walgenbach** (2003), S. 52ff.; **Göbel** (2002), S. 139; **Picot / Reichwald / Wiegand** (2001), S. 41; **Sydow** (1992), S. 130; **Williamson** (1990), S. 25

¹¹⁰¹ Vgl. Kapitel V und VI

¹¹⁰² Vgl. Kapitel IV.4.3 i.V.m. **Göbel** (2002), S. 139

¹¹⁰³ Williamson bezeichnet diese Abhängigkeiten als „lock in effects“ Vgl. **Williamson** (1985), S. 53; Klein spricht hingegen bereits bei den Abhängigkeiten selbst von „hold up problems“, die Williamson als Resultat der Abhängigkeiten ansieht. Vgl. **Klein** (1980), S. 356

¹¹⁰⁴ Vgl. zur Höhe der Wechselkosten (Switching Costs) **Monteverde / Teece** (1982), S. 212; **Hennart** (1988), S. 364f.

niert.¹¹⁰⁵ Zur sprachlichen Vereinfachung werden in dieser Arbeit die Begriffe „Transaktionsmerkmale“ und „Transaktionseigenschaften“ verwandt, welche Spezifität als Gütermerkmal einschließen. Folgende sechs Unterarten der Spezifität werden nach Williamson unterschieden¹¹⁰⁶.

Standortspezifität

Ein Gut oder eine Leistung unterscheidet sich von anderen durch die Verfügbarkeit an einem bestimmten Standort.¹¹⁰⁷ Besonders bei immobilien bzw. wenig mobilen Gütern oder Leistungen gewinnt dieses Merkmal an Bedeutung.¹¹⁰⁸ Eine Immobilie für eine Praxisniederlassung in einem gesperrten Planungsbereich ist beispielsweise nicht homogen zu einer Immobilie in einem noch nicht gesperrten Zulassungsbereich, die ansonsten über gleiche Eigenschaften verfügt.

Sachkapitalspezifität

Die Sachkapitalspezifität eines Faktors beschreibt die Eignung dieses Faktors für einen bestimmten Zweck. Präzision, Umfang und Zeit sind hierbei ausschlaggebende Parameter.¹¹⁰⁹ In der Literatur werden für den Begriff der Sachkapitalspezifität auch die Begriffe funktionale Spezifität oder Faktorspezifität verwandt.¹¹¹⁰ Der Grad der Sachkapitalspezifität kann aus der Höhe der Quasi-Rente abgeleitet werden.¹¹¹¹ Unspezifische

¹¹⁰⁵ So beispielsweise bei **Göbel** (2002), S. 139f.; **Stahl** (1995), S. 92ff.; **Williamson** (1990), S. 64ff. Alle Autoren verwenden jedoch den Begriff der „Faktorspezifität“, was eine Zuordnung dieses Merkmals zum Transaktionsgut impliziert.

¹¹⁰⁶ Vgl. **Williamson** (1990), S. 108f. und **Williamson** (1991a), S. 281

¹¹⁰⁷ Vgl. **Williamson** (1990) i.V.m. **Göbel** (2002) S. 139f.

¹¹⁰⁸ Die Standortspezifität kann bei gegebener Mobilität der Güter und Dienstleistungen zum Teil kompensiert werden. Verfügen Transaktionsobjekte sowohl über eine hohe Standort- als auch eine hohe Zeitspezifität, ist diese Kompensation kaum noch möglich. Die Erbringung medizinischer Leistungen erfolgt in der Regel nach dem Uno-actu-Prinzip, was sowohl eine räumliche als auch eine zeitlich Synchronität von Leistungserbringer und Leistungsempfänger erfordert. Vgl. **Güssow** (2007), S. 84, 216

¹¹⁰⁹ Vgl. **Williamson** (1990) i.V.m. **Göbel** (2002) S. 140

¹¹¹⁰ Vgl. **Güssow** (2007), S. 84, **Stahl** (1995), S. 92

¹¹¹¹ Die Quasi-Rente bezeichnet die theoretische Differenz zwischen einem in einer Transaktion erzielbaren Preis und dem Preis der nächstbesten (aber grundsätzlich schlechteren) Verwendung. Je spezifischer ein Transaktionsobjekt ist, desto größer wird die Differenz zwischen zwei potenziellen Verwendungen bis hin zu einer einzigen möglichen Verwendung bei höchst-

Transaktionsobjekte verfügen über keine Quasi-Rente, da die nächstbeste Verwendung genauso gut ist. Je höher der Wert der Quasi-Rente ist, desto größer ist auch die Faktor- oder Sachkapitalspezifität.¹¹¹² Bestimmte diagnostische Geräte eignen sich beispielsweise besser zur Diagnosestellung bei speziellen Indikationen als andere.

Humankapitalspezifität

Dieser Teilaspekt der Spezifität bezeichnet das spezielle Wissen der Mitarbeiter zur Bereitstellung eines bestimmten Gutes oder einer bestimmten Leistung.¹¹¹³ Dieses spezielle Wissen kann einerseits auf Erfahrung basieren, andererseits aber auch gezielt durch kostenintensive Schulungs- oder Weiterbildungsmaßnahmen vermittelt worden sein. Hierbei kann in Humankapital investiert werden, dass im Zweifel nur für eine bestimmte Art von medizinischen Transaktionen verwendbar ist und darüber hinaus nicht zur Anwendung kommt.¹¹¹⁴ Die Weiterbildung zum Erwerb der Berechtigung zur vertragsärztlichen Erbringung von Akupunkturleistungen erfordert hohe Investitionen (finanziell und zeitlich) in das Humankapital, die sich wiederum durch eine entsprechend hohe Zahl von Leistungen amortisieren müssen.¹¹¹⁵

Zeitspezifität

Der Zeitpunkt der Bereitstellung eines Gutes oder einer Leistung ist von entscheidender Bedeutung für den Nutzen der Bereitstellung insgesamt.¹¹¹⁶ Zeitspezifität kann Lagerhaltung bedingen, was zusätzliche Kos-

ter Spezifität, wobei die Quasi-Rente der Differenz zwischen dem Preis und den durchschnittlichen variablen Kosten des Transaktionsobjektes entspricht. Vgl. **Göbel** (2002), S. 138

¹¹¹² Vgl. **Klein / Crawford / Alchian** (1978), S. 298ff.; **Picot / Dietl** (1990), S. 179; **Schumann** (1987), S. 395

¹¹¹³ Vgl. **Williamson** (1990) i.V.m. **Göbel** (2002) S. 140

¹¹¹⁴ Solche Investitionen erhöhen somit stark die Abhängigkeit von bestimmten Leistungen. Vgl. **Stahl** (1995), S. 92

¹¹¹⁵ „Voraussetzung für die Abrechnung über die KV ist, dass Ärzte bis zum 1. Januar 2008 eine mindestens 200-stündige Zusatz-Weiterbildung Akupunktur sowie 80-stündige Kurse in psychosomatischer Grundversorgung und Schmerztherapie nachweisen.“ **o.V.** (2007c), S. 8

¹¹¹⁶ Vgl. **Williamson** (1990) S. 108f. i.V.m. **Göbel** (2002) S. 140

ten verursacht.¹¹¹⁷ Bei entsprechend mobilen Gütern ist die Zeitspezifität in engem Zusammenhang mit der Standortspezifität zu betrachten, da sich die beiden Parameter wechselseitig beeinflussen. Besondere Bedeutung gewinnt die Zeitspezifität bei direkten Dienstleistungen, die nach dem Uno-actu-Prinzip zeitlich und räumlich synchron am Kunden bzw. Patienten erbracht werden. Hier ist der Zeitpunkt der Leistungserbringung von entscheidender Bedeutung, da er mit der Zeit des Kunden synchronisiert werden muss. Eine Notoperation zu einem Zeitpunkt t_1 ist beispielsweise nicht homogen zu derselben Operation zu einem späteren Zeitpunkt t_2 . Zeitspezifität ist bei medizinischen Leistungen somit von herausgehobener Bedeutung.

Markennamensspezifität

Sachgüter und Dienstleistungen mit einem Markennamen sind nicht homogen zu so genannten „no name“-Produkten und -Leistungen. Die Reputation und das Image des Markennamens spielen hierbei eine wichtige Rolle.¹¹¹⁸ Zur Erhaltung dieser Reputation sind wiederum Qualitätsstandards¹¹¹⁹ einzuhalten und entsprechend hochwertige Rohstoffe mit einer hohen Präzision zu verarbeiten bzw. hochwertige Leistungen durch bestmöglich geschultes Personal anzubieten. Hierzu ist meist eine entsprechende Sachkapital- und Humankapitalspezifität erforderlich. Für die Qualität des Markennamens ist es von entscheidender Bedeutung, wer die Produkte und Leistungen bereitstellt und präsentiert.¹¹²⁰ Es herrscht hier eine stärkere Bindung an bestimmte Vertriebskanäle.

¹¹¹⁷ Für medizinische Leistungen gilt der Grundsatz der Nichtkonservierbarkeit aufgrund der zeitlichen Synchronität und der Erbringung nach dem Uno-actu-Prinzip. Vgl. **Güssow** (2007), S. 84, 216

¹¹¹⁸ Vgl. **Williamson** (1990) S. 108f. i.V.m. **Göbel** (2002) S. 140

¹¹¹⁹ Vgl. zu Qualitätsstandards in der medizinischen Leistungserbringung Kapitel III.11 i.V.m. **Schmutte** (1999), S. 648; **Schmutte** (1998), S. 85ff.

¹¹²⁰ Das MVZ POLIKUM GmbH in Berlin verfolgt beispielsweise mit der POLIKUM Gruppe die Vision, eine deutschlandweite qualitativ hochwertige Marke in der ambulanten medizinischen Leistungserbringung zu etablieren. Der (potenzielle) Patient soll aus dem Markennamen unmittelbar die zentralen Werte der Marke erkennen. Vgl. **Amelung** (2007), S. 226

Diese Auflistung der Spezifitätsparameter ist nicht erschöpfend, denn welche Eigenschaften eines Gutes oder einer Leistung spezifisch sind, bestimmt letztendlich der Abnehmer. Legt dieser Wert auf Design, Qualität, Herkunft oder Sicherheitsaspekte des Gutes / der Leistung, so sind diese Merkmale für diese Transaktion spezifisch.¹¹²¹

Durch Spezifität entstehen dem Anbieter Vor- und Nachteile. Vorteilhaft sind der höhere Wert einer Transaktion und die Bündelung des Know-hows bei höherer Spezifität. Die räumliche Nähe zu Zulieferern senkt Transportkosten, Spezialmaschinen fertigen schnell, präzise und kostengünstig, gut geschulte Mitarbeiter erledigen ihre Aufgaben schnell und effektiv, „just in time“-Fertigung spart Lagerkosten, ein guter Markenname schützt vor Preiswettbewerb und abnehmerspezifische Investitionen ermöglichen die Transaktion erst.¹¹²²

Nachteilig ist die hohe Bindung der eingesetzten Faktoren an die spezifische Verwendung und die hohe Abhängigkeit von einzelnen Vertragspartnern.¹¹²³ Muss ein Zulieferer gewechselt werden, ist die räumliche Nähe nicht mehr gegeben, die Spezialmaschine hat möglicherweise nur noch Schrottwert, wenn die gefertigten Teile nicht mehr nachgefragt werden, Spezialkenntnisse eines Mitarbeiter über innerbetriebliche Abläufe sind

Eine Markennamenstrategie im ambulanten Gesundheitssektor verfolgt beispielsweise auch die Zahnarztkette Mc Zahn, die nach eigenen Angaben qualitativ hochwertigen Zahnersatz zum Nulltarif anbietet: *„Trotz Nulltarif - McZahn legt großen Wert auf höchste Qualität. Alle McZahn Zentren entsprechen den höchsten Hygienerichtlinien des Robert Koch Institutes und sind nach ISO-Norm zertifiziert. Alle Labore, in denen McZahn fertigen lässt, sind TÜV-geprüft und alle Materialien, die dort Verwendung finden, sind absolut CE-konform. Jede Arbeit wird zudem in unserem Meisterlabor in Willich einer strengen Endkontrolle unterzogen. Deshalb gibt es bei McZahn drei Jahre Garantie (optional fünf). Alle McZahn Mitarbeiter werden im eigenen Schulungszentrum regelmässig durch erstklassige Referenten mit den neuesten zahnmedizinischen Erkenntnissen und der neuesten Technik vertraut gemacht.“*

<http://www.mczahn.de/seite.php?p=0&m=1&s=1> vom 01.08.2007

¹¹²¹ Vgl. Göbel (2002), S. 140

¹¹²² Diese Vorteile gewinnen insbesondere dann an Bedeutung, wenn es gelingt die begrenzte Rationalität und die Opportunismusgefahr zu minimieren. Vgl. Kapitel IV.4.2 i. V. m. Bea / Göbel (2006), S. 155; Williamson (1990), S. 54

¹¹²³ Die Abhängigkeit eines Partners führt zum Problem des „moral hazard“ und zu nachvertraglichem Opportunismus, was kostenintensive Nachverhandlungen verursachen kann. Vgl. Kieser / Walgenbach (2003), S. 53; Picot / Dietl (1990), S. 179f.

auf dem freien Arbeitsmarkt wertlos, ein guter Markenname bindet an die entsprechenden Vertriebskanäle, da die Reputation bei Vertrieb über z.B. einen Discounter verloren wäre.¹¹²⁴

Die Identität der Transaktionspartner spielt bei hoher Spezifität eine wichtige Rolle und die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses wird grundsätzlich von beiden Vertragspartnern angestrebt. Die Transaktionspartner können beide hohe Quasi-Renten erzielen, solange ein relatives Machtgleichgewicht zwischen ihnen herrscht.¹¹²⁵ Bei einer Verschiebung dieses Macht- bzw. Informationsgleichgewichts ist jedoch die Gefahr des „hold up“ sehr hoch. Der mächtigere Partner wird versuchen, durch Nachverhandlungen einen Teil der Quasi-Rente des schwächeren Partners zu erlangen.¹¹²⁶

Transaktionen, die durch spezifische Investitionen gekennzeichnet sind, bedürfen daher einer organisatorischen Absicherung, da die Gefahr eines „hold up“ und der damit verbundenen Ex-post-TAK ansonsten so hoch ist, dass diese Investition möglicherweise nicht getätigt wird – die Transaktion somit nicht stattfindet.¹¹²⁷ Spezifität ist keine fixe Eigenschaft von Transaktionen. Ehemals homogene Transaktionen über den Markt, bei denen der Wettbewerb opportunistisches Verhalten eindämmt, entwickeln im Laufe der Zeit eine gewisse Spezifität. Dieser von Williamson als „fundamentale Transformation“¹¹²⁸ bezeichnete Wandel vom unspezifischen zum spezifischen Faktor erfolgt durch die wachsende Erfahrung und Vertrautheit der Transaktionspartner im Umgang miteinander. Ein Lieferant, der beispielsweise schon mehrere Transaktionen für denselben Kunden getätigt hat, kennt die Verfahren, die Mitarbeiter und hat bereits seine Zuverlässigkeit unter Beweis stellen können und somit eine gewisse Reputation erworben.

¹¹²⁴ Vgl. **Göbel** (2002), S. 140f.

¹¹²⁵ Dieses Gleichgewicht wird unter anderem durch die Informationsverteilung zwischen den Transaktionspartnern bestimmt. Vgl. Kapitel IV.4.2 i.V.m. **Kräkel** (2004), S. 20; **Williamson** (1990) S. 57f., 76

¹¹²⁶ Vgl. Kapitel IV.4.2 i.V.m. **Williamson** (1985), S. 44; **Domrös** (1993), S. 68; **Göbel** (2002), S. 138

¹¹²⁷ Vgl. **Göbel** (2002), S. 141

¹¹²⁸ Vgl. **Williamson** (1990) S. 70

Er unterscheidet sich dadurch vom anonymen Marktpartner und ist nicht mehr ohne weiteres gegen einen unbekanntem Konkurrenten auszutauschen.¹¹²⁹

IV.5.2.2 Strategische Relevanz

Die Berücksichtigung der Strategischen Relevanz als transaktionskostenrelevantes Merkmal erfolgt in der Literatur bisher nur ansatzweise.¹¹³⁰

Strategische Relevanz ist zunächst ein Merkmal von Gütern. In dieser Arbeit liegen ausschließlich Güter, die übertragen werden, im Fokus der Analyse. Die Übertragung kann dabei sowohl in die Organisation hinein als auch aus der Organisation heraus erfolgen.¹¹³¹

Strategische Relevanz ist als Merkmal eines Gutes zu betrachten, welches bei einer Transaktion auf den Vorgang der Transaktion übertragen wird und somit zum Merkmal der Transaktion selbst wird. In Analogie zur Spezifität von Transaktionen kann konstatiert werden, dass die Wichtigkeit des Transaktionsgutes (und somit auch der Transaktion) bei gleichzeitiger Opportunitätsgefahr und begrenzter Rationalität¹¹³² Einfluss auf die organisatorischen Absicherungsalternativen und somit auf die Höhe der TAK hat.¹¹³³ Strategische Relevanz beschreibt dabei neben der Bedeutung der Transaktion (Wichtigkeit) den Grad der Interdependenzen der Transaktionspartner und der Transaktionsobjekte.¹¹³⁴ Weiterhin beinhalten die zu erwartende Dauer und der Beitrag zum Unternehmenserfolg der Transaktion Implikationen für die strategische Relevanz. Langfristige¹¹³⁵ und für den Unternehmenserfolg bedeutende Transaktionen weisen eine hohe strategische Relevanz auf im Gegensatz zu eher kurzfristigen Transaktio-

¹¹²⁹ Vgl. **Rotering** (1993), S. 117; **Göbel** (2002), S. 141

¹¹³⁰ So z.B. bei **Picot** (1991), S. 345ff. und **Rotering** (1993), S. 121ff.

¹¹³¹ Vgl. Kapitel V.2 und V.3 mit der Unterscheidung in beschaffungs- und absatzseitige Transaktionsgüter

¹¹³² Vgl. Kapitel IV.4.2 i.V.m. **Bea / Göbel** (2006), S. 155; **Williamson** (1990), S. 54

¹¹³³ Vgl. **Rotering** (1993), S. 121

¹¹³⁴ Vgl. **Güssow** (2007), S. 84

¹¹³⁵ Hierzu zählen auch wiederkehrende Transaktionen, die zwar formal als einzelne (kurzfristige) Transaktionen im betrieblichen Rechnungswesen Eingang finden, faktisch aber Teile einer langfristigen (strategischen) Beziehung sind.

nen, die für den Unternehmenserfolg nur eine nachgeordnete Rolle spielen. Die strategische Relevanz der Transaktion hat somit nicht unerheblichen Einfluss auf die Höhe der entstehenden Kosten.¹¹³⁶ Eine weitere Analogie zum Transaktionsmerkmal der Spezifität¹¹³⁷ besteht im Einfluss auf das Risiko opportunistischen Verhaltens.¹¹³⁸ Potenzielle Schäden durch Beeinträchtigungen oder Beendigung der Transaktion sind bei strategisch relevanten Transaktionen sehr hoch. Sie können im Extremfall sogar existenzielle Bedeutung für einen oder mehrere Vertragspartner haben. Die daher zu implementierenden komplexen Sicherungs- und Kontrollsysteme verursachen erhebliche einmalige sowie laufende Kosten - Transaktionskosten.¹¹³⁹ Der Grad der entstehenden Transaktionskosten korreliert damit positiv mit der strategischen Relevanz von Transaktionen.

IV.5.2.3 Unsicherheit

Unsicherheit als Einflussfaktor für Transaktionen lässt sich unterscheiden in parametrische Unsicherheit über die situativen Rahmenbedingungen, auch als Umweltunsicherheit bezeichnet, und in Unkenntnis über das Verhalten der Transaktionspartner, auch als Verhaltensunsicherheit bezeichnet.¹¹⁴⁰ Beide Arten sind eng miteinander verbunden und beeinflussen sich wechselseitig.¹¹⁴¹

Verhaltensunsicherheit

Die Verhaltensunsicherheit bezieht sich auf das erwartete Verhalten des jeweils anderen Vertragspartners.¹¹⁴² Da keiner der Partner das Verhalten

¹¹³⁶ Vgl. **Rotering** (1993) S. 121

¹¹³⁷ Vgl. Kapitel IV.5.2.1

¹¹³⁸ Ist dem Vertragspartner die (hohe) strategische Relevanz einer Transaktion bekannt, kann er versuchen, dies auszunutzen, indem er versucht, sich einen Teil der Quasi-Rente des anderen Partners durch opportunistisches Verhalten zu sichern. Der Vertragspartner für den die Transaktion von hoher strategischer Bedeutung ist, ist wie bei hochspezifischen Transaktionen durch den „lock in“-Effekt gebunden. Dieser Effekt potenziert sich bei spezifischen Transaktionen mit hoher strategischer Relevanz. Vgl. **Williamson** (1990), S. 61

¹¹³⁹ Vgl. **Rotering** (1993), S. 121

¹¹⁴⁰ Vgl. **Picot / Dietl / Franck** (1999), S. 69

¹¹⁴¹ Vgl. **Göbel** (2002), S. 141

¹¹⁴² Vgl. **Breisig** (2006), S. 59

des anderen ex ante exakt vorhersagen kann, wird jeder versuchen, durch sein eigenes Verhalten das des anderen Partners zu antizipieren, um so einen größtmöglichen Vorteil zu generieren.¹¹⁴³ Hierbei werden auch opportunistische Praktiken wie Lügen, Verschleierung oder Zurückhaltung von Informationen angewandt.¹¹⁴⁴ Die Möglichkeiten des Verhaltens des Partners und der eigenen Antizipation sind so vielfältig, dass eine Verhaltensprognose nicht einmal näherungsweise möglich ist.¹¹⁴⁵ Lediglich das Risiko für opportunistisches Verhalten kann abgeschätzt werden. Je höher das Risiko hierfür eingeschätzt wird, desto notwendiger und aufwendiger wird die organisatorische Absicherung der Transaktion – es entstehen zusätzliche TAK.¹¹⁴⁶

Umweltunsicherheit

Veränderungen der Umweltsituation können die Transaktion stören und Vertragsanpassungen notwendig machen, was wiederum Ex-post-TAK verursacht.¹¹⁴⁷ Änderungen der Rohstoffpreise, der Nachfragesituation o.Ä. können die Verteilung der Quasi-Renten zwischen den Vertragspartnern aus dem Gleichgewicht bringen und somit Bestrebungen zur nachträglichen Vertragsanpassung beim schlechter gestellten Partner hervorrufen.¹¹⁴⁸ Hierbei wird deutlich, dass aufgrund der Unkenntnis über die Reaktion des jeweiligen anderen Partners auf Änderungen der Umweltsituation, die Umweltunsicherheit direkten Einfluss auf die Verhaltensunsicherheit hat. Aufgrund der begrenzten Rationalität ist es den Vertragspartnern nicht möglich, alle potenziellen Umweltveränderungen und die daraus resultierenden Veränderungen im Verhalten der Partner zu antizipieren und vertraglich festzuhalten.¹¹⁴⁹ Die vertraglichen Lücken sind somit umso größer, je mehr Unsicherheit herrscht. Dies hat eine quantitativ sowie qua-

¹¹⁴³ Vgl. **Göbel** (2002), S. 142

¹¹⁴⁴ Vgl. Kapitel IV.4.2 i.V.m. **Williamson** (1990), S. 54

¹¹⁴⁵ Vgl. **Williamson** (1990), S. 66 i.V.m. **Göbel** (2002), S. 142

¹¹⁴⁶ Vgl. **Stahl** (1995), S. 94

¹¹⁴⁷ Vgl. **Picot / Reichwald / Wiegand** (2001), S. 43

¹¹⁴⁸ Vgl. **Göbel** (2002), S. 142

¹¹⁴⁹ Vgl. Kapitel IV.4.2. i.V.m. **Bea / Göbel** (2006), S. 155

litativ höhere Ex-post-Vertragsanpassung und somit höhere Kosten zur Folge.¹¹⁵⁰ Besonders bei spezifischen und bei strategisch relevanten Transaktionen sorgt eine hohe Unsicherheit für Konfliktpotenzial. Spezifische und strategisch relevante Transaktionen sind in der Regel langfristig ausgerichtet, was die Wahrscheinlichkeit von Umweltveränderungen steigen lässt.

Bei hoher Verhaltensunsicherheit sind die Vertragspartner bei spezifischen und strategisch relevanten Transaktionen zwar einerseits nicht ohne Weiteres in der Lage, auf opportunistisches Verhalten mit Kündigung des Vertrages zu reagieren, andererseits ist die Verhaltensunsicherheit aufgrund der Langfristigkeit und der sich daraus ergebenden Kenntnis des Partners tendenziell auch geringer als bei einmaligen unspezifischen Transaktionen.¹¹⁵¹

IV.5.2.4 Häufigkeit

Die Häufigkeit¹¹⁵² einer Transaktion ist mit entscheidend dafür, ob und in welchem Umfang für diese Transaktion ein spezielles Überwachungs- und Beherrschungssystem zu implementieren ist, da sie die Amortisationszeit aufwendiger organisatorischer Überwachungs- und Beherrschungssysteme bestimmt.¹¹⁵³

Die spezifische Inanspruchnahme radiologischer Leistungen findet beispielsweise so oft statt, dass hier spezielle Überwachungs- und Kontrollmechanismen organisatorisch zu implementieren sind, die sich zeitnah amortisieren. Für die einmalige Transaktion einer Hardwareaustattung für MVZ wird hingegen vermutlich kein spezielles Überwachungssystem implementiert werden. Die Häufigkeit hat hierbei jedoch keinen entscheidenden Einfluss auf die organisatorische Ausgestaltung, sie wirkt lediglich verstärkend oder abschwächend auf die Spezifität und die strategische

¹¹⁵⁰ Vgl. **Stahl** (1995), S. 94f.

¹¹⁵¹ Vgl. **Göbel** (2002), S. 142

¹¹⁵² Williamson differenziert bei der Häufigkeit lediglich zwischen einmaligen, gelegentlichen und häufigen Transaktionen. Vgl. **Williamson** (1990), S. 89

¹¹⁵³ Vgl. **Picot** (1991a), S. 147f.; **Baltes** (2004), S. 151

Relevanz.¹¹⁵⁴ Häufige aber unspezifische und strategisch wenig relevante Transaktionen, die über den Markt abgewickelt werden können, werden durch die markteigenen Mechanismen überwacht.¹¹⁵⁵ Häufige und spezifische und/oder strategisch relevante Transaktionen müssen hingegen durch ein spezielles Überwachungs- und Beherrschungssystem abgesichert oder sogar internalisiert werden.¹¹⁵⁶ Aufgrund dieses lediglich verstärkenden oder abschwächenden Einflusses auf die Wahl der organisatorischen Ausgestaltung wird die Häufigkeit bei der transaktionskostentheoretischen Analyse oft vernachlässigt.¹¹⁵⁷ Für diese Arbeit findet die Transaktionshäufigkeit unter dem Begriff der transaktionskostenrelevanten Einflussfaktoren kumuliert mit anderen Einflussfaktoren Berücksichtigung.¹¹⁵⁸

IV.5.2.5 Differenzierung in Hauptmerkmale und Einflussfaktoren

Die bisher diskutierten Transaktions(gut)eigenschaften sind weder komplett überschneidungsfrei noch voneinander unabhängig. Für die spätere Analyse diverser Transaktionen mit dem Ziel, organisatorische Handlungsempfehlungen zu geben, ist eine Einzelbetrachtung unabhängiger Eigenschaften anzustreben.¹¹⁵⁹ Zwischen den Merkmalen Spezifität und strategische Relevanz kann Unabhängigkeit unterstellt werden.¹¹⁶⁰ Werden beispielsweise hochspezifische Sachgüter oder Dienstleistungen in einem bilateralen Monopolverhältnis ausgetauscht, ist der Grad der Spezifität maximal.¹¹⁶¹ Findet die Transaktion dabei lediglich in einem untergeordneten Segment der jeweiligen Kooperationspartner statt, welches einen minimalen Beitrag zum Gesamterfolg liefert, ist die strategische Relevanz eher niedrig.¹¹⁶² Umgekehrt können anonyme Massenprodukte, die über

¹¹⁵⁴ Vgl. **Stahl** (1995), S. 95

¹¹⁵⁵ Dies gilt beispielsweise für den Kauf von medizinischen Hilfsmitteln.

¹¹⁵⁶ Vgl. **Williamson** (1990), S. 69 i.V.m. **Göbel** (2002), S. 143

¹¹⁵⁷ Vgl. **Ebers / Gotsch** (1993), S. 222; **Baur** (1990), S. 81; **Stahl** (1995), S. 95

¹¹⁵⁸ Vgl. Kapitel IV.5.2.6

¹¹⁵⁹ Vgl. Kapitel VI

¹¹⁶⁰ Rotering hat diese Unabhängigkeit mit Hilfe einer Faktorenanalyse nachgewiesen Vgl. **Rotering** (1993), S. 121 i.V.m. S. 270

¹¹⁶¹ Vgl. Kapitel IV.5.2.1 i.V.m. **Breisig** (2006), S. 59; **Göbel** (2002), S. 139ff.

¹¹⁶² Vgl. Kapitel IV.5.2.2 i.V.m. **Rotering** (1993), S. 121f.

den Markt in ausreichender Qualität und Menge zeitgerecht am benötigten Ort zur Verfügung gestellt werden können, das Kerngeschäft der Vertragspartner darstellen und somit von hoher strategischer Relevanz sein.¹¹⁶³

Die Merkmale Unsicherheit und Häufigkeit hingegen sind interdependent zu betrachten und beeinflussen den Ausprägungsgrad der Spezifität und der strategischen Relevanz.¹¹⁶⁴ Interdependenzen zwischen Unsicherheit und Häufigkeit ergeben sich beispielsweise durch Erfahrungswerte, die bei häufigen Transaktionen in höherer Anzahl vorliegen und somit zu mehr Sicherheit in der Vertragsbeziehung führen. Unsichere Vertragsbeziehungen werden aufgrund der hohen TAK vermieden oder substituiert, was einen Rückgang der Transaktionsfrequenz, also der Häufigkeit zur Folge hat. Beide Merkmale wirken nicht nur interdependent, sondern verstärkend oder abschwächend auf die unabhängigen Merkmale Spezifität und strategische Relevanz.¹¹⁶⁵ Seltene und/oder unsichere Transaktionen erhöhen die Spezifität der Transaktion, da eine geringe Häufigkeit der Transaktion eine geringe Anzahl an Anbietern impliziert und die Unsicherheit umfangreiche und spezifische Sicherungs- und Kontrollelemente notwendig werden lässt.¹¹⁶⁶ Diese Sicherungs- und Kontrollelemente erhöhen die Komplexität der Transaktion und die Einflüsse auf andere Unternehmensbereiche. Die strategische Relevanz nimmt somit zu. Strategisch relevante Transaktionen gewinnen durch eine höhere Frequenz zusätzlich an Bedeutung – die strategische Relevanz wird durch die Häufigkeit verstärkt.¹¹⁶⁷ Neben diesen Einflussfaktoren stehen die bereits diskutierten Verhaltensannahmen der begrenzten Rationalität¹¹⁶⁸ und des Opportunismus¹¹⁶⁹ in interdependentem Zusammenhang zu Spezifität und strate-

¹¹⁶³ Vgl. **Rotering** (1993), S. 122

¹¹⁶⁴ Vgl. **Kieser / Walgenbach** (2003), S. 53; **Picot / Reichwald / Wiegand** (2001), S. 43; **Picot / Dietl** (1990), S. 179; **Williamson** (1985), S. 47

¹¹⁶⁵ Vgl. Kapitel IV.5.2.4 i.V.m. **Stahl** (1995), S. 95

¹¹⁶⁶ Vgl. **Rotering** (1993), S. 121f.

¹¹⁶⁷ Vgl. **Picot / Dietl / Franck** (2002), S. 71; **Picot** (1982), S. 277

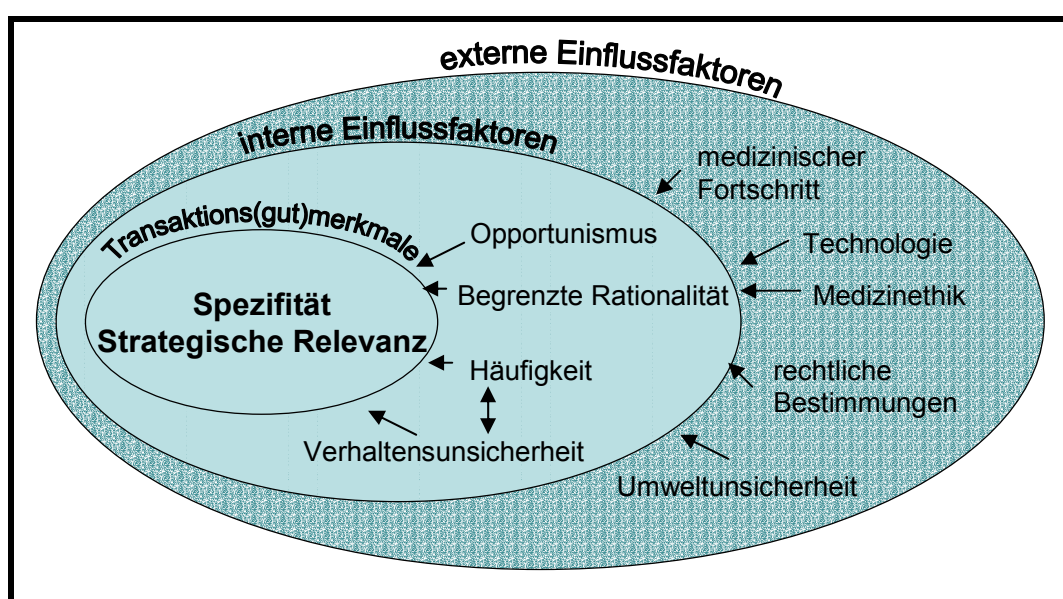
¹¹⁶⁸ Vgl. Kapitel IV.4.2 i.V.m. **Bea / Göbel** (2006), S. 155

¹¹⁶⁹ Vgl. Kapitel IV.4.2 i.V.m. **Williamson** (1990), S. 54

gischer Relevanz.¹¹⁷⁰ Schließlich sind Besonderheiten des regulierten Gesundheitsmarktes zu berücksichtigen, da die Entscheidungen zur Organisation der medizinischen Leistungserbringung nicht ökonomisch dominiert sein können und dürfen. Medizinische und ethische Aspekte stehen im Zweifelsfall über ökonomischen Gesichtspunkten.¹¹⁷¹

Die folgende Abbildung verdeutlicht den Zusammenhang zwischen den beschriebenen Transaktionsmerkmalen und weiteren Einflussfaktoren.

Abbildung 39: Transaktions(gut)merkmale und Einflussfaktoren



Quelle: Eigene Darstellung

Für den weiteren Verlauf der Arbeit werden die Transaktions(gut)merkmale „Spezifität“ und „strategische Relevanz“ den Schwerpunkt der Analyse von Transaktionen in MVZ bilden. Sie können direkt aus den zu Grunde liegenden Sachgütern und Dienstleistungen geschlussfolgert werden. Alle weiteren Variablen finden unter den Einflussfaktoren dieser Merkmale Berücksichtigung.¹¹⁷²

¹¹⁷⁰ Vgl. Kieser / Walgenbach (2003), S. 53; Picot / Reichwald / Wiegand (2001), S. 43; Picot / Dietl (1990), S. 179; Williamson (1985), S. 47

¹¹⁷¹ Vgl. Güssow (2007), S. 85

¹¹⁷² Eine separate Betrachtung weiterer Einflussfaktoren ist aufgrund der oben beschriebenen Interdependenzen untereinander und in Bezug auf die beiden unabhängigen Merkmale nicht sinnvoll.

IV.5.3 Organisatorische Absicherung von Transaktionen

IV.5.3.1 Überwachung durch Marktmechanismen

Die Übertragung von überwiegend homogenen Gütern und Leistungen findet meist von anonymen Anbietern auf anonyme Nachfrager statt.¹¹⁷³

Die Verträge haben hier aufgrund ihrer geringen Häufigkeit und Laufzeit einen fast schon „klassischen“, d.h. vollständigen Charakter.¹¹⁷⁴ Die Durchsetzung der Verträge ist daher leicht möglich und unproblematisch, weil jeder der Vertragspartner aufgrund der Substitutionsmöglichkeiten glaubhaft mit der Beendigung des Vertrages drohen kann. Das Überwachungssystem des Marktes ist hierbei der Wettbewerb. Die Vertragspartner können aufgrund der Anzahl der Anbieter und Nachfrager bei jeder Transaktion den Transaktionspartner neu auswählen. Die Möglichkeit des problemlosen und wenig kostenintensiven Überganges zu anderen Vertragspartnern ist das entscheidende Merkmal des Wettbewerbs als Überwachungsinstrument, welches opportunistisches Verhalten sanktioniert.¹¹⁷⁵ Dies trifft jedoch lediglich für überwiegend homogene Produkte und Leistungen zu - bei zunehmender Spezifität versagt das marktinterne Überwachungssystem. Hier müssen andere Lösungen zur Absicherung der Transaktion geschaffen werden, da die Ex-post-TAK andernfalls erheblich steigen.¹¹⁷⁶

IV.5.3.2 Überwachung durch Dritte

Aufgrund der begrenzten Rationalität sind vor allem langfristige Verträge nicht vollständig.¹¹⁷⁷ Anpassungen während der Vertragslaufzeit sind daher erforderlich. Um Differenzen bei der Vertragsanpassung nicht grundsätzlich gerichtlich klären zu müssen, können die Transaktionspartner einen unabhängigen „Dritten“ zu Rate ziehen, der als Sachverständiger oder

¹¹⁷³ Vgl. Kapitel IV.4.3 i.V.m. **Göbel** (2002) S. 137

¹¹⁷⁴ Vgl. **Williamson** (1990) S. 78 i.V.m. **Göbel** (2002) S. 143

¹¹⁷⁵ Vgl. Kapitel IV.4.2 i.V.m. **Williamson** (1990), S. 54

¹¹⁷⁶ Vgl. **Göbel** (2002), S. 143

¹¹⁷⁷ Vgl. Kapitel IV.4.2 i.V.m. **Bea / Göbel** (2006), S. 155

als Schiedsrichter oder lediglich als Berater fungiert.¹¹⁷⁸ Die außergerichtliche Einigung bei Vertragsstreitigkeiten liegt aufgrund der deutlich niedrigeren Ex-post-TAK im Interesse aller Vertragsparteien und kommt - entgegen der neoklassischen Theorie - in der Praxis häufig zur Anwendung.¹¹⁷⁹

Bei einem Scheitern der außergerichtlichen Schlichtung, steht den Vertragspartnern immer noch der Gang zum Gericht oder die Beendigung des Vertrages offen.

IV.5.3.3 Bilaterale Überwachung und Beherrschung

Bei langfristigen Verträgen, die aufgrund der Spezifität und/oder der strategischen Relevanz der Transaktion eine entsprechende Bindung der Vertragspartner aufweisen, werden spezielle organisatorische Überwachungs- und Beherrschungsmechanismen benötigt. Diese sind überwiegend administrativer Art und kommen fortlaufend zum Einsatz.¹¹⁸⁰ Der ursprüngliche Vertragsschluss ist nur ein Teil der Vertragsbeziehung und tritt im Laufe der Zeit immer mehr in den Hintergrund. Außervertragliche Regelungen und Normen gewinnen hingegen an Bedeutung.¹¹⁸¹ Diese kooperativen Vertragsbeziehungen finden zwischen rechtlich selbständigen Partnern statt, die aufgrund der Spezifität oder der strategischen Relevanz aufeinander angewiesen sind. Zusätzlich zu den fortlaufend administrativen Überwachungs- und Anpassungsmechanismen können Unterpfänder eingesetzt werden oder quasi-hierarchische Kontrollinstrumente eingeführt werden, indem einem Partner gewisse Weisungsbefugnisse über die Unternehmensgrenzen hinweg zugestanden werden.¹¹⁸² Bei längerfristigen Vertragsbeziehungen wird sich auch zwischen rechtlich selbständigen Partnern ein Vertrauensverhältnis mit bestimmten Erwartungen und Verpflichtungen herausbilden. Solche Organisationen, die sowohl Markt-

¹¹⁷⁸ Mischformen sind hierbei ebenso möglich.

¹¹⁷⁹ Vgl. **Williamson** (1990), S. 12 i.V.m. **Göbel** (2002), S. 144

¹¹⁸⁰ Vgl. **Göbel** (2002), S. 144f.

¹¹⁸¹ Vgl. **Williamson** (1990), S. 80f. i.V.m. **Göbel** (2002), S. 144

¹¹⁸² Die Befugnisse werden in der Regel eng umrissen sein und sich nur auf den Teil des Unternehmens beziehen, der für die Abwicklung der spezifischen Transaktion verantwortlich ist.

tausch betreiben als auch hierarchische Strukturen aufweisen, werden auch als „hybride Organisationen“¹¹⁸³ bezeichnet.

IV.5.3.4 Vereinheitlichte Kontrolle

Bei Arbeitsverträgen beispielsweise sind die Beherrschung und die Kontrolle aufgrund der Langfristigkeit in der Regel vereinheitlicht. Die laufenden Transaktionen der Arbeitsleistung finden nicht am Markt statt, sondern werden unternehmensintern autoritär per Anweisung abgewickelt. Beide Vertragsparteien ziehen ihren (monetären) Nutzen daraus, so dass die Interessen zumindest teilweise harmonisiert sind.¹¹⁸⁴ Solche kooperativen Vertragsbeziehungen sind weiterhin durch gewisse Treuepflichten (Loyalitäts-, Sorgfalts-, Wahrheits- oder Berichtspflicht) gekennzeichnet, die bei autonomen Vertragsbeziehungen in der Regel nicht existieren.¹¹⁸⁵

IV.5.3.5 Überwachung und Beherrschung durch den „Clan“

Ouchi hat neben Markt, Hierarchie und hybriden Organisationsformen¹¹⁸⁶ eine weitere Möglichkeit zur Lösung von Transaktionsproblemen präsentiert, den so genannten „Clan“.¹¹⁸⁷

Während Williamson davon ausgeht, dass die Ziele und Interessen der Individuen innerhalb eines Unternehmens weitgehend kongruent sind¹¹⁸⁸ und die Hierarchie Messprobleme durch Erfahrung und Kontrolle löst¹¹⁸⁹, geht Ouchi davon aus, dass auch in hierarchischen Organisationen Zielkonflikte und Messprobleme auftreten. Die Überwachung der Vorgaben und Standards und die Sanktionierung von Abweichungen¹¹⁹⁰ hält er auch unternehmensintern nur für begrenzt möglich. Besonders bei spezifischen,

¹¹⁸³ Vgl. zum Begriff der hybriden Organisation ausführlich **EBig** (2002), S. 6ff.

¹¹⁸⁴ Vgl. **Williamson** (1975), S. 57ff. i.V.m. **Williamson** (1990), S. 88f.

¹¹⁸⁵ Vgl. **Williamson** (1991a), S. 30 i.V.m. **Göbel** (2002), S. 144

¹¹⁸⁶ Vgl. **EBig** (2002), S. 6ff.

¹¹⁸⁷ Vgl. **Ouchi** (1980), S. 132

¹¹⁸⁸ Vgl. **Williamson** (1990), S. 88 i.V.m. **Williamson** (1975), S. 29

¹¹⁸⁹ Vgl. **Williamson** (1975), S. 29f., 35ff.

¹¹⁹⁰ Vgl. **Ouchi** (1980), S. 134

neuartigen oder komplexen Aufgaben gestaltet sich die Messung der Tätigkeit einzelner Mitarbeiter schwierig:

„Under these conditions it becomes impossible to evaluate externally the value added by any individual.“¹¹⁹¹

Als Lösung für dieses Problem schlägt Ouchi die Beseitigung der Zielinkongruenzen durch eine entsprechende Sozialisation der Mitarbeiter vor. Ein starkes Zusammengehörigkeitsgefühl soll opportunistisches Verhalten verhindern.¹¹⁹² Er nennt dies die Entstehung eines Clans:

„In this sense, any occupational group which has organic solidarity may be considered a clan.“¹¹⁹³

Grundlage für die Clanbildung sind hierbei nicht vertragliche Regelungen, Anreizsysteme oder Strukturen, sondern die gemeinsame Identifikation mit Werten, Normen, Überzeugungen und Traditionen, also mit einer gemeinsamen Unternehmensphilosophie.¹¹⁹⁴ Hierzu ist es notwendig, dass diese Philosophie gemeinsam entwickelt und im Laufe der Zeit auch gemeinsam angepasst und somit getragen wird.¹¹⁹⁵ Bei hoher Personalfuktuation wird sich die Identifikation nicht oder nur sehr begrenzt einstellen, eine dauerhafte Beschäftigung bildet folglich die Grundlage für die Wirksamkeit des Clanmechanismus.¹¹⁹⁶ Der Clanmechanismus beschreibt also das, was im deutschen Sprachgebrauch als Unternehmenskultur bezeichnet wird. Er stellt kein zusätzliches Überwachungs- und Beherrschungssystem zu den

¹¹⁹¹ Ouchi (1980), S. 135

¹¹⁹² Vgl. Kapitel IV.4.2 i. V.m. Williamson (1990), S. 54

¹¹⁹³ Ouchi (1980), S. 136

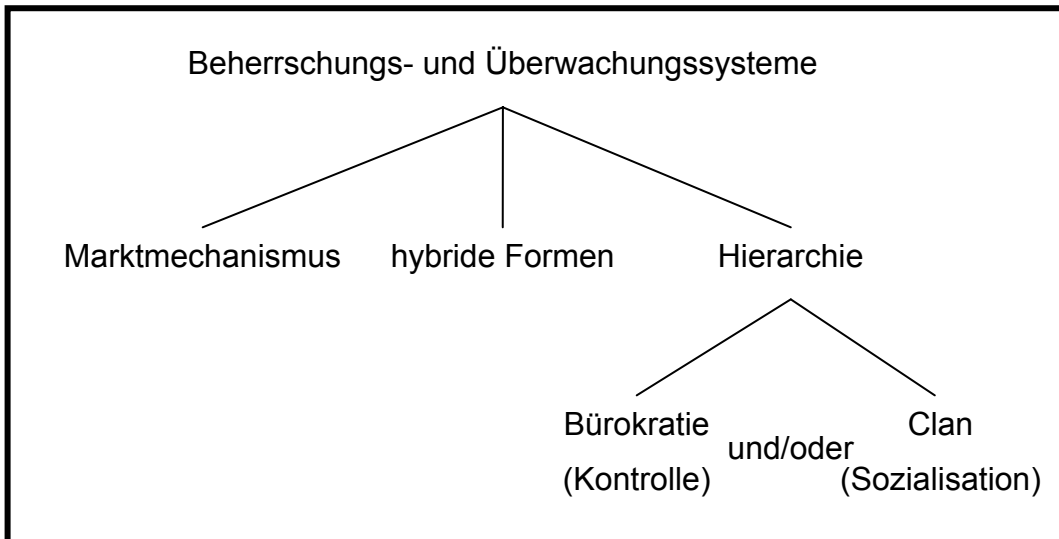
¹¹⁹⁴ Die Unternehmensphilosophie kann als Inbegriff der Prinzipien, Normen, Werte, Vorstellungen, Denkweisen und Annahmen eines Unternehmens definiert werden, die im normativen Management geprägt werden und sich auf alle Unternehmensprozesse auswirken. Vgl. Braun (1999); Kirsch (1997) Die Unternehmensphilosophie manifestiert sich inhaltlich in der Unternehmenskultur. Vgl. Braun (1999), S. 8

¹¹⁹⁵ Vgl. Göbel (2002), S. 150

¹¹⁹⁶ Vgl. Ouchi (1980), S. 138

von Williamson postulierten Systemen dar, sondern differenziert lediglich die Möglichkeiten der unternehmensinternen Überwachung.

Abbildung 40: Alternative Überwachungs- und Beherrschungssysteme



Quelle: Göbel (2002), S. 151

Die beiden hierarchischen Mechanismen bürokratische Kontrolle und Clansozialisation wirken teilweise komplementär, teilweise aber auch konfliktionär. Eine intensive bürokratische Kontrolle kann beispielsweise als Misstrauenserklärung gegenüber den Mitarbeitern verstanden werden und die Identifikation mit der Unternehmenskultur verhindern.¹¹⁹⁷ Gerade bei neuartigen, komplexen oder schwer messbaren Aufgaben ist allerdings eine bürokratische Kontrolle kaum mehr möglich. Hier sind engagierte, kreative Mitarbeiter notwendig – der „Dienst nach Vorschrift“ ist suboptimal und kann durch die beste bürokratische Kontrolle nicht kompensiert werden.¹¹⁹⁸

Der Clanmechanismus ist somit immer dann das geeignetere Verfahren, wenn die Messprobleme besonders hoch sind.¹¹⁹⁹

¹¹⁹⁷ Vgl. Williamson (1975), S. 55f.

¹¹⁹⁸ Vgl. Williamson (1975), S. 56, 69

¹¹⁹⁹ Vgl. Göbel (2002), S. 151f.

Ein beliebiger Wechsel von Bürokratie zu Clan oder umgekehrt ist aus den bereits beschriebenen Gründen nicht möglich. Eine effiziente Kombination beider Verfahren erfordert viel Fingerspitzengefühl und stellt eine der vornehmsten Managementaufgaben dar.

IV.5.4 Spezifität und Strategische Relevanz als Determinanten der organisatorischen Absicherung

„Transaktionskosten werden dadurch eingespart, dass Transaktionen in differenzierender Weise Beherrschungs- und Überwachungssystemen zugeordnet werden.“¹²⁰⁰

Dabei geht die TAK-Theorie davon aus, dass Transaktionen mit verschiedenen Eigenschaften¹²⁰¹ durch bestimmte Überwachungssysteme¹²⁰² mit den ihnen eigenen Merkmalen besser überwacht werden können als durch andere. Unterschiede bestehen hier hauptsächlich in der Ex-post-Anpassungsfähigkeit und in den damit verbundenen Kosten. Die Wahl des Vertrags- oder Organisationstyps ist der erste Schritt der Zuordnung, der sich an den Eigenschaften der erwarteten Transaktionen orientieren muss.¹²⁰³

Eine exakte Bestimmung der jeweiligen Kosten der verschiedenen organisatorischen Gestaltungsformen ist weder ex ante noch ex post möglich.¹²⁰⁴ Eine grundsätzliche Zuordnung bestimmter Transaktionen anhand ihrer Eigenschaften zu passenden Organisationsformen mit den ihnen eigenen Überwachungs- und Beherrschungsmechanismen ist jedoch möglich und sinnvoll. Einen Überblick über eine solche Zuordnung gibt die folgende Abbildung.

¹²⁰⁰ **Williamson** (1990), S. 20

¹²⁰¹ Vgl. Kapitel IV.5.2.2ff. i.V.m. **Breisig** (2006), S. 59; **Göbel** (2002), S. 139ff.; **Roterling** (1993), S. 113ff.

¹²⁰² Vgl. Kapitel IV.5.3 i.V.m. **Göbel** (2002), S. 143ff.

¹²⁰³ Vgl. Kapitel VI.3

¹²⁰⁴ Vgl. **Terberger** (1994), S. 34 i.V.m. **Göbel** (2002), S. 153

Abbildung 41: Zuordnung von Transaktionseigenschaften zu organisatorischen Kontrollmöglichkeiten

		Ausprägung von Spezifität und strat. Relevanz		
Häufigkeit		nicht	gemischt	hoch
gelegentlich	Marktkontrolle (klassischer Vertrag)	Überwachung durch Dritte (neoklassischer Vertrag)		
wiederholt		bilaterale Kontrolle	vereinheitlichte Kontrolle (Kooperation)	

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an **Voigt** (2002), S. 111 i.V.m. **Williamson** (1985); S. 79; **Göbel** (2002), S. 145 i.V.m. **Williamson** (1990)

Für dieses Zuordnungsmodell werden folgende vereinfachende Annahmen getroffen:

- Die Unsicherheit ist permanent ausreichend hoch, damit die vertraglichen Regelungen ex post angepasst werden müssen.¹²⁰⁵
- Für die Häufigkeit der Transaktion werden nur gelegentliche und häufige Transaktionen unterschieden. Einmalige Transaktionen werden aus den bereits dargelegten Gründen nicht betrachtet.¹²⁰⁶
- Für spezifische Transaktionsobjekte wird davon ausgegangen, dass diese auch spezifische Investitionen bei den Anbietern verursachen.¹²⁰⁷
- Anbieter und Nachfrager wollen den Vertrag grundsätzlich fortführen, d.h. sie verhalten sich nur insoweit opportun, dass es ihrer Reputation nicht schadet.¹²⁰⁸

¹²⁰⁵ Vgl. Kapitel IV.5.2.3 i.V.m. **Picot / Dietl / Franck** (1999), S. 69

¹²⁰⁶ Vgl. Kapitel IV.5.2.4 i.V.m. **Williamson** (1990), S. 89

¹²⁰⁷ Vgl. Kapitel IV.5.2.2 i.V.m. Kapitel IV.4.3 i.V.m. **Göbel** (2002), S. 139

- Vor dem ersten Vertragsschluss sind mehrere potenzielle Anbieter und Nachfrager vorhanden.

Einige Zuordnungen sollen nun im Einzelnen betrachtet werden.

IV.5.4.1 Nichtspezifische Transaktionen und Marktkontrolle

Bei standardisierten Transaktionsgütern ist die Marktkontrolle unabhängig von der strategischen Relevanz und weiteren Einflussfaktoren eine effektive Kontrollinstanz.¹²⁰⁹ Bei häufigen Transaktionen verfügen die Nachfrager über eigene Erfahrungen, bei gelegentlichen Transaktionen können sie sich die Erfahrung der anderen Marktteilnehmer bzw. unabhängiger Beratungsstellen¹²¹⁰ zunutze machen. Diese relative Informationssymmetrie und der Wettbewerb am Markt sorgen für eine Begrenzung des opportunistischen Verhaltens.¹²¹¹

Ex-post-Vertragsanpassungen können vorgenommen werden, da die Verträge meist sehr kurzfristig sind und im Zweifel einfach der Vertragspartner gewechselt wird.¹²¹² Es entstehen somit keine hohen Ex-post-Transaktionskosten. Die Ex-ante-TAK in Form der Such-, Informations- und Verhandlungskosten¹²¹³ entstehen jedoch aufgrund der Häufigkeit der Verträge immer wieder neu und können bei einer hohen Fluktuation der Vertragspartner die eingesparten Ex-post-TAK (über-)kompensieren. Werden Verträge zwischen „alten Vertragspartnern“ lediglich wiederholt, weil die Vertragsparteien zufrieden sind, entfallen die Such- und Informationskosten, so dass die gesamten Transaktionskosten bei standardisierten Transaktionsobjekten unabhängig von ihrer strategischen Relevanz auf gut funktionierenden Märkten als gering zu bewerten sind.¹²¹⁴ Aufgrund

¹²⁰⁸ Vgl. Kapitel IV.4.2 i.V.m. **Williamson** (1990), S. 54

¹²⁰⁹ Vgl. Kapitel IV.5.3.1 i.V.m. **Göbel** (2002), S. 146

¹²¹⁰ Dies sind beispielsweise Stiftung Warentest, ADAC- Tests, Verbraucherschutzinstitutionen, staatliche Beratungsstellen etc.

¹²¹¹ Vgl. **Picot, Dietl, Franck** (2002), S. 69 i.V.m. **Sydow** (2001), S. 253ff.

¹²¹² Vgl. Kapitel IV.5.3.1 i.V.m. **Williamson** (1990) S. 78 i.V.m. **Göbel** (2002) S. 143

¹²¹³ Vgl. **Albach** (1988), S. 1160ff.

¹²¹⁴ Vgl. Kapitel IV.5.2.1f. i.V.m. **Göbel** (2002), S. 139ff.

der großen Mengen über den Markt transferierter Sachgüter und Dienstleistungen sind hier für die Anbieter hohe Skalenerträge (Economies of scale) zu prognostizieren.¹²¹⁵ Der Markt stellt somit ein effizientes Überwachungssystem für homogene Sachgüter und Dienstleistungen dar.¹²¹⁶

IV.5.4.2 Gelegentliche, spezifische und/oder strategisch relevante Transaktionen und Überwachung durch Dritte

Gelegentliche Transaktionen von (teilweise) spezifischen und strategisch relevanten Gütern und Leistungen sind durch den Einsatz externer Schiedsrichter oder Berater effektiv zu kontrollieren. Nach Vertragsschluss und Tätigung der notwendigen spezifischen Investitionen, haben alle Vertragsparteien ein hohes Interesse an der Fortführung des Vertrages.¹²¹⁷ Eine Marktkontrolle ist aufgrund der fehlenden bzw. erschwerten Möglichkeit des Wechsels der Vertragspartner nicht möglich.¹²¹⁸ Die Einrichtungskosten eines bilateralen Überwachungs- und Beherrschungssystems sind in Relation zu den nur gelegentlich stattfindenden Transaktionen zu hoch. Für diesen Fall existiert die organisatorische Zwischenform Kontrolle durch Dritte. Hierbei werden vertragliche Zusatzregelungen getroffen, die das Verfahren der außergerichtlichen Schlichtung bei Unstimmigkeiten regeln.¹²¹⁹

Die Ex-ante-TAK sind hierbei aufgrund der umfangreicheren und komplizierteren Vertragsausgestaltung geringfügig höher als bei der Transaktionen über den Markt. Die Ex-post-TAK sind jedoch wesentlich geringer, da hier opportunistisches Verhalten durch den Einsatz eines Schiedsrichters oder Beraters verhindert bzw. minimiert wird.¹²²⁰ Die höheren Ex-ante-TAK werden durch die Einsparungen an Ex-post-TAK überkompensiert, so dass die Summe der Transaktionskosten bei der Kontrolle durch Dritte bei

¹²¹⁵ Vgl. Kapitel III.4.1.1 i.V.m. **Braun** (1995), S. 199

¹²¹⁶ Vgl. zum Effizienzbegriff, insbesondere zur Abgrenzung zum Effektivitätsbegriff **Stahl** (1995), S. 89f.; **Schedler** (1995), S. 70ff.; **Fonger** (1992), S. 20f.

¹²¹⁷ Vgl. **Göbel** (2002), S. 147

¹²¹⁸ Vgl. Kapitel IV.5.3.1 i.V.m. **Picot, Dietl, Franck** (2002), S. 69 i.V.m. **Sydow** (2001), S. 253ff.

¹²¹⁹ Vgl. Kapitel IV.5.3.2 i.V.m. **Williamson** (1990), S. 12

¹²²⁰ Vgl. Kapitel IV.4.2 i.V.m. **Williamson** (1990), S. 54

gelegentlichen spezifischen und/oder strategisch relevanten Transaktionen geringer ist als bei der Marktkontrolle. Bei teilweise spezifischen Transaktionen über den Markt kann der Anbieter noch in begrenztem Umfang höhere Skalenerträge als bei der internen Bereitstellung generieren, da er noch wenige andere Nachfrager versorgt.¹²²¹

Bei hochspezifischen Transaktionen mit nur einem Nachfrager sind die Skalenerträge unabhängig von der strategischen Relevanz bei interner oder externer Bereitstellung gleich (niedrig). Gelegentliche, spezifische und/oder strategisch relevante Transaktionen sind somit durch den Einsatz eines externen Partners effizient zu kontrollieren.

IV.5.4.3 Wiederholte, teilweise spezifische Transaktionen und bilaterale Kontrolle

Der Hauptgrund für die Zuordnung der teilweise spezifischen Transaktionen zum System der zweiseitigen Kooperation liegt in der Differenz der Skalenerträge bei interner bzw. externer Bereitstellung.¹²²² Der externe Anbieter kann durch die höhere Absatzmenge (vorausgesetzt er beliefert noch wenige andere Abnehmer) höhere Skalenerträge generieren als der Nachfrager es bei interner Bereitstellung könnte. Dies gilt unabhängig von der strategischen Relevanz der Transaktion. Durch die hohe Anzahl der Transaktionen rentiert es sich, hier ein gesondertes Überwachungs- und Beherrschungssystem in Form der bilateralen kooperativen Kontrolle einzurichten.¹²²³ Die zu erwartenden Ex-ante-TAK sind hierbei höher als bei der Kontrolle durch Dritte, da die Such-, Informations- und Vertragsabschlußkosten bei der notwendigen Partnerevaluation sehr hoch sind.¹²²⁴

Die durchschnittlichen Ex-post-TAK werden hingegen niedriger ausfallen als bei der Kontrolle durch Dritte, da in begrenztem Umfang die Marktkon-

¹²²¹ Vgl. Kapitel III.4.1.1 i.V.m. **Braun** (1995), S. 199

¹²²² Vgl. **Göbel** (2002), S. 147

¹²²³ Die hohen Einrichtungskosten verteilen sich auf eine Vielzahl von Transaktionen, so dass die Kosten pro Transaktion relativ niedrig sind und sich die Investition in relativ kurzer Zeit über Einsparungen der Ex-post-TAK amortisiert.

¹²²⁴ Vgl. **Albach** (1988), S. 1160ff.

trolle erhalten bleibt und sich im Laufe des (langfristigen) Vertrages Normen und Vereinbarungen entwickeln werden, welche die Vertragsdurchsetzung erleichtern.¹²²⁵

IV.5.4.4 Wiederholt spezifische und/oder strategisch relevante Transaktionen und Hierarchie

Das Durchsetzen hierarchischer Weisungen innerhalb einer Transaktion erfordert die rechtliche Vollintegration des Transaktionspartners bzw. seiner Güter- oder Leistungserstellung. Dies kann notwendig werden, wenn Sachgüter oder Dienstleistungen von existenzieller strategischer Relevanz für das Unternehmen oder so spezifisch sind, dass sie nicht (mehr) von anderen angeboten werden.¹²²⁶ Bei der Vollintegration der Bereitstellung spezifischer Transaktionsobjekte in das Unternehmen entstehen zunächst extrem hohe Ex-ante-TAK für die Schaffung hierarchischer Strukturen zur Kontrolle der Transaktion. Da die marktliche Koordination vollkommen fehlt, müssen marktähnliche unternehmensinterne Anreize geschaffen werden, welche wiederum manipulationsanfällig sind. Zusätzliche qualitative und quantitative Kontroll- und Berichtssysteme sowie ein erweitertes Rechnungswesen müssen als effizientes Steuerungs- und Kontrollsystem institutionalisiert werden, um so Abweichungen zu den Plangrößen sowie Schwach- und Problemstellen zu identifizieren.¹²²⁷ Diese hohen Ex-ante-TAK rentieren sich aufgrund der Häufigkeit der spezifischen Transaktion, da die Ex-post-Transaktionen so überproportional gesenkt werden. Vertragsanpassungen können problemlos per Anweisung durchgesetzt werden. Mit der Vollintegration werden ebenfalls die Interessen der Vertragspartner weitgehend synchronisiert, was das kostenintensive „Feilschen“ und damit die Ex-post-TAK minimiert.¹²²⁸

¹²²⁵ Vgl. **Göbel** (2002), S. 147

¹²²⁶ Vgl. Kapitel IV.4.3 i.V.m. Vgl. **Göbel** (2002), S. 137

¹²²⁷ Vgl. Kapitel III.10.8 i.V.m. **Frielingsdorf** (2007), S. 12; **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 150

¹²²⁸ Vgl. **Williamson** (1990), S. 88 i.V.m. **Göbel** (2002), S. 148

Bei der Vollintegration können verschiedene Koordinationsinstrumente (Weisungen, Pläne, Programme etc.)¹²²⁹ dafür sorgen, dass das Gut oder die Leistung in der entsprechenden Qualität und Quantität am richtigen Ort und zur richtigen Zeit verfügbar ist. Da die marktlichen Motivationsmechanismen fehlen, müssen diese durch interne Anreizsysteme ersetzt werden. Dies können Aufstiegschancen, soziale Absicherung, Spezialisierungsmöglichkeiten oder Erfolgsbeteiligungen sein.¹²³⁰ Vor- oder Nachteile bei der Realisierung von Skalenerträgen ergeben sich durch die Vollintegration nicht.¹²³¹ Durch die Integration ist allerdings eine weitere Erhöhung der Spezifität zu erwarten. Räumliche Trennungen (Standortspezifität) und zeitliche Verschiebungen (Zeitspezifität) werden durch die Integration aufgehoben.¹²³² Die daraus resultierenden monetären Vorteile bezüglich der Lager- und Transportkosten fließen dem Unternehmen direkt zu.

¹²²⁹ Vgl. **Bea/Göbel** (2002), S. 258ff. i.V.m. **Göbel** (2002), S. 148

¹²³⁰ Vgl. **Williamson** (1975), S. 25f., 29ff., 35ff.

¹²³¹ Skaleneffekte sind hier nicht generierbar, da es sich um hochspezifische Sachgüter und Dienstleistungen handelt, die sowohl vor als auch nach der Integration von demselben oder denselben Nachfrager(n) nachgefragt wird/werden.

¹²³² Vgl. Kapitel IV.5.2.1 i.V.m. **Göbel** (2002), S. 139ff.

IV.6 Eignung von Transaktionskosten als Entscheidungskriterium organisatorischer Alternativen

Im Laufe der Zeit sind als Reaktion auf verschiedene Problemsituationen eine Vielzahl verschiedener institutioneller Organisationsmechanismen in Form von Verträgen entstanden. So sind neben den „reinen“ Vertragsformen, wie sie eingangs im Rahmen des Transaktionskostenansatzes von Commons beschrieben worden sind¹²³³, zahlreiche Mischformen, wie Ratenkauf, Leasing, Franchising oder Arbeitnehmerüberlassung, entstanden.¹²³⁴

Die Generierung neuer Vertragstypen liegt in dem Bestreben der Individuen begründet, ex ante möglichst vollständige Verträge abzuschließen, die möglichst rational sind und somit geringe Ex-post-Transaktionskosten verursachen.¹²³⁵ Die institutionellen Organisationsmechanismen sind somit unter anderem auf die Minimierung von Transaktionskosten ausgerichtet.¹²³⁶ Williamson behauptet sogar:

„...., dass die ökonomischen Institutionen des Kapitalismus hauptsächlich die Einsparung von Transaktionskosten bezwecken und bewirken.“¹²³⁷

Problematisch an dieser Behauptung ist ihre empirische Überprüfbarkeit mangels Operationalisierbarkeit. Transaktionskosten können weder umfassend noch exakt gemessen werden.¹²³⁸

¹²³³ Dies sind z.B. Kaufvertrag, Mietvertrag, Werkvertrag, Arbeitsvertrag. Vgl. Kapitel IV.2 i.V.m. **Commons** (1934), S. 64

¹²³⁴ Vgl. **Göbel** (2002), S. 152f.

¹²³⁵ Die Vertragspartner intendieren zwar dazu, vollständig rational zu handeln, sind jedoch nicht in der Lage dazu. Vgl. **Bea / Göbel** (2006), S. 155

¹²³⁶ Ziel der TAK-Theorie ist die kostenminimale organisatorische Abwicklung von Transaktionen unter Berücksichtigung der kumulierten Produktions- und Transaktionskosten. Vgl. **Kieser / Walgenbach** (2003), S. 52ff.; **Picot / Reichwald / Wiegand** (2001), S. 41; **Sydow** (1992), S. 130

¹²³⁷ **Williamson** (1990), S. 19

¹²³⁸ Vgl. **Terberger** (1994), S. 19

Ein weiteres Problem ergibt sich daraus, dass die institutionellen Organisationsformen sich nicht ausschließlich an den Transaktionskosten orientieren, sondern auch an den Produktionskosten einschließlich der Größen- und Verbundvorteile (Economies of scale and scope)¹²³⁹. Transaktionskosten und Produktionskosten sind nicht immer trennscharf abzugrenzen.¹²⁴⁰ Bei der Vollintegration eines Transaktionsobjektes können z.B. Verbund- und Größenvorteile verloren gehen, was sich unmittelbar in den Produktionskosten niederschlägt. Da diese Kostenunterschiede allerdings unmittelbar mit der Änderung der institutionellen Organisation verbunden sind, könnten sie unter Umständen ebenfalls als Transaktionskosten angesehen werden.¹²⁴¹

Zur Beurteilung der Vorteilhaftigkeit institutioneller Organisationsformen muss folglich die Summe aus Produktions- und Transaktionskosten betrachtet und verglichen werden.¹²⁴² Die Höhe der Kosten einer Organisationsform ist außerdem abhängig vom politischen, kulturellen und sozialen Umfeld der Organisation. Erfolgreiche Organisationsformen in einem Kulturkreis können in einem anderen Umfeld zum Scheitern verurteilt sein.¹²⁴³ Aufgrund der schwierigen Abschätzbarkeit der Effizienz¹²⁴⁴ einer Organisationsform in Relation zu den verursachten Transaktionskosten ist die Gefahr der Tautologie für den Transaktionskostenansatz durchaus gegeben. Jede Organisationsform ließe sich theoretisch im Nachhinein so erklären, dass sie gewählt wurde, um Transaktionskosten einzusparen, da die Organisations- bzw. Vertragsformen mit der Intention der Transakti-

¹²³⁹ Vgl. **Braun** (1995), S. 199

¹²⁴⁰ Vgl. Kapitel IV.4.1 i.V.m. **Matje** (1995) S. 353; **Schneider** (1985) S. 1242

¹²⁴¹ Dies wäre nach der Transaktionskostendefinition von Bössmann und Arrow der Fall, die als Unterscheidungsmerkmal zwischen PK und TAK die Abhängigkeit der Kosten von der Organisationsform anführen. Vgl. Kapitel IV.4.1.1 i.V.m. **Bössmann** (1982), S. 665 **Arrow** (1969), S. 60

¹²⁴² Vgl. **Kieser / Walgenbach** (2003), S. 52ff.; **Göbel** (2002) S. 139; **Picot / Reichwald / Wie-gand** (2001), S. 41; **Sydow** (1992), S. 130; **Williamson** (1990) S. 25

¹²⁴³ Vgl. **Göbel** (2002), S. 154

¹²⁴⁴ Der verwendete Effizienzbegriff beschreibt die maximale Zielerreichung mit vorgegebenem Ressourceneinsatz oder einen minimalen Ressourceneinsatz bei vorgegebenem Zielerreichungsgrad. In der TAK-Theorie kommt letztere Effizienzdefinition zur Anwendung. Vgl. zum Effizienzbegriff, insbesondere zur Abgrenzung zum Effektivitätsbegriff **Stahl** (1995), S. 89f.; **Schedler** (1995), S. 70ff.; **Fonger** (1992), S. 20f.

onskostenminimierung entwickelt worden sind. Dieser Gefahr kann mit der typologischen Zuordnung bestimmter Mechanismen¹²⁴⁵ zu den Transaktionsmerkmalen¹²⁴⁶ begegnet werden. Die Logik dieser Zuordnung kann empirisch überprüft werden – die zugrunde liegende Hypothese kann also an der Wirklichkeit scheitern und schließt somit Tautologie aus.¹²⁴⁷ Da es lediglich um einen ordinalen Vergleich verschiedener institutioneller Gestaltungsformen geht, tritt das Messproblem hierbei in den Hintergrund. Es wird beispielsweise nur überprüft, ob die Kosten der Bereitstellung bei externem Bezug oder bei interner Bereitstellung bzw. zwischen organisatorischen Alternativen höher oder niedriger sind, die absolute Höhe der Kosten ist nicht relevant.¹²⁴⁸

Schließlich argumentiert die TAK-Theorie naturgemäß sehr stark kostenbezogen, wobei die Spezifität sehr einseitig als Kostentreiber angesehen wird. Der positive Aspekt der maßgeschneiderten Problemlösung und der Kompetenzbündelung wird vernachlässigt. Dieser einseitigen, spezifitätslastigen Betrachtung wird durch die Einbeziehung der strategischen Relevanz in die Analyse innerhalb dieser Arbeit entgegengewirkt.¹²⁴⁹ Die Wahl einer Institution muss umfangreiche Kosten – Nutzen - Überlegungen beinhalten, wobei die Höhe der Transaktionskosten stets nur einen der zu berücksichtigenden Aspekte darstellt.¹²⁵⁰

¹²⁴⁵ Vgl. Kapitel IV.5.3

¹²⁴⁶ Vgl. Kapitel IV.5.4 i.V.m. **Breisig** (2006), S. 59; **Göbel** (2002), S. 139ff.; **Roterling** (1993), S. 113ff.

¹²⁴⁷ Die These, dass die Unternehmensentscheidung über die vertikale Integration bestimmter Produktionsstufen ceteris paribus von der Höhe der TAK abhängt, muss über eine zumindest ordinale Bestimmung der TAK verifizierbar bzw. falsifizierbar sein. Vgl. **Breisig** (2006), S. 57; **Löchel** (1995), S. 27 i.V.m. **Coase** (1937) und **Williamson** (1985)

¹²⁴⁸ Vgl. **Williamson** (1990), S. 25

¹²⁴⁹ Vgl. Kapitel IV.5.2.2

¹²⁵⁰ Vgl. **Göbel** (2002), S. 155

V. Die Transaktion medizinischer Leistungen in der mikroökonomischen Betrachtung

Probleme bei der empirischen Überprüfung der Relevanz von TAK auf ökonomische Entscheidungen ergeben sich aus der Operationalisierbarkeit von TAK. In der Literatur herrscht weitgehend Einigkeit darüber, dass TAK nicht messbar sind.¹²⁵¹ Sie können somit nicht primär empirisch evaluiert werden und müssen sekundär aus messbaren Indikatoren abgeleitet werden. Einen Versuch zur Messung eines Teils der Transaktionskosten im Gesundheitswesen hat KPMG im Auftrag der KV Westfalen-Lippe unternommen. Hierbei wurde ein Volumen von 1,6 Milliarden Euro bundesweiter Bürokratiekosten für das Jahr 2005 ermittelt.¹²⁵² Diese Studie belegt das enorme Einsparpotenzial, dass bei einer organisatorischen und strukturellen Optimierung der Transaktionen im Gesundheitswesen generiert werden kann.

Zusätzliche Probleme bei der Definition von TAK ergeben sich aus der Abgrenzung zu den Produktionskosten. Die Grenzen zwischen TAK und Produktionskosten können fließend sein, Kosten können sich beiden Kategorien oder keiner von beiden zuordnen lassen.¹²⁵³ Zur Lösung dieser Problemfelder wird für die relevanten Güter und Dienstleistungen eines MVZ im Folgenden zunächst eine Operationalisierung¹²⁵⁴ vorgenommen. Weiterhin erfolgt eine detaillierte Charakterisierung einschließlich der Abgrenzung zwischen Produktions- und Transaktionskosten für eine Auswahl medizinischer Sachgüter und Dienstleistungen.¹²⁵⁵ Zur Beurteilung der Vorteilhaftigkeit verschiedener institutioneller Arrangements muss auf-

¹²⁵¹ Vgl. **Terberger** (1994) S. 34 i.V.m. **Göbel** (2002) S. 153

¹²⁵² Die Studie erfolgte ausschließlich für den Bereich der KV Westfalen –Lippe. Die Ermittlung der bundesweiten Zahlen erfolgte anhand von Hochrechnungen. Erfasst wurden reine Bürokratiekosten, die aus externen Verpflichtungen der Arztpraxen und MVZ (Dokumentationspflichten, Einzug der Praxisgebühr, Meldepflichten etc.) resultieren. Vgl. **Stark** (2007), S. 54f.

¹²⁵³ Vgl. Kapitel IV.4.1 i.V.m. **Grothe** (1990), S. 47ff.; **Kirchner / Picot** (1987), S. 62ff.; **Wegehenkel** (1980), S. 15ff; **Bössmann** (1982), S. 665

¹²⁵⁴ Vgl. Kapitel V.1

¹²⁵⁵ Vgl. Kapitel V.2 und V.3

grund der gegenseitigen Interdependenzen¹²⁵⁶ jedoch stets die Summe aus Produktions- und Transaktionskosten betrachtet werden.¹²⁵⁷

V.1 Operationalisierung der TAK für medizinisch relevante Sachgüter und Dienstleistungen

Die Nichtmessbarkeit von TAK¹²⁵⁸ sowie die Fokussierung des traditionellen betrieblichen Rechnungswesens auf die Produktionskostenrechnung erschweren die Nutzung von TAK zur Analyse und Entscheidungsfindung betrieblicher Abläufe. Daher ist eine Operationalisierung der TAK zur Berücksichtigung in der Kostenarten-, Kostenträger- und Kostenstellenrechnung vorzunehmen.¹²⁵⁹

Grundlage für diese Operationalisierung bildet die Definition der TAK.¹²⁶⁰ Die bisher in der Literatur vorgenommene Unterteilung in Ex-ante- und Ex-post-TAK¹²⁶¹ wird den Anforderungen an ein Instrument zur Entscheidungsfindung bei organisatorischen Gestaltungsfragen nicht gerecht. Auch die weiterführenden Unterteilungen von Picot¹²⁶², Albach¹²⁶³ und Matje¹²⁶⁴ bedürfen weitergehender Konkretisierungen. Einer generellen Operationalisierung von TAK sind aufgrund der Überschneidungen mit den Produktionskosten Grenzen gesetzt.¹²⁶⁵ Insbesondere Kosten der Querschnittsfunktionen, wie Qualitäts-, Personal- und Managementkosten

¹²⁵⁶ Vgl. **Matje** (1995), S. 353; **Schneider** (1985), S. 1242

¹²⁵⁷ Vgl. **Kieser / Walgenbach** (2003), S. 52ff.; **Göbel** (2002) S. 139; **Picot / Reichwald / Wiegand** (2001), S. 41; **Sydow** (1992), S. 130; **Williamson** (1990), S. 25

¹²⁵⁸ Vgl. **Terberger** (1994), S. 34 i.V.m. **Göbel** (2002), S. 153

¹²⁵⁹ Die Forderung der Berücksichtigung von TAK im betrieblichen Rechnungswesen wurde bereits Ende der 80er Jahre von Albach postuliert, der eine Erweiterung des betrieblichen Rechnungswesens auf eine Transaktions- bzw. Koordinationskostenrechnung forderte.

Vgl. **Albach** (1988), S. 1152

¹²⁶⁰ Zu der in dieser Arbeit verwandten Definition von TAK vgl. Kapitel IV.2

¹²⁶¹ Vgl. **Williamson** (1990), S. 22f.

¹²⁶² Vgl. **Picot** (1982), S. 270

¹²⁶³ Albach unterteilt Transaktionskosten nach der jeweiligen Phase im Kooperationsprozess. Vgl. **Albach** (1988), S. 1159ff.

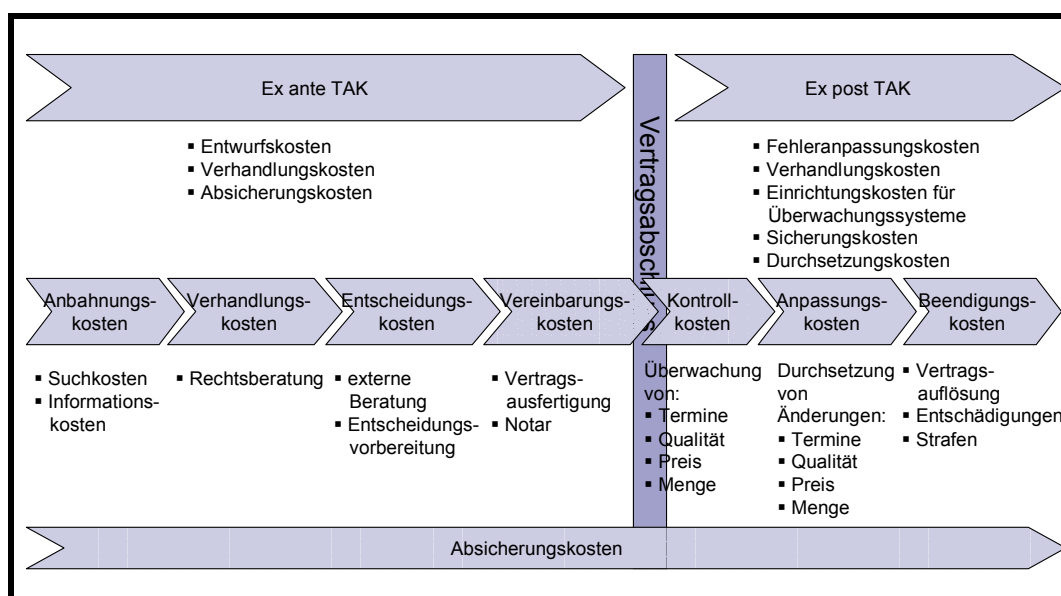
¹²⁶⁴ Vgl. **Matje** (1995) S. 352

¹²⁶⁵ Vgl. **Matje** (1995), S. 353; **Schneider** (1985), S. 1242

lassen sich nicht dichotom in Produktions- oder Transaktionskosten unterteilen.¹²⁶⁶

Eine grundsätzliche Operationalisierung nach den Phasen der Transaktion erscheint sinnvoll und zielführend. Zusätzlich zu den von Picot postulierten Anbahnungs-, Vereinbarungs-, Kontroll- und Anpassungskosten¹²⁶⁷ sind Verhandlungs-, Entscheidungs-, Beendigungs- und Absicherungskosten zu betrachten.

Abbildung 42: Operationalisierung von TAK



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an **Güssow** (2007), S. 295 i.V.m. **Williamson** (1990), S. 22f. und **Picot** (1982), S. 270

Die TAK bilden dabei eine monetäre Eigenschaft des Vorgangs der Transaktion und nicht der zugrunde liegenden Güter ab.¹²⁶⁸ Gleichwohl beeinflussen die zugrunde liegenden Güter über ihre Eigenschaften der Spezifität und der strategischen Relevanz die organisatorische Ausgestaltung und Absicherung der Transaktion, was wiederum Einfluss auf die

¹²⁶⁶ Vgl. **Güssow** (2007), S. 294

¹²⁶⁷ Vgl. **Picot** (1982) S. 270

¹²⁶⁸ Die monetäre Eigenschaft der zugrunde liegenden Güter kann durch Marktpreise oder PK beschrieben werden.

Kosten hat.¹²⁶⁹ Die zugrunde liegenden Güter haben somit einen indirekten Einfluss auf die TAK.

V.2 Charakterisierung und Klassifizierung beschaffungsseitig relevanter Sachgüter und Dienstleistungen in Bezug auf ihre transaktionsrelevanten Eigenschaften

Soll versucht werden, die entstehenden Transaktionskosten von MVZ zu prognostizieren, müssen zunächst die relevanten Transaktionsgüter auf ihre Eigenschaften hin untersucht und klassifiziert werden.¹²⁷⁰ Dies gilt gleichermaßen für Transaktionen, bei denen das MVZ als Nachfrager¹²⁷¹ bzw. als Anbieter¹²⁷² auftritt. Die Festlegung der relevanten Transaktionen muss dabei für den Einzelfall des zu analysierenden MVZ erfolgen. Die folgende Auswahl bezieht die Sachgüter und Dienstleistungen ein, die grundsätzlich für MVZ zu berücksichtigen sind, ist jedoch an die konkreten Umstände des Analyseobjektes anzupassen und zu erweitern. Die Analyse beschränkt sich hierbei auf die Eigenschaften Spezifität und strategische Relevanz, u.a. determiniert durch Unsicherheit und Häufigkeit¹²⁷³, sowie auf die Definition der betrachteten Transaktionskosten in Abgrenzung zu den Produktionskosten, die beschaffungsseitig als Bereitstellungskosten bezeichnet werden.¹²⁷⁴

¹²⁶⁹ Vgl. zur Differenzierung der Eigenschaften von Transaktionen und Gütern Kapitel IV.5.2

¹²⁷⁰ Vgl. **Göbel** (2002), S. 139; dies setzt voraus, dass die relevanten Transaktionsobjekte bereits identifiziert sind.

¹²⁷¹ Vgl. Kapitel V.2

¹²⁷² Vgl. Kapitel V.3

¹²⁷³ Spezifität und strategische Relevanz werden dabei als voneinander unabhängige Transaktionsmerkmale betrachtet, die durch Unsicherheit und Häufigkeit verstärkt bzw. abgeschwächt werden. Vgl. zu dieser Vorgehensweise Kapitel IV.5.2.6 i.V.m. **Rotering** (1993), S. 121f.

¹²⁷⁴ Vgl. **Matje** (1995), S. 353; **Schneider** (1985), S. 1242

V.2.1 Immobilien

V.2.1.1 Spezifität medizinisch kooperativ genutzter Immobilien

Besonders große Zusammenschlüsse von Ärzten haben sehr spezifische Anforderungen an die Art, Ausstattung, Aufteilung, Größe¹²⁷⁵ und den Standort¹²⁷⁶ der Immobilie. Je nach der angestrebten Größe der Organisationsform, ist die Spezifität der Immobilie neu zu bewerten, wobei grundsätzlich gilt, je größer die Organisationsform geplant ist, desto spezifischer sind die Anforderungen an die jeweilige Immobilie.¹²⁷⁷ Bei losen ärztlichen Kooperationsformen, Einzelpraxen, Organisationsgemeinschaften oder überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften verbleiben die Ärzte meist in ihren bisherigen Praxisräumen, was die Frage nach der Spezifität der Immobilie obsolet werden lässt, da keine neue (größere) Immobilie benötigt wird. Es findet keine Transaktion in diesem Bereich statt. Für Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ gilt hingegen die bereits beschriebene Größenabhängigkeit zur folgenden Bewertung der Spezifität. Neben der Sachkapitalspezifität, die eine adäquate Größe (respektive Erweiterungsmöglichkeiten), Aufteilung (respektive Aufteilungsmöglichkeiten), Ausstattung (Lifte, Klimaanlage, IT-Vernetzung etc.) bieten muss, spielt die Standortspezifität eine entscheidende Rolle für die Auswahl einer geeigneten Immobilie. Zu berücksichtigen sind hierbei vor allem die Verfügbarkeit entsprechender vertragsärztlicher Zulassungen¹²⁷⁸, die Nähe zu potenziellen Partnern und Patienten sowie allgemeine Faktoren, wie

¹²⁷⁵ Art, Ausstattung, Aufteilung und Größe können unter dem Begriff der Sachkapitalspezifität bzw. der funktionalen Spezifität zusammengefasst werden. Vgl. Kapitel IV.5.2.1 i.V.m. **Güssow** (2007), S. 84, **Stahl** (1995), S. 92

¹²⁷⁶ Nach Göbel ist die Standortspezifität ein eigenständiges Spezifitätsmerkmal. Vgl. Kapitel IV.5.2.1 i.V.m. **Göbel** (2002) S. 139f.

¹²⁷⁷ Größe an sich ist bereits ein spezifisches Kriterium. Zusätzlich impliziert die Größe einer Organisationsform auch eine entsprechende Komplexität, die die spezifischen Anforderungen an die Immobilie ebenfalls erhöht.

¹²⁷⁸ Neben der Identifikation wegen Überversorgung gesperrter Fachgebiete ist auch das „Handelsvolumen“ vertragsärztlicher Zulassungen zu berücksichtigen. In Berlin werden beispielsweise aus Altersgründen pro Quartal 50 vertragsärztliche Zulassungen neu vergeben oder übertragen. Die Gründung und Erweiterung eines MVZ ist hier also trotz der nahezu komplett gesperrten Fachgebiete relativ problemlos möglich. Vgl. **Amelung** (2007), S. 232

beispielsweise regionale Immobilienpreise. Ebenfalls berücksichtigt werden muss die Verfügbarkeit der Immobilie zum geplanten Termin der Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit (Zeitspezifität).¹²⁷⁹

Die Spezifität von Immobilien für MVZ ist somit als hoch bis sehr hoch zu bewerten, wobei die Spezifität positiv mit der Größe des MVZ korreliert.

V.2.1.2 Strategische Relevanz der Immobilien

Der zeitliche Horizont von Immobilientransaktionen im Gesundheitssektor beträgt im Gegensatz zu spekulativen Immobilientransaktionen in der Regel mehrere Dekaden. Die medizinische Leistungserbringung erfolgt ausschließlich nach dem Uno-actu-Prinzip¹²⁸⁰, was eine räumliche und zeitliche Synchronität von Leistungserbringer und Leistungsempfänger erfordert. Die räumliche Synchronität kann somit als eine existenzielle Grundlage der medizinischen Leistungserbringung betrachtet werden. Dies bedeutet, dass dieser Raum vorgehalten werden muss – es muss eine Immobilie beschafft werden.¹²⁸¹ Von der Existenz einer geeigneten¹²⁸² Immobilie ist somit die gesamte Geschäftsgrundlage des MVZ abhängig. Ex-post-Änderungen, welche die Immobiliennutzung betreffen, sind mit hohem finanziellen Aufwand verbunden und müssen durch die Ex-ante-

¹²⁷⁹ Die Zeitspezifität gewinnt insbesondere dann an Bedeutung, wenn Vertragsarztsitze aufgekauft werden sollen, da nach dem Erwerb dieser Sitze die Tätigkeit zur Patientenversorgung wahrgenommen werden muss. Bei einem zu langen Ruhen der vertragsärztlichen Tätigkeit kann die zuständige KV die Zulassung mit Hinweis auf den Sicherstellungsauftrag wieder entziehen. Vgl. **SGB V** §95(6)

¹²⁸⁰ Bei Dienstleistungen nach dem Uno-actu-Prinzip fallen die Erstellung und die Konsumtion der Dienstleistung sowohl zeitlich als auch räumlich zusammen. Die Dienstleistung ist daher nicht konservierbar. Vgl. **Güssow** (2007), S. 84, 216

¹²⁸¹ Auf Sonderfälle, wie ärztliche Behandlungen in speziell umgebauten Bussen o.Ä., wird hier nicht eingegangen, da dies nicht als Kerngeschäft eines MVZ in Frage kommt. Hausbesuche werden ebenfalls nicht explizit aufgeführt, da sie lediglich eine Ergänzung zur Praxistätigkeit darstellen. Weiterhin ergibt sich die Verpflichtung zum Betrieb einer Immobilie aus den gesetzlichen Rahmenbedingungen: „Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).“ **SGB V** §95 (1)

¹²⁸² Vgl. zur Eignung der Immobilie die Ausführungen zum Merkmal der Spezifität in Kapitel V.2.1.1

Implementierung effektiver Überwachungs- und Kontrollmechanismen vermieden werden.¹²⁸³

Die strategische Relevanz einer medizinisch kooperativ genutzten Immobilie ist folglich als maximal, da existenziell, einzustufen.

V.2.1.3 Transaktionskostenrelevante Einflussfaktoren der Immobilienbeschaffung

Hier muss unterschieden werden zwischen dem Kauf bzw. dem Neubau und der Miete einer Immobilie. Während der Kauf oder Neubau eine einmalige bzw. seltene Transaktion darstellt, bei der opportunistisches Verhalten der Vertragspartner zu erwarten ist¹²⁸⁴, handelt es sich bei der Immobilienmiete grundsätzlich um eine Transaktion mit verhältnismäßig langer vertraglicher Bindung. Hier werden beide Vertragspartner, sofern ein Interesse an der Weiterführung des Vertrages unterstellt wird, ihr jeweiliges opportunistisches Verhalten auf ein Minimum begrenzen, was die Verhaltensunsicherheit reduziert.¹²⁸⁵ Gerade Mietverhältnisse sind jedoch anfällig gegenüber Veränderungen in den Umweltbedingungen, da sie sich diesen langfristig nicht entziehen können. Dies bedingt eine Umweltunsicherheit, die tendenziell positiv mit der Dauer des Vertragsverhältnisses korreliert.¹²⁸⁶

Immobilientransaktionen erfolgen meist einmalig oder in Abständen oberhalb einer Dekade. Immobilienkäufe sowie Immobilienmieten können daher nach Williamson allgemein als einmalige Transaktionen betrachtet werden, wobei Letztere während ihrer Laufzeit Anpassungen erforderlich machen, welche als Transaktionsergänzungen angesehen werden können.¹²⁸⁷

¹²⁸³ Vgl. Kapitel IV.5 i.V.m. **Göbel** (2002), S. 143ff.

¹²⁸⁴ Vgl. Kapitel IV.4.2 i.V.m. **Williamson** (1990), S. 54

¹²⁸⁵ Vgl. Kapitel IV.5.2.3 i.V.m. **Göbel** (2002), S. 142

¹²⁸⁶ Verhaltens- und Umweltunsicherheit wirken somit mit der Dauer der Vertragsbeziehung gegensätzlich und heben sich in ihrer Wirkung weitgehend auf. Je länger die vertragliche Beziehung dauert, desto geringer wird die Verhaltensunsicherheit und desto höher wird die Umweltunsicherheit. Vgl. Kapitel IV.5.2.3 i.V.m. **Stahl** (1995), S. 94f.

¹²⁸⁷ Williamson unterscheidet bei der Häufigkeit der Durchführung gleichartiger Transaktionen einmalig, gelegentlich und häufig stattfindende Transaktionen. Vgl. **Williamson** (1990), S. 89

V.2.1.4 Abgrenzung der Immobilienkosten

Als Immobilienkosten werden die gesamten Kosten eines MVZ für den Erwerb und die Nutzung von Gebäuden und Teilen davon betrachtet. Sie werden unterschieden in Bereitstellungskosten und in Transaktionskosten.¹²⁸⁸ Als Bereitstellungskosten werden Kosten betrachtet, die auf Praxisräume und Gebäude, in denen das MVZ medizinische Leistungen erbringt, entfallen. Eingeschlossen sind dabei alle ausgelagerten Praxisräume, Betriebsstätten, Zweigniederlassungen und belegärztlichen Räume.¹²⁸⁹ Als Bereitstellungskosten werden hierbei die Nettokaltmiete bzw. der Nettokaufpreis medizinisch genutzter Immobilien sowie Kosten für Betrieb, Renovierung, Instandhaltung, Um- und Ausbau medizinisch genutzter Immobilien betrachtet.

Zu den Transaktionskosten für Immobilien werden die Gesamtkosten für Immobilien oder Immobilienteile, die der Koordination der medizinischen Leistungserbringung dienen, gezählt.¹²⁹⁰ Diese können als Koordinationskosten bezeichnet werden und sind somit den TAK vollständig zuzuordnen.¹²⁹¹ Abzugrenzen sind hiervon Kosten für nichtmedizinische Zwecke, die jedoch der Bereitstellung des „Produktionsfaktors Patient“ dienen. Kosten für Warteräume und Anmeldung sind somit den Bereitstellungskosten zuzuordnen. Weiterhin sind auch Kostenanteile medizinisch genutzter Immobilien den TAK zuzuordnen. Dies sind Suchkosten (z.B. für einen beauftragten Makler) und Verhandlungs- und Vertragskosten (z.B. für Rechtsanwalt und Notar).¹²⁹² Grundlage für die buchhalterische Erfassung und Zuordnung von Immobilienkosten ist die Implementierung eines Facili-

¹²⁸⁸ Der Begriff Bereitstellungskosten entspricht inhaltlich den Produktionskosten eines produzierenden Gewerbebetriebes.

¹²⁸⁹ Dies kann auch in Analogie zu niedergelassenen Ärzten mit dem räumlichen Begriff der Praxis definiert werden.

¹²⁹⁰ Hierzu zählen beispielsweise die Büro- und Verwaltungsräume der POLIKUM Gruppe am Leipziger Platz in Berlin, wo alle Leistungen, die nicht medizinischer Natur sind und über die unmittelbar an die Leistungserbringung gekoppelte Aufgaben hinausgehen, erbracht werden.
Vgl. **Amelung** (2007), S. 229

¹²⁹¹ Vgl. Kapitel IV.2 i.V.m. **Coase** (1993) S. 149; **Williamson** (1990) S. 169

¹²⁹² Vgl. **Albach** (1988), S. 1160ff.

ty Managements mit einer verursachungsgerechten Leistungsverrechnung.¹²⁹³ Grundlage für diese Leistungsverrechnung ist die Ermittlung der Höhe der Kosten für diese Leistungen.¹²⁹⁴ Die Nutzung interner Marktmietmodelle zur Verrechnung von kalkulatorischen Mieten kann bei der Leistungsverrechnung hilfreich sein. Eine pauschale Umlage nach der genutzten Fläche sollte nur erfolgen, wenn die jeweilige Leistung nicht anders zuzuordnen ist.¹²⁹⁵

Es ist davon auszugehen, dass der Anteil der Immobilien-TAK an den gesamten Immobilienkosten mit zunehmender Größe und Komplexität des MVZ steigt.

V.2.2 Personalbeschaffung

Im Mittelpunkt der transaktionskostentheoretischen Analyse personalwirtschaftlicher Probleme stehen der Arbeitsvertrag sowie das darauf beruhende Beschäftigungsverhältnis.¹²⁹⁶

V.2.2.1 Spezifität von Personal im Gesundheitswesen

Die sorgfältige Personalauswahl ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor¹²⁹⁷ für Kooperationen im medizinischen Bereich.¹²⁹⁸ Dies gilt für nichtmedizinisches Personal ebenso wie für medizinisches Personal. Medizinisches Personal muss neben der Approbation weiterhin Facharztabschlüsse, Weiterbildungsnachweise und andere Zertifikate nachweisen können, um

¹²⁹³ Vgl. Kapitel II.3.2, insbesondere Kapitel II.3.2.4 i.V.m. Vgl. **Glauche** (1999), S. 1

¹²⁹⁴ Bei extern erbrachten Leistungen, wie z.B. Reinigung, Wartung, Sanierung etc., ist dies aufgrund klarer Rechnungsstellung vergleichsweise einfach, die verursachungsgerechte Verrechnung der Fläche gestaltet sich schwieriger.

¹²⁹⁵ Vgl. **Schneider** (1999), S. 8ff.

¹²⁹⁶ Vgl. **Eigler** (2001), S. 343

¹²⁹⁷ Zum Begriff des Erfolgsfaktors Vgl. Kapitel II.1.2 i.V.m **Seibert** (1987), S. 10; **Leidecker / Bruno** (1984), S. 24f.

¹²⁹⁸ Osterhold und Richter drücken dies als zirkulären Zusammenhang zwischen wirtschaftlichem Erfolg, Kundenorientierung und Mitarbeiterorientierung aus. Vgl. **Osterhold** (1996), S. 36; **Richter, A.-D.** (1999), S. 423

bestimmte ärztliche Tätigkeiten gemäß der Berufsordnung¹²⁹⁹ ausüben zu dürfen. Medizinisches Hilfspersonal und nichtmedizinisches Personal unterliegt zwar nicht den Regularien der Berufsordnung, es müssen aber ebenfalls bestimmte Fähigkeiten erworben worden sein, um im MVZ erfolgreich eingesetzt werden zu können. Zusätzlich zu den rein fachlichen Qualifikationen sind meist weitere Fähigkeiten, so genannte „soft skills“, von Bedeutung.¹³⁰⁰ Kooperationswille, Teamfähigkeit, Kommunikations- und Kritikfähigkeit erhöhen bei kooperativen Versorgungsformen die spezifischen Anforderungen an die entsprechenden Mitarbeiter zusätzlich zu den Ausbildungs- und Befähigungsnachweisen. Die Gesamtheit des Wissens und der Fähigkeiten bestimmt die Höhe der Humankapitalspezifität der Mitarbeiter.¹³⁰¹ Diesen spezifischen Anforderungen sollte mindestens die gleiche Bedeutung zugemessen werden wie den fachlichen Qualifikationen.¹³⁰²

V.2.2.2 Strategische Relevanz des Personals

Die strategische Relevanz in diesem Bereich ist sehr stark von der Unternehmensphilosophie¹³⁰³ abhängig. Denkbar sind hier personaltechnische Ausprägungen innerhalb des Kontinuums zwischen „lifetime employment“ nach japanischem und der „hire and fire“ – Mentalität nach amerikani-

¹²⁹⁹ Vgl. Musterberufsordnung (MBO) §§ 1 ff.

¹³⁰⁰ Diese „weichen Fähigkeiten“ werden auch als soziale Kompetenz bezeichnet. Hierzu gehören Fähigkeiten und Eigenschaften wie Disziplin, Umgangsformen, Höflichkeit, Kommunikativität, Motivation, Selbständigkeit, Konfliktmanagement und Teamfähigkeit. Der Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierärzthelferinnen (BdA) hat schon 2001 festgestellt, dass diese Fähigkeiten an Bedeutung gewinnen und bereits in der Ausbildung zur Arzthelferin implementiert werden müssen. Vgl. **Schwarzkopf** (2001), S. 2

¹³⁰¹ Zum Begriff der Humankapitalspezifität vgl. Kapitel IV.5.2.1 i. V.m. **Göbel** (2002) S. 140

¹³⁰² Die Praxisrelevanz dieser Problematik wird am Beispiel des MVZ POLIKUM GmbH in Berlin deutlich, wo Anfang 2006 ein zusätzlicher bereits erworbener Vertragsarztsitz für Urologie über einen Zeitraum von fast 5 Monaten nicht besetzt werden konnte, da die Bewerber zwar die erforderlichen Abschlüsse vorweisen konnten, jedoch nicht über die erforderlichen „soft skills“ für die Tätigkeit in einer kooperativen Versorgungsform verfügten.

¹³⁰³ Die Unternehmensphilosophie kann als Inbegriff der Prinzipien, Normen, Werte, Vorstellungen, Denkweisen und Annahmen eines Unternehmens definiert werden, die im normativen Management geprägt wird und sich auf alle Unternehmensprozesse auswirken. Vgl. **Braun** (1999); **Kirsch** (1997) Die Unternehmensphilosophie manifestiert sich inhaltlich in der Unternehmenskultur. Vgl. **Braun** (1999), S. 8

schem Vorbild. Wird eine in Deutschland übliche mittel- bis langfristige Bindung eines Arbeitnehmers an einen Arbeitgeber unterstellt, ergeben sich daraus Implikationen für die strategische Relevanz dieser Vertragsbeziehungen.

Der Beitrag zum Unternehmenserfolg variiert zwischen den verschiedenen im MVZ tätigen Berufsgruppen. Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten als medizinische Leistungserbringer kommt hierbei eine vergleichsweise hohe Bedeutung zu, da sie durch die Leistungserbringung existenziell zum Unternehmenserfolg beitragen.¹³⁰⁴ Das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient verstärkt die ohnehin schon hohe strategische Relevanz des medizinischen Personals.¹³⁰⁵ Medizinisches Hilfspersonal und nichtmedizinisches Personal ist tendenziell strategisch weniger relevant als medizinisches Personal. Personal in Führungsverwendungen verfügt sowohl im medizinischen als auch im nichtmedizinischen Bereich über eine höhere strategische Relevanz. Insgesamt lässt sich feststellen, dass die strategische Relevanz bei der Personalbeschaffung in MVZ stark von der Funktion und von der Unternehmensphilosophie abhängt, unter den gegebenen Einflussvariablen in ihrer Gesamtheit aber tendenziell als hoch bis sehr hoch zu bewerten ist.¹³⁰⁶

V.2.2.3 Transaktionskostenrelevante Einflussfaktoren der Personalbeschaffung

Die Verhaltensunsicherheit wird tendenziell bei Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit relativ hoch sein, da sowohl für Arbeitnehmer als auch für Arbeitgeber das Verhalten des jeweils anderen in der für alle beteiligten Ver-

¹³⁰⁴ Arzthelferinnen stellen jedoch meist den Erstkontakt mit dem Patienten her, ihr Beitrag zum Unternehmenserfolg ist daher ebenfalls nicht zu unterschätzen.

¹³⁰⁵ Eine „hire and fire“-Unternehmensphilosophie würde beispielsweise für eine niedrige strategische Relevanz sprechen. Dies wäre vermutlich im Gesundheitswesen aufgrund des besonderen Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient nicht dauerhaft durchsetzbar. Vgl. **Neubauer / Demmler** (1989), S. 38

¹³⁰⁶ Der potenzielle Schaden für das MVZ durch eine fehlerhafte Personalbeschaffung (fehlende fachliche und/oder soziale Kompetenz) ist hoch, was ein starkes Indiz für die strategische Relevanz darstellt. Vgl. **Roterling** (1993), S. 121

tragspartner neuen Struktur kaum antizipierbar ist.¹³⁰⁷ Nach der Anlaufphase sollte sich diese Verhaltensunsicherheit allerdings auf ein Maß reduzieren, das nicht wesentlich über dem nichtkooperativer Versorgungsformen liegt.

Veränderungen in der (personellen) Umweltsituation, wie z.B. die Geburt eines Kindes, Schwankungen im Patientenfluss oder krankheitsbedingter Ausfall von Mitarbeitern lassen sich in einer größeren Versorgungsform durch internen Personalausgleich, also Ex-post-Vertragsanpassungen, eher kompensieren als bei kleineren Versorgungseinrichtungen.¹³⁰⁸ Die Umweltunsicherheit korreliert somit negativ mit der Größe der Versorgungsform.

Die Häufigkeit personeller Transaktionen hängt von der Anzahl der Beschäftigten und der Wechselhäufigkeit ab. Die Häufigkeit der Personalbeschaffung bei konstanten Mitarbeiterzahlen kann auch als „Personalfluktu-ation“ bezeichnet werden und ist ein Indiz für die Mitarbeiterzufriedenheit. Hohe Personalfluktu-ation ist mit erheblichen Transaktionskosten verbunden¹³⁰⁹

Abzugrenzen von der Personalfluktu-ation ist die durch Wachstum ausgelöste Häufigkeit personeller Transaktionen, welche durchaus erwünscht ist. Eine hohe Personalfluktu-ation und die dadurch verursachten Transaktionen sind hingegen in keiner Versorgungsform erwünscht, da sie die Transaktionskosten erhöhen. Bisher liegen keine Hinweise über eine grundsätzlich erhöhte Personalfluktu-ation bei kooperativen Versorgungsformen vor, die flexibleren personellen Einsatzmöglichkeiten implizieren vielmehr eine geringere Fluktu-ation durch höhere Mitarbeiterzufrieden-

¹³⁰⁷ Vgl. Göbel (2002), S. 142

¹³⁰⁸ Beispielsweise durch Teilzeitvereinbarungen, Aufteilung der anfallenden Arbeit auf mehrere Kollegen o. Ä.. Die anfallenden Ex-post-TAK bei internem Personalausgleich sind signifikant geringer als der Rückgriff auf externes Personal.

¹³⁰⁹ Eine Studie zur Ermittlung der Fluktuationskosten in Schweizer Spitälern ermittelte für das Jahr 2002 ein Volumen von 49.800 CHF (ca. 30.200 €) pro nachzubesetzender OP-Stelle, was jährlichen gesamtschweizerischen Transaktionskosten durch Fluktu-ation von bis zu 6,6 Mio. CHF (ca. 4 Mio. €) entspricht. Vgl. **Vereinigung für Leitungen im OP (LOPS)** (2003), S. 30f.

heit¹³¹⁰ und somit geringere Transaktionskosten. Neben TAK durch Personalwechsel sind auch Ex-post-Vertragsanpassungen bei lang andauernden Arbeitsverhältnissen zu berücksichtigen, die z.B. bei der Übertragung neuer Aufgabengebiete, Weiterbildungen oder Qualifizierungsmaßnahmen notwendig werden.

V.2.2.4 Abgrenzung der Personalbeschaffungskosten

Kosten der Personalbeschaffung können nach Personalsuche, Personalauswahl und Personalgewinnung unterschieden werden.¹³¹¹ Sie können somit als Suchkosten (z.B. für Annoncen u.Ä.), Auswahlkosten (Assessment) und Verhandlungs- und Vertragskosten (z.B. für Personalabteilung) definiert werden.¹³¹² Sie sind daher Koordinationskosten und somit vollständig den TAK zuzuordnen.¹³¹³

Die Unterscheidung nach der Zuordnung der späteren Tätigkeit zum „Produktionsprozess“ der medizinischen Leistungserbringung oder zur Koordination derselben erfolgt im Kapitel V.3. Personalbeschaffungskosten sind somit reine TAK.

V.2.3 Medizinische Geräte

V.2.3.1 Spezifität medizinischer Geräte

Insbesondere die Möglichkeit, einen umfangreichen Gerätepool finanziell unterhalten und die damit verbundenen Leistungen anbieten zu können, sind starke Motivationsfaktoren für das Eingehen von Kooperationen im Gesundheitswesen.¹³¹⁴ Medizinische Geräte verfügen über eine mittlere bis hohe Sachkapital-, Zeit- und Standortspezifität¹³¹⁵, die sich allerdings

¹³¹⁰ Hierbei wird vorausgesetzt, dass diese flexiblen Möglichkeiten im Einvernehmen mit dem Personal genutzt werden.

¹³¹¹ Vgl. **Kerres / Lohmann** (1999), S. 119ff.

¹³¹² Vgl. **Albach** (1988), S. 1160ff.

¹³¹³ Vgl. **Coase** (1993), S. 149; **Williamson** (1990), S. 169 i.V.m. Kapitel IV.2

¹³¹⁴ Vgl. hierzu Kapitel II.1.2.2; II.4.4 sowie III.4.1

¹³¹⁵ Vgl. Kapitel IV.5.2.1 i.V.m. **Göbel** (2002), S. 139f.

zwischen diversen Organisationsformen nicht signifikant unterscheidet. Die Ausprägung der Spezifität hängt hierbei entscheidend von der Art der Geräte, hier insbesondere vom Innovationsgrad, ab. Es existieren weltweit diverse Anbieter von medizinischen Geräten, die beispielsweise zu einem hohen Prozentsatz relativ wenig spezifische Geräte, wie z.B. Blutdruckmessgeräte, anbieten. Zurzeit werden hochspezifische Geräte zur innovativen Ionen-/Protonentherapie bei Tumorpatienten allerdings nur von vier Anbietern weltweit angeboten.¹³¹⁶

Bei der Beschaffung medizinischer Geräte ist des Weiteren die Markennamenspezifität zu berücksichtigen, da diese sich direkt auf das Vertrauen von Personal und Patienten in die Geräte und somit in die Qualität der Versorgung insgesamt auswirken kann.¹³¹⁷ Je komplexer das medizinische Gerät ist, desto höher wird die entsprechende Humankapitalspezifität des Bedienpersonals zu bewerten sein, was Auswirkungen auf die TAK im personellen Bereich hat.¹³¹⁸ Größere kooperierende Organisationseinheiten werden tendenziell in der Lage sein, eine größere Anzahl und spezifischere Geräte zu beschaffen und zu betreiben, da sie deren Auslastung dauerhaft sicherstellen können. Die Geräte amortisieren sich somit innerhalb eines festgelegten und überschaubaren Zeitraums.¹³¹⁹ Diese Organisationseinheiten können unter Umständen sogar ein abnehmerspezifisches Gerät fertigen lassen, das speziell auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten ist und somit über den höchstmöglichen Spezifitätsgrad verfügt.

¹³¹⁶ Dies sind „Optivus Technology“ Inc., USA, vgl. <http://www.optivus.com/> vom 03.08.2007; „ACCEL Instruments“ GmbH, Deutschland, vgl. <http://www.accel.de> vom 03.08.2007; „Siemens Medical Solutions“, Deutschland, vgl. <http://www.medical.siemens.com> vom 03.08.2007 und „Ion Beam Application (iba)“, Belgien, vgl. <http://www.iba-worldwide.com> vom 03.08.2007

¹³¹⁷ Patienten können in der Regel nicht objektiv die Qualität einer medizinischen Leistung beurteilen und urteilen daher oft nach Service- und Imagegesichtspunkten. Letztlich entscheidet die (ggf. irrationale) Patientensicht über den Erfolg des MVZ. Vgl. **Fehr / Russel** (1984), S. 464

¹³¹⁸ Vgl. Kapitel V.2.2.1; V.3; IV.5.2.1 i.V.m. **Göbel** (2002), S. 139f.

¹³¹⁹ Im Berliner MVZ POLIKUM GmbH konnte so ein Gerätepool von ca. 90 hochmodernen Großgeräten realisiert werden. Vgl. **Amelung** (2007), S. 228

V.2.3.2 Strategische Relevanz medizinischer Geräte

Der Zeithorizont der Nutzung medizinischer Geräte ist terminiert vom medizintechnischen Fortschritt und den im MVZ vertretenen Fachrichtungen. Die Nutzungsdauer bei selbst erworbenen medizinischen Geräten liegt tendenziell höher als bei geleasten oder gemieteten Geräten.

MVZ, die sich strategisch als moderne, optimal ausgestattete Zentren der medizinischen Leistungserbringer am Markt positionieren wollen, werden, um ihren Gerätepool modern zu halten, häufiger Transaktionen tätigen müssen als einzeln niedergelassene Kollegen.¹³²⁰ Die höhere Auslastung der medizinischen Geräte wird ebenfalls zu einer Verringerung der Nutzungsdauer im Vergleich zu einzeln tätigen Ärzten führen. Der Beitrag medizinischer Geräte zum Unternehmenserfolg ist abhängig von der Art und Anzahl der im MVZ vertretenen Fachgruppen.¹³²¹ Der Gerätepool eines beispielsweise hausärztlich ausgerichteten MVZ wird weniger strategische Relevanz aufweisen als der eines auf Diagnostik fokussierten MVZ.¹³²²

Im Vergleich zu den bisher untersuchten Transaktionen von Immobilien und Personal lässt sich feststellen, dass die strategische Relevanz bei der Beschaffung medizinischer Geräte insgesamt niedriger liegt.¹³²³ Ihre tatsächliche Ausprägung hängt jedoch stark von der fachlichen Ausrichtung des MVZ ab.

¹³²⁰ So ist beispielsweise kein Gerät im Berliner MVZ POLIKUM GmbH älter als 5 Jahre. Vgl. **Amelung** (2007), S. 226

¹³²¹ Einzelne Fachrichtungen, wie beispielsweise die Nuklearmedizin, sind zwingend auf kostenintensive, spezifische Geräte angewiesen und verfügen daher über einen ca. 20 Prozent höheren Kostensatz als beispielsweise Neurologen, die kaum spezifische Geräte nutzen. Vgl. **AOK-Bundesverband** (2007), S. 35

¹³²² Entscheidend ist dabei, in welchem Ausmaß die Leistungserbringung von der Nutzung medizinischer Geräte abhängig ist.

¹³²³ Bei dieser Bewertung wird von einem auf ambulante Vollversorgung ausgerichteten MVZ ausgegangen. Bei diagnostisch spezialisierten MVZ mit einem hohen Anteil an gerätegebundenen Leistungen kann die strategische Relevanz deutlich höher bewertet werden.

V.2.3.3 Transaktionskostenrelevante Einflussfaktoren bei der Beschaffung medizinischer Geräte

Die Unsicherheit der Vertragspartner hängt bei medizinischen Geräten entscheidend von der Spezifität des Gerätes ab. Wenig spezifische Geräte, die von vielen Marktteilnehmern angeboten und nachgefragt werden, lassen kaum opportunistisches Verhalten der jeweiligen Vertragspartner zu, die Verhaltensunsicherheit ist hier somit gering.¹³²⁴ Innovative, hochspezifische Geräte¹³²⁵ bergen hingegen die Gefahr des „hold up“, sofern einer der Vertragspartner dominant ist.¹³²⁶

Die Gefahr der Umweltunsicherheit hängt von der Art bzw. der Langfristigkeit des Beschaffungsvertrages ab. Ein einmaliger Kaufvertrag ist von Schwankungen der Umweltbedingungen kaum abhängig, während das immer populärer werdende Medizingeräteleasing aufgrund seiner Langfristigkeit anfälliger gegen Umweltschwankungen ist.¹³²⁷

Die Häufigkeit der Transaktion medizinischer Geräte sowie die der konsumierten Leistungen zu deren Betrieb und Wartung korreliert zum einen mit der Anzahl der beschäftigten Ärzte und zum anderen mit der Art der Fachgebiete und somit mit der Patientenstruktur.¹³²⁸ Größere Organisationseinheiten mit einem umfassenden Leistungsangebot sowie Organisationseinheiten mit apparatlastigem Versorgungsschwerpunkt¹³²⁹ werden hier eine größere Anzahl an Transaktionen vornehmen (müssen) und so ihre Erfahrungswerte transaktionskostensenkend für Folgetransaktionen einsetzen können.¹³³⁰

¹³²⁴ Vgl. Kapitel IV.4.2 i.V.m. **Williamson** (1990), S. 54

¹³²⁵ Wie z.B. die oben erwähnten Geräte zu Ionen-/Protonentherapie bei Tumorpatienten.

¹³²⁶ Vgl. **Williamson** (1990), S. 61

¹³²⁷ Vgl. Kapitel IV.5.2.3 i.V.m. **Stahl** (1995), S. 94f.

¹³²⁸ Entscheidend ist die Nachfrage nach gerätgestützten medizinischen Leistungen, die sich sowohl aus der Arzt- als auch aus der Patientenstruktur ergibt.

¹³²⁹ Dies können beispielsweise Einrichtungen mit diagnostischem Schwerpunkt sein.

¹³³⁰ Das MVZ POLIKUM GmbH in Berlin ist aufgrund des umfassenden Versorgungsanspruchs und der eigenen Qualitätsansprüche an die genutzten medizinischen Geräte gezwungen, pro Jahr ca. 20 Geräte neu zu beschaffen. Geräte für Erweiterungen des MVZ kommen noch hinzu. Vgl. **Amelung** (2007), S. 226ff.

V.2.3.4 Abgrenzung der Kosten für medizinische Geräte

Kosten für medizinische Geräte werden in Bereitstellungs- und in Transaktionskosten unterschieden. Als Bereitstellungskosten sind die Nettokaufpreise bzw. die Miet- oder Leasingraten in vollem Umfang zu berücksichtigen. Folgekosten, die für den Betrieb¹³³¹ der erworbenen Geräte anfallen, sind ebenfalls den Bereitstellungskosten zuzuordnen. Selbiges gilt für die Transportkosten.¹³³²

Hiervon abzugrenzen sind Marktanalyse- und Suchkosten sowie Vertragskosten.¹³³³ Diese sind vollständig den Transaktionskosten zuzuordnen.¹³³⁴

Der überwiegende Teil der Kosten für medizinische Geräte wird folglich regelmäßig als Bereitstellungskosten den PK zuzuordnen sein.

V.2.4 Hard- und Software

V.2.4.1 Spezifität von Hard- und Software im Gesundheitswesen

Medizinisch genutzte Hardware für den ambulanten Sektor ist in aller Regel nicht spezifisch, da sie problemlos aus dem Angebot des Konsumgütermarktes bezogen werden kann. Die Software für ärztliche Kooperationen hingegen unterliegt einer Spezifität, die tendenziell mit der Art und der Komplexität der einzubindenden Funktionen sowie der Art und Anzahl der Bildschirmarbeitsplätze der Kooperation steigt. Weitere einzubindende Parameter, wie Datensicherung, Virenschutz, Filesharing oder Firewall, steigern die Komplexität und die Spezifität der Software. Während kleine bis mittlere Kooperationen in der Regel auf wenig spezifische Produkte aus dem Angebot der über 100 Anbieter¹³³⁵ von Arztsoftware zurückgreifen, werden große Kooperationsformen ab einem bestimmten Grad der

¹³³¹ Dies sind beispielsweise Kosten für Wartung, Reparatur, Aktualisierung etc.

¹³³² Der freie Warenverkehr innerhalb der EU sorgt hier u.U. für erhebliche, den Bereitstellungskosten zuzurechnende Transportkosten. Vgl. **Neubauer** (2004), S. 11

¹³³³ Vertragskosten werden unterschieden in Anbahnungs-, Verhandlungs-, Entscheidungs-, Vereinbarung-, Kontroll-, Anpassungs- und Beendigungskosten. Vgl. **Albach** (1988), S. 1161

¹³³⁴ Vgl. **Albach** (1988), S. 1160ff.

¹³³⁵ Vgl. **Gotthardt** (2006), S. 3

Komplexität die vollständige Einbindung aller gewünschten Applikationen, Schnittstellen, und Modifikationen nur durch eine abnehmerspezifische Programmierung¹³³⁶ erreichen können. Vor allem sektorübergreifende Schnittstellen sowie Schnittstellen zwischen Ärzten, Zahnärzten, Apotheken sowie anderen integrierten Leistungserbringern im Gesundheitswesen erfordern hochspezifische Softwarelösungen, die zum einen beschafft und zum anderen permanent gepflegt und aktualisiert werden müssen. Die Spezifität der Softwarelösung einer Kooperationsform nimmt somit mit steigender Anzahl der Kooperationspartner und vor allem mit steigender Diversifikation erheblich zu.¹³³⁷

Die Standort- und Markennamenspezifität sind bei der Softwarelösung zu vernachlässigen. Der zeitlichen Verfügbarkeit der Software kommt unter Umständen eine hohe Bedeutung zu, da die zeitgerechte Einsetzbarkeit gewährleistet sein muss.¹³³⁸

V.2.4.2 Strategische Relevanz der Hard- und Software

Die strategische Relevanz Hard- und Software unterstützter Prozesse im Gesundheitswesen steigt tendenziell mit der Anzahl der Akteure und dem Grad ihrer Vernetzung. Eine optimale IT-Unterstützung der medizinischen Prozesse ist daher vor allem bei größeren MVZ von strategischer Relevanz.¹³³⁹ Der Beitrag zum Unternehmenserfolg ist neben der Größe und Ausrichtung des MVZ ebenfalls von patientenspezifischen Faktoren abhängig. Multimorbide Patienten mit komplexen Krankheitsbildern, die mehrere Spezialisten im MVZ konsultieren und eine Nutzung diverser medizi-

¹³³⁶ Diese wird meist auf der Grundlage eines Standardproduktes angepasst und erweitert. So wurde unter anderem die zentrale digitale Patientenakte im MVZ POLIKUM GmbH in Berlin gemeinsam mit dem Hersteller ausgehend von einer Standard-Praxissoftware entwickelt. Vgl. **Amelung** (2007), S. 228

¹³³⁷ Innerhalb des MVZ ist hingegen darauf zu achten, dass die Software standardisiert ist. Vgl. **Kerres / Lohmann** (1999), S. 110ff.

¹³³⁸ Vgl. Kapitel IV.5.2.1 i.V.m. **Göbel** (2002), S. 139f.

¹³³⁹ Die wird am Beispiel des MVZ POLIKUM GmbH in Berlin deutlich, welches mit einer serverbasierten digitalen Patientenakte, zentralem digitalem Terminmanagement und direkter Verbindung mit allen medizintechnischen Geräten zum Zwecke der digitalen Dateneinspeisung arbeitet. Vgl. **Amelung** (2007), S. 226 Hier ist die strategische Relevanz der Hard und Software offensichtlich sehr hoch.

nischer Geräte erfordern, werden von einer optimalen IT- Unterstützung in höherem Maß profitieren als Patienten, die mit einem grippalen Infekt den Hausarzt im MVZ aufsuchen.¹³⁴⁰ Die strategische Relevanz der Hard- und Software ist somit bei erstgenannten wesentlich höher einzustufen. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die strategische Relevanz der Hard- und Software in MVZ tendenziell höher zu bewerten ist als in Einzelpraxen, ihre konkrete Ausprägung jedoch entscheidend vom Leistungsspektrum des MVZ und den Krankheitsbildern der Patienten abhängt.¹³⁴¹

V.2.4.3 Transaktionskostenrelevante Einflussfaktoren der Beschaffung von Hard- und Software

Die zu prognostizierende Verhaltensunsicherheit hängt hierbei stark von der Spezifität des Produktes ab. Handelt es sich um eine abnehmerspezifische Programmierung, können die Erwartungen zwar im Vorfeld vertraglich artikuliert werden, sind jedoch erst nach erfolgter Implementierung verifizierbar. Entspricht das Produkt dann nicht den Erwartungen des Abnehmers, werden Nachverhandlungen und somit Ex-post-TAK notwendig werden.¹³⁴² Notwendige Anpassungen wegen Veränderungen der Umweltsituation durch Gesetze, Erlasse, Verordnungen, Fusionen o.Ä. sorgen für eine relativ hohe Umweltunsicherheit¹³⁴³, die eine ständige Ex-post-Anpassung in Form von Softwareupdates in immer kürzeren Abständen notwendig macht. Verträge zu Modellvorhaben¹³⁴⁴, Strukturverträ-

¹³⁴⁰ Ausprägungsgrad und Anzahl der Interdependenzen zwischen Patient und Leistungserbringern bzw. der Leistungserbringer untereinander sind Indikatoren für die Komplexität und das Maß der strategischen Relevanz. Vgl. **Güssow** (2007), S. 84

¹³⁴¹ Das angebotene Leistungsspektrum „zieht“ einerseits bestimmte Patienten in das MVZ und beeinflusst somit die dort zu behandelnden Krankheitsbilder. Dieser Einfluss kann sich jedoch auch umkehren, wenn das MVZ gezwungen ist, aufgrund eines Versorgungsdefizits oder einer regional erhöhten Prävalenz sein Leistungsangebot anzupassen. Die beiden Faktoren sind somit interdependent zu betrachten.

¹³⁴² Vgl. Kapitel IV.5.2.3 i.V.m. **Göbel** (2002), S. 142

¹³⁴³ Vor allem die derzeitige Reformfrequenz in der Gesundheitspolitik erhöht die Komplexität der zu erfassenden Einzelverträge und Sanktionen in einem Ausmaß, das nur noch durch IT beherrschbar ist.

¹³⁴⁴ Vgl. **SGB V** §§63ff.

gen¹³⁴⁵, Hausarztverträgen¹³⁴⁶, IV-Verträgen¹³⁴⁷, strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP)¹³⁴⁸ oder Rabattverträgen müssen ständig aktuell verfügbar gehalten werden. Die daraus entstehenden Kosten sind ex ante einzuplanen und zu vereinbaren, können aber in ihrem Umfang erst ex post exakt definiert werden. Dies gilt unabhängig von der Größe oder Komplexität der Organisationsform.¹³⁴⁹

Die Hardwarebeschaffung erfolgt in der Regel einmalig in vollem Umfang bei Beginn der Versorgungstätigkeit und danach lediglich in Teilumfängen zur Regeneration technisch veralteter Geräte. Steuerlich wird die betriebsgewöhnliche Nutzungsdauer von Hard- und Software mit drei Jahren veranschlagt.¹³⁵⁰ Vor allem die reale Nutzungsdauer von ärztlich genutzter Software kann bei laufenden Aktualisierungen, Erweiterungen und neuen Versionen erheblich langfristiger sein.

Die Softwarebeschaffung erfolgt nach intensiver Marktstudie daher meist als einmalige Transaktion.¹³⁵¹ Softwareanpassungen und –updates sind regelmäßig wiederkehrende Transaktionen, deren Frequenz, Art und Umfang ex ante vertraglich zu regeln sind. Ärztliche Software wird in der Regel quartalsweise aktualisiert.¹³⁵² Im Gegensatz zur Hardwarebeschaffung, hängt die Häufigkeit der Softwaretransaktionen nicht von der Größe und Komplexität der jeweiligen Organisationsform ab.

V.2.4.4 Abgrenzung der Kosten für Hard- und Software

Kosten für Hard- und Software in medizinischen Versorgungszentren entstehen in Form von Bereitstellungs- und von Transaktionskosten.

¹³⁴⁵ Vgl. **ebenda** §73a

¹³⁴⁶ Vgl. **ebenda** §73b

¹³⁴⁷ Vgl. ausführlich zur Integrierten Versorgung **SGB V** §140a ff. i.V.m. **Kuhlmann** (2000); **Ratajczak** (2000); **Wigge** (2001); **Wigge** (2001a); **Bihr / Krauskopf** (2001); **Hess** (2002); **Windhorst** (2002); **Braun / Güssow** (2006); **Güssow** (2007) **SGB V** §§140a ff.

¹³⁴⁸ Vgl. **SGB V** §§137f,g

¹³⁴⁹ Vgl. **Rotering** (1993), S. 113ff.

¹³⁵⁰ Vgl. **BMF** unter http://www.bundesfinanzministerium.de/lang_de/DE/Steuern/Veroeffentlichungen_zu_Steuerarten/Betriebspruefung/005.html vom 06.08.2007

¹³⁵¹ Ausnahmen hiervon können das Nichterfüllen der gewünschten Spezifikationen, Insolvenz des Anbieters oder ein deutlich kostengünstigerer Anbieter mit ähnlicher Qualität sein.

¹³⁵² Vgl. <http://www.turbomed.de/> vom 14.09.2006

Als Bereitstellungskosten werden Kosten für Hard- und Software betrachtet, die der medizinischen Leistungserbringung dienen. Dies können beispielsweise Kosten für die computergestützte Auswertung diagnostischer Daten oder zur Vermeidung von Kontraindikationen sein.¹³⁵³ Es sind dabei die jeweiligen Nettokaufpreise bzw. die Leasing- oder Mietraten einschließlich der Betriebskosten, Reparatur- und Wartungskosten sowie Kosten für Aktualisierungen zu berücksichtigen. Transaktionskosten fallen hierbei lediglich für Such- und Vertragskosten an.¹³⁵⁴ Zu den TAK werden weiterhin die Kosten für Hard- und Software gezählt, die ausschließlich oder teilweise der Koordination der medizinischen Leistungserbringung dienen. Somit sind sämtliche Kosten für die EDV-gestützte Abrechnung, Dienstplanung und Patientensteuerung den TAK zuzurechnen. Insbesondere bei gemischt genutzter Hard- und Software kann die prozentuale Aufteilung der Nutzung problematisch sein. Hier ist für den Einzelfall eine auf Erfahrungswerten basierende Schätzung der medizinischen und der koordinatorischen Nutzung vorzunehmen.¹³⁵⁵ Tendenziell werden Kosten für Hard- und Software in MVZ zu einem großen Teil den TAK zuzuordnen sein, da sie der Koordination der medizinischen Leistungserbringung dienen.

¹³⁵³ Die Nutzung der Hard- und Software erfolgt dabei in direktem räumlichen und zeitlichen Zusammenhang mit der medizinischen Leistungserbringung.

¹³⁵⁴ Vgl. **Albach** (1988), S. 1160ff.

¹³⁵⁵ Eine weitere Möglichkeit besteht in der zeitlichen Erfassung der verschiedenen Nutzungsarten. Spezielle Monitor- und Analysesoftware kann hierzu hilfreich sein. Vgl. zu dieser Möglichkeit <http://www.protectcom.de> vom 06.08.2007

V.2.5 Medizinische Heil- und Hilfsmittel

V.2.5.1 Spezifität medizinischer Heil- und Hilfsmittel

Heil- und Hilfsmittel können als wenig sachkapitalspezifische Güter bezeichnet werden, da sie in der Regel für den anonymen Gesundheitsmarkt gefertigt und dort angeboten und nachgefragt werden.¹³⁵⁶ Die Standort- und Zeitspezifität¹³⁵⁷ sind von Bedeutung, da der Verfügbarkeit von Heil- und Hilfsmitteln eine nicht unwesentliche Bedeutung bei der Leistungserbringung zukommt. Die Bereitstellung kann durch Kurierdienste und zeitnahen Lieferservice oder durch eigene Lagerhaltung sichergestellt werden. Beide Optionen verursachen sowohl zusätzliche Bereitstellungs- als auch Transaktionskosten.¹³⁵⁸ Die Markennamensspezifität spielt bei Heil- und Hilfsmitteln lediglich eine nachgeordnete Rolle und ist im Regelfall zu vernachlässigen. Die Spezifität medizinischer Heil- und Hilfsmittel besteht somit in der Bereitstellung wenig spezifischer Produkte zu einer spezifischen Zeit im MVZ.

V.2.5.2 Strategische Relevanz medizinischer Heil- und Hilfsmittel

Transaktionen medizinischer Heil- und Hilfsmittel sind weitgehend standardisiert und wenig komplex. Der Zeithorizont dieser Transaktionen ist im Vergleich zu den anderen untersuchten Transaktionen in MVZ relativ kurz. Der Beitrag zum langfristigen Unternehmenserfolg findet durch medizinische Heil- und Hilfsmittel in der Peripherie der medizinischen Leistungserbringung statt.¹³⁵⁹ Er kann bei einigen Leistungen sogar in Gänze feh-

¹³⁵⁶ Ausnahmen, wie z.B. Sonderanfertigungen für einzelne Nachfrager, finden hierbei keine Berücksichtigung.

¹³⁵⁷ Vgl. Kapitel IV.5.2.1 i.V.m. **Göbel** (2002) S. 139f.

¹³⁵⁸ Die Koordination der Bereitstellung sollte dabei nicht durch das MVZ erfolgen, da es den Gesamtbereich der Logistik nicht mit der gleichen Kompetenz organisieren kann wie die medizinische Leistungserbringung. Vgl. **Kirmaier** (2000), S. 21; **Hamm** (2002), S. 78 Eine externe Kooperation im Rahmen einer Einkaufskooperation kann eine effiziente Versorgung mit medizinischen Heil- und Hilfsmitteln sicherstellen. Vgl. Kapitel II.3.1.3 i.V.m. Vgl. **Dauner** (1988), S. 43; **Emmerich** (1999), S. 80; **Ostler** (1994), S. 7; **Sprenger** (2001), S. 13

¹³⁵⁹ Vgl. **Rotering** (1993), S. 121f.

len.¹³⁶⁰ Die strategische Relevanz dieser Mittel ist im Vergleich zu anderen im MVZ stattfindenden Transaktionen eher niedrig. Ihre konkrete Ausprägung ist jedoch vom Leistungsspektrum und von der Patientenstruktur abhängig. Ein diabetologisch ausgerichtetes MVZ mit einer hohen Anzahl an Patienten mit chronischen Wunden wird der Heil- und Hilfsmittelversorgung eine höhere strategische Relevanz zumessen müssen als ein diagnostisch geprägtes MVZ.

V.2.5.3 Transaktionskostenrelevante Einflussfaktoren der Beschaffung medizinischer Heil- und Hilfsmittel

Die Verhaltensunsicherheit kann hierbei nahezu vernachlässigt werden, da die hohe Anzahl der weltweiten Anbieter und Nachfrager einen problemlosen Wechsel bei sich abzeichnendem „hold up“ eines der Vertragspartner zulassen.¹³⁶¹ Wie andere Wirtschaftsgüter unterliegen auch Heil- und Hilfsmittel Veränderungen der Umweltsituation, wie z.B. einer Erhöhung der Umsatzsteuer¹³⁶², steigenden Transportkosten oder anderen Faktoren. Sofern langfristige Verträge geschlossen wurden, führen diese Parameter zu nachträglichen Vertragsanpassungen und damit zu Ex-post-TAK. Insgesamt ist die Unsicherheit der Vertragspartner bei der Heil- und Hilfsmittelbeschaffung daher als niedrig zu bewerten.

Die Häufigkeit der Heil- und Hilfsmittelbeschaffung ist nicht von der Organisationsform einer Kooperation abhängig, sondern allein von der Anzahl der behandelten Patienten und deren Indikationen. Eine größere Organisation mit mehr behandelten Patienten wird eine größere Anzahl an Transaktionen vornehmen (müssen) und so ihre Erfahrungswerte transaktionskostensenkend für Folgetransaktionen einsetzen können.¹³⁶³ Hier liegt neben der Reduzierung der TAK erhebliches Potenzial in der Gene-

¹³⁶⁰ Im ambulanten Bereich werden nicht bei allen Leistungen medizinische Heil- und Hilfsmittel benötigt.

¹³⁶¹ Vgl. Kapitel IV.4.3 i.V.m. **Williamson** (1990), S. 61

¹³⁶² Medizinische Heil- und Hilfsmittel unterliegen in der Bundesrepublik Deutschland dem vollen Umsatzsteuersatz. Zuletzt erfolgte die Erhöhung der Umsatzsteuer zum 01. Januar 2007 von 16 Prozent auf 19 Prozent. Vgl. **UstG** Anlage 2 zu §12 (2) Nr. 1 und 2

¹³⁶³ Vgl. **Göbel** (2002), S. 147f.

rierung von Mengenrabatten im Einkauf, die in Economies of scale umgesetzt werden können.¹³⁶⁴

V.2.5.4 Abgrenzung der Kosten für medizinische Heil- und Hilfsmittel

Kosten für medizinische Heil- und Hilfsmittel lassen sich ebenfalls in Bereitstellungskosten und in TAK unterteilen. Zu den Bereitstellungskosten zählen neben dem Nettokaufpreis auch Lager- und Transportkosten. TAK beinhalten ausschließlich Bedarfsfeststellungs-, Such-, Verhandlungs-, Anpassungs- und Vertragsanbahnungskosten, welche den Koordinationskosten des MVZ zuzuordnen sind.¹³⁶⁵

Der überwiegende Teil der Kosten für medizinische Heil- und Hilfsmittel ist somit den Produktionskosten zuzuordnen. Der höhere Koordinationsaufwand bei gemeinschaftlicher Beschaffung sorgt bei steigender Größe und Komplexität des MVZ für steigende TAK in Form von Bedarfsfeststellungs- und Kumulationskosten. Diese sollten im Regelfall durch bessere Konditionen, bedingt durch höhere Abnahmemengen überkompensiert werden.

V.2.6 Pharmazeutika

V.2.6.1 Spezifität pharmazeutischer Produkte

Die Sachkapitalspezifität¹³⁶⁶ pharmazeutischer Produkte hängt entscheidend davon ab, ob der Wirkstoff ausschließlich als Originalpräparat oder ob er bereits als Generikum¹³⁶⁷ auf dem Markt verfügbar ist. Originalpräparate sind für die Zeit des Patentschutzes¹³⁶⁸ als hochspezifisch zu be-

¹³⁶⁴ Vgl. Kapitel III.4.1.1 i.V.m. **Braun** (1995), S. 199

¹³⁶⁵ Vgl. **Albach** (1988), S. 1160ff.

¹³⁶⁶ Vgl. Kapitel IV.5.2.1 i.V.m. **Göbel** (2002) S. 139f.

¹³⁶⁷ Als Generika werden Arzneimittel bezeichnet, die eine wirkstoffgleiche Kopie eines bereits unter einem Markennamen auf dem Markt befindlichen Medikaments darstellen. Von diesem Originalpräparat kann sich das Generikum bezüglich der enthaltenen Hilfsstoffe und der Herstellungstechnologie unterscheiden.

¹³⁶⁸ Um den durch die pharmazeutische Forschung erzielten Nutzen nicht sofort an die Generika-Hersteller zu verlieren, belegen die forschenden Arzneimittelhersteller die von ihnen entwickelten Produkte regelmäßig mit einem Patentschutz. Die Laufzeit des Patentschutzes beträgt

werten, während Generika meist nicht oder nur wenig spezifisch sind. Die im Vergleich zu Originalpräparaten niedrige Spezifität von Generika kann unter Umständen durch Markennamenspezifität erheblich erhöht werden. Zeit- und Standortspezifität sind bei pharmazeutischen Produkten von hoher Bedeutung, da die Verfügbarkeit des Präparates meist notwendige Bedingung für den Behandlungserfolg ist.

Die Logistik der Apotheken, Großhändler und Hersteller ist in Deutschland jedoch soweit optimiert, dass nahezu jedes Präparat innerhalb von wenigen Stunden an jedem Ort in Deutschland verfügbar ist. Diese Logistik verursacht zusätzliche Kosten, die jedoch in den Bereitstellungskosten bereits eingepreist sind.

V.2.6.2 Strategische Relevanz pharmazeutischer Produkte

Die Versorgung mit Pharmazeutika ist nicht das Hauptgeschäftsfeld eines MVZ. Apotheken sind zwar zugelassene Gründer von MVZ¹³⁶⁹, diese Gründung würde jedoch aufgrund des Fremdbesitzverbotes für Apotheken weitere Leistungserbringer auf Gründerebene oder die Einbringung der Apotheke in das MVZ ausschließen.¹³⁷⁰ Ein ausschließlich durch Apotheker gegründetes MVZ, dem die Versorgung mit Pharmazeutika als zweites Kerngeschäft unterstellt werden könnte, existiert bisher nicht.

Pharmazeutische Produkte bilden somit die Peripherie des Geschäftsfeldes eines MVZ. Die Hauptversorgung der Patienten findet in diesem Bereich unverändert über Apotheken statt.¹³⁷¹ Der Beitrag zum Unternehmenserfolg des MVZ ist im Vergleich zu anderen Transaktionen im MVZ eher als gering zu bewerten. Die konkrete Ausprägung der strategischen

20 Jahre ab Anmeldedatum. Vgl. **PatG** §16 Er kann allerdings für Erfindungen, die erst nach aufwändigen Zulassungsverfahren (vor allem klinische Studien bei Arzneimitteln) wirtschaftlich verwertet werden können mit einem ergänzenden Schutzzertifikat versehen werden, das die Patentlaufzeit um maximal fünf Jahre verlängert. Vgl. **PatG** §16a

¹³⁶⁹ Vgl. Kapitel III.2.2.5 i.V.m. **SGB V** §95 (1) S. 3

¹³⁷⁰ MVZ können zwar mit Apotheken kooperieren (sogar im selben Haus, wie im MVZ POLIKUM GmbH in Berlin), aufgrund des geltenden Fremdbesitzverbotes für Apotheken in der Bundesrepublik Deutschland ist eine Eingliederung in das MVZ jedoch (noch) ausgeschlossen. Vgl. **ApoG** §§8,9

¹³⁷¹ Im Falle einer Kooperation mit einer Apotheke kann das Geschäftsfeld der Beschaffung von Arzneimitteln komplett dem Kooperationspartner übertragen werden.

Relevanz ist wiederum abhängig von der fachlichen Ausrichtung und der Patientenstruktur des MVZ.

V.2.6.3 Transaktionskostenrelevante Einflussfaktoren der Beschaffung pharmazeutischer Produkte

Unsicherheit tritt bei der Beschaffung pharmazeutischer Produkte kaum auf, da die Informationen hier meist vollständig und symmetrisch vorliegen. Die Substitutionsmöglichkeiten bei generischen Präparaten verhindern weitgehend opportunistisches Verhalten und „hold up“.¹³⁷² Die „hold up“-Gefahr und somit die Unsicherheit der Vertragspartner ist auch bei Originalpräparaten aufgrund der gesetzlich normierten Preisgestaltung zu vernachlässigen. Umweltunsicherheiten, beispielsweise bedingt durch politische Rahmenbedingungen, sind zu berücksichtigen.

Die Häufigkeit der Transaktion pharmazeutischer Präparate ist hauptsächlich von der Anzahl der behandelten Patienten abhängig. Weitere zu berücksichtigende Faktoren sind die Patientenstruktur, die Anzahl und Fachrichtungen der behandelten Ärzte sowie das individuelle Verordnungsverhalten der Ärzte.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass komplexere Organisationseinheiten mit mehr Ärzten und Patienten ein höheres Verordnungsvolumen¹³⁷³ aufweisen. Diese höhere Anzahl der Transaktion pharmazeutischer Präparate bietet somit Spielraum zur Senkung der durchschnittlichen Transaktionskosten sowie zur Generierung von Mengeneffekten.¹³⁷⁴

V.2.6.4 Abgrenzung der Kosten für pharmazeutische Produkte

Die Kosten für pharmazeutische Produkte werden ebenfalls in Bereitstellungskosten und in TAK unterschieden. Bereitstellungskosten beinhalten neben dem Nettokaufpreis wiederum Lager- und Transportkosten. TAK

¹³⁷² Vgl. Kapitel IV.4.3 i.V.m. **Williamson** (1990), S. 61

¹³⁷³ Im Verordnungsvolumen sind OTC-Präparate nicht enthalten, die Zahlen zum Verordnungsvolumen können jedoch trotzdem als guter Indikator für die Häufigkeit dieser Transaktionsart herangezogen werden.

¹³⁷⁴ Vgl. Kapitel III.4.1.1 i.V.m. **Braun** (1995), S. 199

sind ausschließlich Bedarfsfeststellungs-, Such-, Verhandlungs-, Anpassungs- und Vertragsanbahnungskosten, welche den Koordinationskosten des MVZ zuzuordnen sind.¹³⁷⁵

Der überwiegende Teil der Kosten für pharmazeutische Produkte ist somit den Produktionskosten zuzuordnen. Der höhere Koordinationsaufwand bei gemeinschaftlicher Beschaffung sorgt bei steigender Größe und Komplexität des MVZ für steigende TAK in Form von Bedarfsfeststellungs- und Kumulationskosten. Diese sollten im Regelfall durch bessere Konditionen, bedingt durch höhere Abnahmemengen, überkompensiert werden. Dies gilt für alle gemeinschaftlich beschafften Güter im MVZ.

¹³⁷⁵ Vgl. **Albach** (1988), S. 1160ff.

V.3 Charakterisierung und Klassifizierung absatzseitig relevanter Sachgüter und Dienstleistungen in Bezug auf ihre transaktionsrelevanten Eigenschaften

Das Grundproblem der „Nichtmessbarkeit“ von TAK ermöglicht meist keine direkte Zuordnung der erbrachten Leistungen im MVZ zu PK oder TAK.¹³⁷⁶ Eine Bestimmung der Relation zwischen PK und TAK lässt sich nur über den Umweg geeigneter quantifizierbarer Indikatoren durchführen.¹³⁷⁷ Um die Kosten im Vergleich betrachten zu können, müssen die Indikatoren nicht nur quantifizierbar, sondern monetär bewertbar sein. Wird Zeit und ihre Verwendung als maßgeblicher Indikator für die Bestimmung der Relation zwischen TAK und PK bei der Leistungserbringung betrachtet (absatzseitige Betrachtung), so ergeben sich erhebliche Differenzen bei der monetären Bewertung dieses Faktors.¹³⁷⁸ Die Bewertung differiert je nach Leistungserbringer – nicht jedoch nach Leistungsart. Die weitere Analyse der Leistungen muss somit differenziert nach Leistungserbringern erfolgen. Die folgende Unterteilung in medizinische Primär-, Sekundär- und Hilfsleistungen sowie in nichtmedizinische Leistungen orientiert sich an dem zur Erbringung berechtigten Personenkreis und wird somit dieser Forderung gerecht.

¹³⁷⁶ Vgl. **Buchanan** (1984), **Gäfgen** (1984), **Krüsselberg** (1986), **Krüsselberg** (1992), **Schmidt** (1992) und **Schneider** (1985), **Terberger** (1994), S. 34; **Göbel** (2002), S. 153; **Terberger** (1994), S. 34

¹³⁷⁷ Vgl. **Löchel** (1995) S. 29

¹³⁷⁸ Vgl. Kapitel VI.2

V.3.1 Medizinische Primärleistungen

V.3.1.1 Definition

Medizinische Primärleistungen sind Leistungen, die ausschließlich von einem approbierten Arzt durchgeführt werden dürfen. Eine Substitution bzw. Delegation dieser Leistungen an medizinisches oder nichtmedizinisches Fachpersonal ist aus berufsrechtlichen Gründen nicht zulässig. Un-erheblich für die Bewertung ist, ob die Leistung vertragsärztlich oder im Rahmen der GOÄ als privatärztliche oder Selbstzahlerleistung erbracht wird.¹³⁷⁹ Zu den medizinischen Primärleistungen zählen Leistungen, die zum Kernbereich des ärztlichen Berufs gehören, Leistungen, die Gefahrenpotenzial in sich bergen, Anamnese, Diagnose, Therapieentscheidung und Patientenberatung.¹³⁸⁰ Ebenfalls nicht delegationsfähig ist die Überwachung delegierter Leistungen, die sowohl aus ethischen als auch aus aus berufs- bzw. disziplinarrechtlichen Gründen notwendig ist.¹³⁸¹

V.3.1.2 Spezifität medizinischer Primärleistungen

Der entscheidende Spezifitätsparameter medizinischer Primärleistungen ist die Humankapitalspezifität¹³⁸² des Arztes. Per Definition¹³⁸³ und per Berufsrecht wird diesen Leistungen bereits eine Spezifität zugewiesen, die eine vollständige Substituierbarkeit ausschließlich unter fachgleichen und fachlich identisch weitergebildeten Ärzten ermöglicht.¹³⁸⁴ Die Humankapitalspezifität dieser Leistungen ist in einem MVZ um so höher, je weniger Ärzte derselben Fachrichtung im MVZ tätig sind.¹³⁸⁵ Selbst bei mehreren Ärzten derselben Fachrichtung ist die Spezifität hoch, da die jeweils fach-

¹³⁷⁹ Vgl. Kapitel III.10.5 i.V.m. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 142ff.

¹³⁸⁰ Vgl. **Stebner** (2007), S. 15

¹³⁸¹ Vgl. **ebenda**

¹³⁸² Vgl. Kapitel IV.5.2.1 i.V.m. **Williamson** (1990); **Göbel** (2002), S. 140

¹³⁸³ Vgl. oben

¹³⁸⁴ Die Einhaltung der berufsrechtlichen Fachgebietsgrenzen wird hierbei als konstituierende rechtliche Voraussetzung angesehen.

¹³⁸⁵ Im MVZ POLKUM GmbH versuchen die Betreiber der Humankapitalspezifität durch die mindestens doppelte Besetzung jeder Fachrichtung entgegenzuwirken. Vgl. **Amelung** (2007), S. 228

gleichen Kollegen nicht zwingend zur selben Zeit tätig sind und die Zeitspezifität folglich verschärfend wirkt.¹³⁸⁶ Die Standortspezifität spielt eine zu vernachlässigende Rolle, sofern die Ärzte in einem gemeinsamen Gebäude tätig sind. Die Prozessspezifität medizinischer Primärleistungen kann je nach Krankheitsbild und Patient ebenfalls als bedeutend angesehen werden. Bestimmte Kombinationen, Verläufe und Ausprägungen von Indikationen sowie die Reaktion von Patienten können als einzigartig und somit höchstspezifisch angesehen werden.

Medizinische Primärleistungen stellen insgesamt somit hochspezifische Leistungen im Vergleich zu anderen im MVZ erbrachten Leistungen dar. Der konkrete Ausprägungsgrad der Spezifität hängt dabei von den jeweiligen Indikationen ab.¹³⁸⁷

V.3.1.3 Strategische Relevanz medizinischer Primärleistungen

Medizinische Primärleistungen bilden den Kern der Geschäftstätigkeit von MVZ. Sie stellen die Geschäftsgrundlage der Leistungserbringung dar. Ihre strategische Relevanz in der Gesamtheit ist somit für MVZ als maximal zu bewerten.¹³⁸⁸ Innerhalb des Leistungsspektrums ergeben sich Differenzierungen der strategischen Relevanz einzelner Leistungen im Vergleich zu anderen Leistungen. Diese Differenzierungen sind abhängig vom jeweiligen Beitrag zum Unternehmenserfolg und der strategischen Ausrichtung des MVZ in Bezug auf das Leistungsspektrum. MVZ mit definierten indikationsbezogenen Leistungsschwerpunkten, wie z.B. Onkologie, Diabetologie, Herzzentrum o.Ä., werden den mit ihrem jeweiligen Schwerpunkt verbundenen Leistungen eine höhere strategische Relevanz zuzumessen anderen Leistungen.¹³⁸⁹

¹³⁸⁶ Vgl. Kapitel IV.5.2.1 i.V.m. **Göbel** (2002), S. 139f.

¹³⁸⁷ Die Ausprägung reicht dabei von der standardisierten Behandlung eines einfachen grippalen Infektes bis zum hochspezifischen schwerwiegenden operativen Eingriff. Vgl. **Güssow** (2007), S. 84

¹³⁸⁸ Vgl. Kapitel IV.5.2.2 i.V.m. **Rotering** (1993), S. 121

¹³⁸⁹ Defizite in einem als Schwerpunkt definierten Leistungsbereich haben gravierende Auswirkungen auf die Glaubwürdigkeit und die Reputation des MVZ als Spezialist in diesem Bereich.

Es existieren jedoch auch objektive Differenzierungsmerkmale der strategischen Relevanz zwischen medizinischen Primärleistungen, die in ihrem jeweiligen Beitrag zum Unternehmenserfolg begründet liegen. Die Ursache liegt hier in einer intransparenten und zum Teil unangepassten Vergütung dieser Leistungen. Die strategische Relevanz kann in Einzelfällen aus rein ökonomischen Gesichtspunkten so gering sein, dass die Entscheidung zur Erbringung dieser Leistungen negativ ausfallen würde. Im regulierten Gesundheitsmarkt treten diese ökonomischen Aspekte aus ethischen Gründen bei Zielkonkurrenz zu medizinischen Aspekten jedoch regelmäßig in den Hintergrund.¹³⁹⁰ Diese Differenzierung innerhalb der medizinischen Primärleistungen muss aus den geschilderten Überlegungen heraus stets für den konkreten Einzelfall eines betrachteten MVZ mit den entsprechenden Rahmenbedingungen vorgenommen werden. In ihrer Gesamtheit stellen medizinische Primärleistungen das Kerngeschäft eines MVZ dar und sind somit von maximaler strategischer Relevanz, da von ihnen die Existenz des MVZ abhängt.

V.3.1.4 Transaktionskostenrelevante Einflussfaktoren

Die Grundlage der Transaktion medizinischer Primärleistungen zwischen Arzt und Patient ist der in der Regel stillschweigend geschlossene Behandlungsvertrag.¹³⁹¹ Die Verhaltensunsicherheit beim Patienten kann durch Zweifel an der korrekten Diagnose, Therapie, Medikation oder generellen fachlichen Kompetenz des Arztes hervorgerufen werden. Beim Arzt können sich Zweifel bezüglich der Compliance, der Lebensführung und der generellen Wahrheit der Patientenaussagen ergeben. Grundsätzlich ist die Verhaltensunsicherheit aufgrund des besonderen Vertrauensverhältnisses¹³⁹² zwischen Arzt und Patient jedoch als relativ niedrig zu bewerten. Hohen Einfluss auf die Verhaltensunsicherheit hat die anfänglich

¹³⁹⁰ Vgl. **Güssow** (2007), S. 85

¹³⁹¹ Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004); **Zwingel / Preißler** (2005)

¹³⁹² Die deutsche Bevölkerung steht einer eingeschränkten Arztwahl überwiegend negativ gegenüber, was auf dieses besondere Vertrauensverhältnis zurückzuführen ist. Vgl. **Neubauer / Demmler** (1989), S. 38

hohe Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient, die es möglichst früh zu minimieren gilt. Die Verhaltensunsicherheit nimmt mit der Dauer der Beziehung ab.¹³⁹³ Gerade die lange Dauer der gesamten Vertragsbeziehung macht die Erbringung medizinischer Primärleistungen anfällig für Umweltveränderungen.¹³⁹⁴ Die Umweltunsicherheit ist vor allem in den letzten Jahren mit der Frequenz der Gesetzesänderungen gestiegen.¹³⁹⁵ Mit dem Inkrafttreten des AVWG zum 01. April 2006 war beispielsweise ein kostenneutrales Festhalten an bestimmten Medikationen nicht mehr möglich.¹³⁹⁶

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Unsicherheit trotz der hohen Spezifität medizinischer Primärleistungen als relativ gering zu bewerten ist, sobald die anfänglichen Informationsasymmetrien abgebaut sind. Dies liegt hauptsächlich in dem besonderen Vertrauensverhältnis der Vertragsbeziehung zwischen Arzt und Patient begründet.¹³⁹⁷ Medizinische Primärleistungen bilden in MVZ den Kern der Tätigkeit und finden somit in ihrer Gesamtheit häufig statt. Die Frequenz der Erbringung einer bestimmten Leistung hängt von der Qualifikation der dort tätigen Ärzte, der Patientenstruktur und der fachlich strategischen Ausrichtung des MVZ ab. Diabetologisch ausgerichtete MVZ werden beispielsweise eine größere Häufigkeit der Behandlung chronischer Wunden aufweisen als pädiatrisch ausgerichtete MVZ. Im Vorfeld der Gründung können Daten zur Alterstruktur der Patienten und zu Prävalenzraten im beabsichtigten Gründungsgebiet zur Analyse der zu erwartenden Häufigkeit einzelner medizinischer Primärleistungen herangezogen werden.¹³⁹⁸ Die Häufigkeit dieser spezifischen Leistungen erfordert ein Überwachungs- und Kontrollsystem, welches idealerweise im Rahmen des Qualitätsmanagements unter Einbezie-

¹³⁹³ Vgl. Kapitel IV.5.2.3 i.V.m. **Göbel** (2002), S. 147f.

¹³⁹⁴ Vgl. **ebenda**

¹³⁹⁵ Vgl. Kapitel I.1 i.V.m. GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 15.11.2003; Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) vom 22.12.2006 ; GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 16.02.2007

¹³⁹⁶ Vgl. **van den Bergh** (2006), S. 6

¹³⁹⁷ Vgl. **Neubauer / Demmler** (1989), S. 38

¹³⁹⁸ Vgl. Kapitel III.9.1.2 i.V.m. **Armbruster et al.** (2006), S. 45

hung einer Fehleranalyse und verbunden mit dem betriebswirtschaftlichen Controlling implementiert werden kann.¹³⁹⁹

V.3.1.5 Abgrenzung der Kosten

Medizinische Primärleistungen sind per Definition auf die medizinische Leistungserbringung begrenzt.¹⁴⁰⁰ Diese ist in der so definierten Form die reine Erbringung der Dienstleistung nach dem Uno-actu-Prinzip. Die dabei entstehenden Kosten sind somit vollständig den PK zuzuordnen.¹⁴⁰¹

TAK werden hierbei allerdings verursacht, da die Tätigkeit in der Praxis nicht auf medizinische Primärleistungen beschränkt bleibt und mit anderen Leistungen zusammen erbracht wird. Der behandelnde Arzt wird seine Behandlung beispielsweise vorbereiten und dokumentieren, was TAK in Form von Bürokratiekosten verursacht. Teilweise ist die Vermischung dieser Tätigkeiten das Ergebnis gesetzlicher Auflagen, teilweise aber in einer unzulänglichen Organisation und Aufgabenverteilung begründet. Durch eine Optimierung der Aufgabenverteilung können somit bereits TAK gesenkt werden.¹⁴⁰² Mit Hilfe des Indikators Zeit lässt sich das Verhältnis von PK und TAK bei der praktischen Erbringung medizinischer Primärleistungen ermitteln und so der tatsächlich für die Leistungserbringung benötigte Aufwand feststellen.

¹³⁹⁹ Vgl. Kapitel III.11 i.V.m. **Schmutte** (1999), S. 648; **Schmutte** (1998), S. 85ff.

¹⁴⁰⁰ Vgl. oben

¹⁴⁰¹ Vgl. **Bössmann** (1982), S. 665; **Arrow** (1969), S. 60

¹⁴⁰² Vgl. Kapitel VI.2

V.3.2 Medizinische Sekundärleistungen

V.3.2.1 Definition

Medizinische Sekundärleistungen bezeichnen Leistungen, die von approbierten Ärzten oder von medizinischem Hilfspersonal mit besonderer Qualifikation durchgeführt werden dürfen. Eine Substitution bzw. Delegation dieser Leistungen an medizinisches Fachpersonal ist nur nach erfolgreicher vorangegangener Qualifikation zulässig, die Delegation an nichtmedizinisches Personal ist aus berufsrechtlichen Gründen nicht zulässig. Zu den medizinischen Sekundärleistungen zählen insbesondere intravenöse Medikation, Blutentnahmen, einfache Laborleistungen, physikalisch-medizinische Leistungen, Wechsel einfacher Verbände, regelmäßige Kontrollen oder einfache Messverfahren, wie z.B. Blutdruckmessungen.¹⁴⁰³

V.3.2.2 Spezifität medizinischer Sekundärleistungen

Das spezielle Wissen, der Leistungserbringer liegt bei medizinischen Sekundärleistungen auf hohem Niveau, wenn auch niedriger als bei den Primärleistungen.¹⁴⁰⁴ Die Humankapitalspezifität dieser Leistungen ist als grundsätzlich hoch zu bewerten. Sie ist abhängig von der Anzahl der zur Leistungserbringung Berechtigten im MVZ. Eine große Anzahl ausreichend qualifizierter medizinischer Fachangestellter lässt somit die Humankapitalspezifität medizinischer Sekundärleistungen sinken.¹⁴⁰⁵ Die temporäre Verfügbarkeit des qualifizierten Personals wirkt sich auf die Zeitspezifität der Leistung aus. Bei der Konzentration der Leistungserbringung auf eine Immobilie kann die Standortspezifität bei medizinischen Sekundärleistungen vernachlässigt werden.

Medizinische Sekundärleistungen sind zusammenfassend als spezifisch bis hochspezifisch zu bewerten.

¹⁴⁰³ Vgl. **Stebner** (2007), S. 15

¹⁴⁰⁴ Vgl. Kapitel V.3.1.2

¹⁴⁰⁵ Vgl. **Williamson** (1990); **Göbel** (2002), S. 140 i.V.m. Kapitel IV.5.2.1

V.3.2.3 Strategische Relevanz medizinischer Sekundärleistungen

Werden medizinische Sekundärleistungen in direktem Zusammenhang¹⁴⁰⁶ mit Primärleistungen erbracht, ist ihre strategische Relevanz in gleichem Maß ausgeprägt, da die Erbringung der medizinischen Primärleistung direkt davon abhängig ist. Ist dieser Zusammenhang weniger stark ausgeprägt oder wird die medizinische Sekundärleistung losgelöst von anderen Leistungen erbracht, ist ihre strategische Relevanz tendenziell niedriger als die der medizinischen Primärleistungen. Entscheidend für den Beitrag zum Unternehmenserfolg ist die Zuordnung der Leistung zum Kerngeschäft des MVZ.¹⁴⁰⁷ Ist diese Zuordnung vorhanden, ist die strategische Relevanz ebenfalls maximal. Der konkrete Ausprägungsgrad ist hierbei wiederum bestimmt durch die strategisch-fachliche Ausrichtung des MVZ in Verbindung mit der Zuordnung zu Kernleistungen des MVZ.

V.3.2.4 Transaktionskostenrelevante Einflussfaktoren

Unsicherheiten auf Seite der Patienten als Vertragspartner können hinsichtlich der fachlichen Kompetenz des Leistungserbringers bestehen. Diese Unsicherheit ist umso höher, je größer die anfängliche Informationsasymmetrie zwischen Patient und Leistungserbringer ist. Eine frühzeitige Reduktion dieser Asymmetrie reduziert somit die Verhaltensunsicherheit des Patienten. Die Verhaltensunsicherheit reduziert sich durch die während der Vertragsbeziehung gewonnenen Erfahrungen.¹⁴⁰⁸ Diese Reduktion findet in wesentlich geringerem Umfang statt, wenn die Leistungserbringer auf Seiten des MVZ differieren. Eine personell konstante Patientenbehandlung trägt daher zur Reduktion der Verhaltensunsicherheit bei.

¹⁴⁰⁶ Der direkte Zusammenhang erfordert nicht zwingend die Identität des Leistungserbringers, dies ist jedoch ein Indiz dafür. Sekundärleistungen, die in direktem Zusammenhang mit Primärleistungen stehen, machen eine einzelne Leistungserbringung ohne die jeweils andere unmöglich.

¹⁴⁰⁷ Für diese Zuordnung gelten dieselben Prämissen, wie für medizinische Primärleistungen. Vgl. Kapitel V.3.1.3 i.V.m. **Rotering** (1993), S. 121f.

¹⁴⁰⁸ Vgl. Kapitel IV.5.2.3 i.V.m. **Göbel** (2002), S. 147f.

Umwelteinflüsse sind bei einer langfristigen Vertragsbeziehung nicht auszuschließen, die sich daraus ergebene Unsicherheit ist jedoch als gering zu bewerten.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Unsicherheit vor allem auf Seiten der Patienten besteht und in erheblichem Maß von der Kompetenz und der Informationsweitergabe der Leistungserbringer des MVZ beeinflussbar ist.¹⁴⁰⁹ Insgesamt ist die Unsicherheit nach der Minimierung der anfänglichen Informationsasymmetrien als niedrig zu bewerten.

Medizinische Sekundärleistungen sind oft mit der Inanspruchnahme medizinischer Primärleistungen verbunden. Ihre Häufigkeit korreliert daher mit der Häufigkeit der medizinischen Primärleistungen.¹⁴¹⁰ Die Patientenstruktur und die fachliche Ausrichtung des MVZ sind maßgebliche Einflussfaktoren für die Analyse spezieller medizinischer Sekundärleistungen. In ihrer Gesamtheit werden medizinische Sekundärleistungen in MVZ häufig erbracht. Dies erfordert die Einbettung in ein Überwachungs- und Kontrollsystem, beispielsweise im Rahmen des Qualitätsmanagements unter Einbeziehung einer Fehleranalyse oder im betriebswirtschaftlichen Controlling.¹⁴¹¹

V.3.2.5 Abgrenzung der Kosten

Bei medizinischen Sekundärleistungen wird ebenfalls die definitionsgemäße Beschränkung auf die medizinische Leistungserbringung¹⁴¹² in der Praxis nicht realisierbar sein. Die reine medizinische Leistungserbringung ist jedoch ebenfalls den PK zuzuordnen.¹⁴¹³ TAK entstehen durch die Verknüpfung medizinischer Sekundärleistungen mit anderen nichtmedizinischen Leistungen, wie beispielsweise der Information des Patienten, der Dokumentation, der Nachfrage beim Arzt etc., des für die Erbringung von medizinischen Sekundärleistungen qualifizierten Personals. Über das

¹⁴⁰⁹ Vgl. **ebenda**

¹⁴¹⁰ Vgl. Kapitel V.3.1.4

¹⁴¹¹ Vgl. Kapitel III.10.8 i.V.m. **Schenk** (2006), S. 71ff.; **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 150f.

¹⁴¹² Vgl. Kapitel V.3.1.5

¹⁴¹³ Vgl. **Bössmann** (1982), S. 665; **Arrow** (1969), S. 60

Verhältnis der Gesamtarbeitszeit dieses Personals zur Zeit der reinen Leistungserbringung lässt sich mittels Gewichtung des Indikators Zeit der Anteil der PK und TAK an der medizinischen Sekundärleistung ermitteln. Eine optimierte Aufgabenverteilung kann den TAK-Anteil reduzieren.¹⁴¹⁴

V.3.3 Medizinische Hilfsleistungen

V.3.3.1 Definition

Medizinische Hilfsleistungen sind Leistungen, die von medizinischem Fachpersonal in der Regel ohne zusätzliche Qualifikation erbracht werden können. Beispiele für solche Leistungen sind Blutdruck- oder Fiebermessungen vor dem Anamnesegespräch des Arztes.

V.3.3.2 Spezifität medizinischer Hilfsleistungen

Die relevanten Spezifitätsparameter sind hier wiederum die Humankapital- und die Zeitspezifität der Leistung.¹⁴¹⁵ Im Verhältnis zu den vorher behandelten Leistungen sind die medizinischen Hilfsleistungen wenig spezifisch, da die Leistungserbringer definitionsgemäß¹⁴¹⁶ weniger Anforderungen zu erfüllen haben und sich die Zahl des zugelassenen Personenkreises somit erhöht.¹⁴¹⁷ Eine Substitution dieser Leistungen ist grundsätzlich durch jegliches medizinisches Fachpersonal des MVZ möglich und berufsrechtlich zulässig, wodurch die Relevanz der Zeitspezifität ebenfalls niedrig ist.

Medizinische Hilfsleistungen sind somit im Vergleich zur Gesamtheit der in MVZ erbrachten Leistungen als wenig spezifisch zu bewerten.

¹⁴¹⁴ Vgl. Kapitel VI.2

¹⁴¹⁵ Vgl. Kapitel IV.5.2.1 i.V.m. Göbel (2002), S. 139f.

¹⁴¹⁶ Vgl. Kapitel V.3.3.1

¹⁴¹⁷ Vgl. Williamson (1990); Göbel (2002) S. 140 i.V.m. Kapitel IV.5.2.1

V.3.3.3 Strategische Relevanz medizinischer Hilfsleistungen

Medizinische Hilfsleistungen decken die Peripherie des Leistungsangebotes des MVZ ab. Sie gehören daher nicht explizit zum Kerngeschäft.¹⁴¹⁸ Ihr Beitrag zum Unternehmenserfolg ist daher isoliert betrachtet relativ gering. Medizinische Hilfsleistungen sind in der Regel eingebettet in die „Wertschöpfungskette“ zur Gesundung des Patienten und daher im Zusammenhang mit anderen Leistungen zu betrachten.¹⁴¹⁹ Die strategische Relevanz nimmt mit dem Grad der Verbindung mit medizinischen Primär- oder Sekundärleistungen zu und orientiert sich dabei an ihnen.¹⁴²⁰ Insgesamt sind medizinische Hilfsleistungen im Vergleich zu medizinischen Primär- oder Sekundärleistungen als weniger strategisch relevant zu bewerten. Die konkrete Ausprägung der strategischen Relevanz hängt von der Beziehung zu Leistungen des unternehmerischen Kerngeschäfts ab.

V.3.3.4 Transaktionskostenrelevante Einflussfaktoren

Die Verhaltensunsicherheit bei der Erbringung medizinischer Hilfsleistungen ist ebenfalls in hohem Maß abhängig von der Stärke der Informationsasymmetrie zwischen Leistungserbringer und Leistungsempfänger.¹⁴²¹ Definitionsgemäß¹⁴²² erfordern medizinische Hilfsleistungen weniger Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit des Patienten, was die Verhaltensunsicherheit grundsätzlich reduziert. Weiterhin reduziert sich die Verhaltensunsicherheit in Verlauf der Vertragsbeziehung, sofern die Leistungserbringer auf Seiten des MVZ jeweils dieselben bleiben.¹⁴²³ Umwelteinflüsse sind zwar nicht auszuschließen, die sich daraus ergebende Unsicherheit ist jedoch als gering zu bewerten.

¹⁴¹⁸ Für die Zuordnung zum Kerngeschäft gelten dieselben Prämissen, wie für medizinische Primär- und Sekundärleistungen. Vgl. Kapitel V.3.1.3; V.3.2.3 i.V.m. **Roterling** (1993), S. 121f.

¹⁴¹⁹ Vgl. ausführlich zur Prozessorientierung im Gesundheitswesen **Güssow** (2007)

¹⁴²⁰ Vgl. Kapitel V.3.1.3; V.3.2.3

¹⁴²¹ Vgl. Kapitel IV.4.2 i.V.m. **Kräkel** (2004), S. 20

¹⁴²² Vgl. Kapitel V.3.3.1

¹⁴²³ Vgl. Kapitel IV.5.2.3 i.V.m. **Göbel** (2002), S. 147f.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Unsicherheit bei der Erbringung medizinischer Hilfsleistungen vor allem von der anfänglichen Informationsasymmetrie abhängt, grundsätzlich aber als niedrig zu bewerten ist. Medizinische Hilfsleistungen sind oft mit der Inanspruchnahme medizinischer Primär- oder Sekundärleistungen verbunden. Eine positive Korrelation zwischen diesen drei Leistungsbereichen ist somit gegeben. Die maßgeblichen Einflussfaktoren auf die Häufigkeit sind daher wie in den anderen medizinischen Leistungsbereichen Anzahl und Struktur der Patienten.¹⁴²⁴ Die Häufigkeit der Erbringung erfordert hier ebenfalls ein Überwachungs- und Kontrollsystem, welches im Rahmen des Qualitätsmanagements unter Einbeziehung einer Fehleranalyse oder im betriebswirtschaftlichen Controlling angesiedelt sein kann.¹⁴²⁵

V.3.3.5 Abgrenzung der Kosten

Die reine Leistungserstellung ist in voller Höhe den PK zuzuordnen, da es sich um Leistungen in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erstellung der medizinischen Leistung „Gesundheit“ handelt.¹⁴²⁶ Bei medizinischen Hilfsleistungen wird, wie bereits bei den vorangegangenen Leistungsarten, die definitionsgemäße Beschränkung auf die medizinische Leistungserbringung¹⁴²⁷ in der Praxis nicht realisierbar sein. Es werden auch hier nichtmedizinische, koordinatorische Leistungen im Zuge der Erbringung medizinischer Hilfsleistungen erbracht werden. Dies sind im Wesentlichen administrative Leistungen zur Information und Dokumentation. Die Ermittlung des Verhältnisses zwischen den Leistungserbringungskosten als PK und den Administrationskosten als TAK kann auch hier über den Indikator Zeit erfolgen, der anschließend zur Vergleichbarkeit mit anderen Kostenfaktoren monetär bewertet wird.

¹⁴²⁴ Vgl. Kapitel V.3.1.4 und V.3.2.4

¹⁴²⁵ Vgl. Kapitel III.10.8 i.V.m. Kapitel III.11 i.V.m. **Schenk** (2006), S. 71ff.; **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 150f.

¹⁴²⁶ Vgl. **Bössmann** (1982), S. 665; **Arrow** (1969), S. 60

¹⁴²⁷ Vgl. Kapitel V.3.1.5; V.3.2.5

V.3.4 Nichtmedizinische Leistungen

V.3.4.1 Definition

Nichtmedizinische Leistungen beschreiben Leistungen, die keinen unmittelbaren medizinischen Auslöser haben, die keine Uno-actu-Dienstleistung am Patienten darstellen¹⁴²⁸ und administrativen, organisatorischen oder dokumentativen Zwecken dienen. Sie dürfen sowohl von medizinischem als auch von nichtmedizinischem Personal ausgeführt werden und erfordern aus medizinisch-berufsrechtlicher Sicht keine besondere Qualifikation. Besondere Qualifikationsanforderungen ergeben sich dennoch, beispielsweise aus dem Aufgabenspektrum oder aus gesellschafts- und steuerrechtlichen Vorschriften.

V.3.4.2 Spezifität nichtmedizinischer Leistungen

Die Spezifität nichtmedizinischer Leistungen kann in MVZ sehr stark variieren. Ausschlaggebendes Spezifitätsmerkmal ist die Humankapitalspezifität.¹⁴²⁹ Ausgehend vom ärztlichen Berufsrecht sind keine speziellen Anforderungen an die Erbringung nichtmedizinischer Leistungen geknüpft. In weiten Teilbereichen, wie z.B. Reinigung oder Buchführung, sind diese Leistungen daher als wenig spezifisch zu bewerten. Ausnahmen hiervon bilden lediglich vereinzelte spezifische Leistungen, wie z.B. das Erstellen der Bilanz oder GuV durch einen Steuerberater.¹⁴³⁰ Die temporäre Verfügbarkeit des jeweiligen Personals ist bei der Gesamtbetrachtung zu berücksichtigen, da sie sich unter Umständen auf die Zeitspezifität der Leistung auswirkt.¹⁴³¹

Nichtmedizinische Leistungen unterliegen insgesamt im Vergleich zu den medizinischen Leistungen einer geringeren Spezifität, die jedoch sehr he-

¹⁴²⁸ Vgl. **Güssow** (2007), S. 84, 216

¹⁴²⁹ Vgl. Kapitel IV.5.2.1 i.V.m. **Göbel** (2002), S. 139f.

¹⁴³⁰ Für diese spezifischen nichtmedizinischen Leistungen wird ein MVZ in der Regel kein eigenes Personal vorhalten, sondern auf externe Dienstleister zurückgreifen.

¹⁴³¹ Vgl. Kapitel IV.5.2.1 i.V.m. **Göbel** (2002), S. 140

terogen ausgeprägt ist und für einzelne Stellenprofile die Spezifität medizinischer Primärleistungen erreichen oder sogar darüber liegen kann.¹⁴³²

V.3.4.3 Strategische Relevanz nichtmedizinischer Leistungen

Nichtmedizinische Leistungen umfassen ein breites Spektrum von Tätigkeiten im MVZ. Entsprechend differenziert ist auch die strategische Relevanz dieser Leistungen zu beurteilen. Obwohl nichtmedizinische Leistungen nicht zum Kerngeschäft des MVZ gehören, können sie von höchster strategischer Relevanz sein. Die Entwicklung einer Unternehmensstrategie ist keine medizinische Leistung, obwohl ihre strategische Relevanz bereits aus dem Begriff deutlich wird.¹⁴³³ Es ist somit zu differenzieren zwischen Hilfsleistungen und Kernleistungen im nichtmedizinischen Bereich. Hilfsleistungen sind in der Regel nicht von strategischer Bedeutung, während Kernleistungen von sehr unterschiedlicher strategischer Relevanz sein können.¹⁴³⁴ Die konkrete Ausprägung der strategischen Relevanz von nichtmedizinischen Kernleistungen hängt von der Intensität und der Nachhaltigkeit des Einflusses auf den langfristigen Unternehmenserfolg ab.¹⁴³⁵ Sie ist tendenziell höher, je höher die Führungsebene des Leistungserbringers ist.

V.3.4.4 Transaktionskostenrelevante Einflussfaktoren

Die im Vergleich zur medizinischen Leistungserbringung distanziertere Erbringung der Leistung (kein Uno-actu-Prinzip) führt zu weniger Angst und somit zu einer höheren Verhaltenssicherheit auf beiden Seiten.¹⁴³⁶ Verbleibende Unsicherheitsfaktoren liegen vor allem in asymmetrisch ver-

¹⁴³² Hier sind insbesondere Führungsverwendungen, wie z.B. die kaufmännische Leitung oder die Verwaltungsleitung, angesprochen, deren Spezifität positiv mit der Größe des MVZ korreliert.

¹⁴³³ Vgl. ausführlich zur Strategieentwicklung in Unternehmen **Breisig** (2006), S. 196ff.

¹⁴³⁴ Der Grad der strategischen Relevanz orientiert sich dabei am Beitrag der Leistung zum Unternehmenserfolg bzw. der Wichtigkeit der Leistung für das MVZ. Vgl. **Rotering** (2003), S. 121f.

¹⁴³⁵ Vgl. **ebenda**

¹⁴³⁶ Der Patient nimmt in aller Regel die Erbringung der nichtmedizinischen Leistungen nicht oder nur am Rande der medizinischen Leistungserbringung wahr.

teilter Information begründet.¹⁴³⁷ Umweltunsicherheiten beeinflussen die Erbringung nichtmedizinischer Leistungen kaum. Die Unsicherheit ist somit insgesamt als niedrig zu bewerten.

Nichtmedizinische Leistungen sind vielfach mit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen verbunden. Die maßgeblichen Einflussfaktoren auf die Häufigkeit sind daher wie in den medizinischen Leistungsbereichen Anzahl und Struktur der Patienten. Zusätzlich spielt bei den Kernleistungen die Anzahl der beschäftigten Ärzte bzw. des gesamten Personals eine große Rolle.¹⁴³⁸ Die Überwachung der nichtmedizinischen Leistungen wird analog zu anderen Wirtschaftsunternehmen durch ein betriebliches Controlling gewährleistet.¹⁴³⁹

V.3.4.5 Abgrenzung der Kosten

Nichtmedizinische Leistungen dienen per Definition administrativen, organisatorischen oder dokumentativen Zwecken.¹⁴⁴⁰ Sie sind somit mehrheitlich den Koordinationskosten und somit den TAK zuzuordnen. Sie können jedoch anteilige Bereitstellungskosten, also PK, enthalten, soweit sie der Bereitstellung der medizinischen Leistung unmittelbar zugerechnet werden können. Hierunter fallen beispielsweise durch eigenes Personal durchgeführte Wartungs- und Instandhaltungsarbeiten an Immobilien, Geräten oder Hard- und Software. Nichtmedizinische Leistungen sind somit überwiegend den TAK zuzuordnen.

¹⁴³⁷ Vgl. Kapitel IV.4.2 i.V.m. **Kräkel** (2004), S. 20

¹⁴³⁸ Die Komplexität des MVZ steigt für das Führungspersonal primär mit einer Zunahme des beschäftigten Personals.

¹⁴³⁹ Vgl. Kapitel III.10.8 i.V.m. **Allmendinger / Langer / Mehnert** (2006), S. 150f.

¹⁴⁴⁰ Vgl. Kapitel V.3.4.1

VI. Vergleichende Bewertung institutioneller Arrangements zur transaktionskostenminimalen organisatorischen Ausgestaltung von MVZ

VI.1 Vorüberlegungen zur Ermittlung der (relativen) TAK

Mögliche Modellansätze zur Ermittlung der Höhe von TAK in MVZ liegen in diversen Prämissen begründet. Zwei dieser Ansätze sollen im Folgenden auf ihre Eignung zur Bestimmung der relativen TAK in MVZ betrachtet werden

VI.1.1 Rechnungsweseninduzierte Ermittlung von TAK

Die Grundlage der rechnungsweseninduzierten Ermittlung von TAK bildet die Prämisse der Absenz von Kosten jenseits der TAK und der PK. Dies bedeutet, dass sich die Gesamtkosten (GK) ausschließlich aus der Addition von PK und TAK zusammensetzen.¹⁴⁴¹ Es gilt:

$$GK=PK+TAK \rightarrow TAK=GK-PK$$

Kostendifferenzen können somit ebenfalls ausschließlich aus Differenzen innerhalb der PK und der TAK entstehen.

$$\Delta GK=\Delta PK+\Delta TAK \rightarrow \Delta TAK=\Delta GK-\Delta PK$$

Unter der Maßgabe der Bekanntheit von GK und PK ließen sich somit die TAK leicht aus der Differenz bestimmen. Die Höhe der GK lässt sich aus den buchhalterischen Unterlagen von MVZ noch verhältnismäßig leicht

¹⁴⁴¹ Diese Annahme liegt den Überlegungen zur Notwendigkeit der Gesamtbetrachtung von PK und TAK diverser Autoren zugrunde, die die Absenz darüber hinausgehender Kosten allerdings nicht explizit hervorheben. Vgl. **Kieser / Walgenbach** (2003), S. 52ff.; **Göbel** (2002) S. 139; **Picot / Reichwald / Wiegand** (2001), S. 41; **Sydow** (1992), S. 130; **Williamson** (1990) S. 25

bestimmen. Für die Bestimmung der PK gelten hingegen dieselben Abgrenzungsproblematiken gegenüber den TAK wie umgekehrt.¹⁴⁴²

Zur Bestimmung der Höhe der TAK über die Differenz aus GK-PK sind somit weitere indikatorenbasierte Verfahren zur Ermittlung der PK in MVZ notwendig. Hier liegt der Verdacht nahe, dass eine indikatorenbasierte Sekundärermittlung von TAK über zusätzliche Prämissen bei der Bestimmung der PK nicht in der Lage ist, exaktere Ergebnisse zu liefern als die primäre indikatorenbasierte Ermittlung der TAK.¹⁴⁴³ Daher wird für diese Arbeit das Modell der Sekundärermittlung von TAK über PK nicht weiter verfolgt.

VI.1.2 Individualinduzierte Ermittlung von TAK

Eine weitere Möglichkeit zur Bestimmung der Höhe von TAK in MVZ besteht in der Annahme, dass sich alle in einer Organisationsform wie MVZ anfallenden TAK den handelnden Individuen zuordnen lassen.¹⁴⁴⁴ Für die einer Transaktion zugrunde liegende Übertragung von Verfügungsrechten ist die Beteiligung von Individuen an Transaktionen Voraussetzung.¹⁴⁴⁵ Unter diesen Prämissen muss die Summe der durch i Einzelindividuen ($i=1$ bis n) allein oder gemeinschaftlich verursachten Kosten für die vorgenommenen Transaktionen gleich den gesamten Transaktionskosten des MVZ sein.

$$\text{TAK}_{\text{Ges}} = \sum_{i=1}^n \text{TAK}_{\text{Individuum } i}$$

¹⁴⁴² Vgl. Kapitel IV.4.1 i.V.m. **Bössmann** (1982), S. 665; **Arrow** (1969), S. 60

¹⁴⁴³ Vgl. Kapitel IV.3.2 i.V.m. **Löchel** (1995), S. 29

¹⁴⁴⁴ Diese Annahme basiert auf der zentralen Grundannahme des TAK- Ansatzes, dass Individuen ökonomische Aktivitäten anhand verschiedener Organisationsformen so organisieren, dass die dabei entstehenden Transaktionskosten minimiert werden. Vgl. Kapitel IV.2 i.V.m. **Breisig** (2006), S. 57

¹⁴⁴⁵ Vgl. Kapitel IV.2 i.V.m. **Stahl** (1995) S. 86; **Rotering** (1993) S. 96f.; **Picot / Diefl** (1990) S. 178; **Michaelis** (1985) S. 65ff. Dies gilt unter der Bedingung, dass in MVZ keine vollautomatisiert ablaufenden TAK existieren.

Zur Komplexitätsreduktion können die Einzelindividuen i zu homogenen Gruppen¹⁴⁴⁶ j zusammengefasst werden. Es gilt mithin:

$$TAK_{Ges} = \sum_{j=1}^n TAK_{Grp\ j}$$

Problematisch an diesem Modellansatz ist die Grundprämisse der Zuordnung sämtlicher TAK zu Individuen oder homogenen Gruppen. Kosten mehrerer inhomogener Individuen für gemeinschaftlich durchgeführte Transaktionen sind hierbei den Individuen anteilig zuzuordnen. Die Ermittlung des jeweiligen individuellen Anteils an gemeinschaftlich verursachten TAK ist dabei ebenfalls mit erheblichen Messgrößenproblemen behaftet. Diese Zuordnung ist wiederum nur indirekt über Indikatoren¹⁴⁴⁷ möglich, eine valide direkte Messung ist auch hier nicht möglich.¹⁴⁴⁸ Die Bestimmung der Höhe der gesamten TAK erfolgt somit wiederum lediglich sekundär aus der indikatorenbasierten Bestimmung und Kumulation der den Individuen zuzuordnenden TAK.

Die Ermittlung der absoluten Höhe von TAK ist somit nicht exakt möglich – sie ist jedoch auch nicht notwendig. Die betriebswirtschaftlich relevante Fragestellung lautet vielmehr: Durch welche Maßnahmen können TAK gesenkt werden, d.h. welche alternative organisatorische Gestaltungsoption ist in Relation zu anderen Optionen unter transaktionskostentheoretischen Gesichtspunkten zu wählen.¹⁴⁴⁹ Betrachtet wird somit nicht die absolute Höhe, sondern der relative Unterschied der TAK.

$$\Delta TAK(E) = TAK_{O_1(E)} - TAK_{O_2(E)}$$

¹⁴⁴⁶ Das Merkmal der Homogenität bezieht sich hierbei ausschließlich auf die unternehmensinterne, transaktionskostenverursachende Tätigkeit der Individuen (Vollständige Homogenität ist bei Individuen schon aufgrund des semantischen Widerspruchs zu verneinen.)

¹⁴⁴⁷ Als Indikatoren können hier beispielsweise aufgewandte Zeiteinheiten zur Ermittlung der verursachten Lohnkosten für TA = TAK oder beauftragte externe Dienstleistungen dienen.

¹⁴⁴⁸ Vgl. **Buchanan** (1984), **Gäfen** (1984), **Krüsselberg** (1986), **Krüsselberg** (1992), **Schmidt** (1992) und **Schneider** (1985), **Terberger** (1994), S. 34; **Göbel** (2002), S. 153; **Terberger** (1994), S. 34

¹⁴⁴⁹ Vgl. **Breisig** (2006), S. 57

Dabei beschreibt E die Eigenschaftsparameter der Transaktion und O die jeweiligen organisatorischen Gestaltungsalternativen.¹⁴⁵⁰

Hierzu wird im Folgenden je ein Ansatz zur transaktionskostentheoretischen Optimierung der Ablauforganisation und der Aufbauorganisation vorgestellt.

VI.2 Transaktionskostentheoretische Optimierung der Ablauforganisation der Leistungserbringung

VI.2.1 Identifizierung transaktionskostenintensiver Sachgüter und Dienstleistungen

Um Aussagen zur optimalen Transaktion transaktionskostenintensiver Sachgüter und Dienstleistungen treffen zu können, ist es notwendig, diese zunächst zu identifizieren. Diese banal scheinende Feststellung erfordert umfangreiche Analysen, da TAK, wie bereits mehrfach erwähnt, nicht messbar sind.¹⁴⁵¹ Zu dieser Analyse sollten alle Transaktionen betrachtet, ggf. in homogene Gruppen zusammengefasst und bewertet werden.¹⁴⁵² Nach der Bewertung dieser Gruppen im Bezug auf ihre Transaktionseigenschaften lässt sich eine mindestens ordinalskalierte Reihung erstellen.¹⁴⁵³ Aussagen über die absolute Höhe der zu erwartenden TAK sind

¹⁴⁵⁰ Vgl. **Blum et al.** (2005), S. 50

¹⁴⁵¹ Vgl. **Buchanan** (1984), **Gäfigen** (1984), **Krüsselberg** (1986), **Krüsselberg** (1992), **Schmidt** (1992) und **Schneider** (1985), **Terberger** (1994), S. 34; **Göbel** (2002), S. 153; **Terberger** (1994), S. 34

¹⁴⁵² Vgl. Kapitel V.2 und V.3

¹⁴⁵³ Die Erstellung einer ordinalskalierten Reihung ist **möglich**, da die Transaktionseigenschaften je nach Ausprägung mit transaktionskostenbegünstigenden oder transaktionskosteneinsparenden Eigenschaften versehen sind. Vgl. Kapitel IV.5 und Kapitel IV.4 i.V.m. **Göbel** (2002), S. 139ff.; die mindestens ordinalskalierte Reihung ist für die Analyse zwingend **notwendig**, da mit der niedriger skalierten nominalen Reihung die angestrebte Aussage zur transaktionskostentheoretischen Vorteilhaftigkeit einer bestimmten Organisationsform nicht möglich ist. Vgl. Kapitel VI, insbesondere Kapitel VI.4; eine höher skalierte Reihung (Intervall- oder Verhältnisskala) ist für Aussagen zur Höhe von Transaktionskostenvorteilen bzw. zur absoluten Hö-

damit allerdings nicht möglich. Dies ist auch nicht notwendig, da das MVZ zunächst im internen Vergleichsmaßstab die transaktionskostenintensiven Güter und Dienstleistungen identifizieren muss, um daraus Aussagen über die relative Höhe treffen zu können und entsprechende Maßnahmen zur Reduktion zu ergreifen.¹⁴⁵⁴

Die Identifizierung und Bewertung der relevanten Güter und Dienstleistungen sind mit höchstmöglicher Präzision durchzuführen, da sie die Grundlage für alle weiteren transaktionskostenminimierenden Tätigkeiten darstellen. Sind die relevanten Güter und Dienstleistungen identifiziert, können Möglichkeiten zur Reduktion der TAK und zur Ermittlung der relativen Transaktionskostenvorteile durch die ergriffenen Maßnahmen aufgezeigt werden.

VI.2.2 Verlagerung transaktionskostenintensiver Tätigkeiten zur Reduktion der individualinduzierten TAK

Im Praxisalltag wird nie die gesamte Arbeitsleistung eines Mitarbeiters entweder der Bereitstellung von Gütern und Leistungen bzw. der Leistungserbringung oder der Koordination und somit den PK oder den TAK zuzuordnen sein.¹⁴⁵⁵ Die betriebswirtschaftlich relevante Information ist die Relation der PK-verursachenden Tätigkeiten zu TAK-verursachenden Tätigkeiten. Mangels direkter Messbarkeit muss somit ein Indikator hierfür gefunden werden.¹⁴⁵⁶ Die investierte Zeit, konkret die Arbeitszeit einzelner Individuen, scheint hierfür geeignet zu sein. Die Arbeitszeit ist dabei mo-

he von TAK **wünschenswert**, aufgrund der bereits erwähnten Messbarkeitsproblematik jedoch nicht möglich. Vgl. Kapitel IV.3 und Kapitel IV.4 i.V.m. **Buchanan** (1984), **Gäfigen** (1984), **Krüsselberg** (1986), **Krüsselberg** (1992), **Schmidt** (1992) und **Schneider** (1985), **Terberger** (1994), S. 34; **Göbel** (2002), S. 153; **Terberger** (1994), S. 34

¹⁴⁵⁴ Vgl. Kapitel VI.2.2 i.V.m. Kapitel VI.3

¹⁴⁵⁵ Vgl. Kapitel V.3

¹⁴⁵⁶ Vgl. **Buchanan** (1984), **Gäfigen** (1984), **Krüsselberg** (1986), **Krüsselberg** (1992), **Schmidt** (1992) und **Schneider** (1985), **Terberger** (1994), S. 34; **Göbel** (2002), S. 153; **Terberger** (1994), S. 34

netär zu bewerten und anteilig den TAK oder den PK zuzuordnen. Zeit als absoluter Indikator differiert zunächst nicht zwischen verschiedenen Individuen. Wird dieser Indikator jedoch monetarisiert, ergibt sich aus der unterschiedlichen Vergütung individueller Arbeitszeit eine differierende Bewertung der Kosten bei der Leistungserbringung und -übertragung durch unterschiedliche Individuen.¹⁴⁵⁷ Somit muss es möglich sein, TAK zu reduzieren ohne die Transaktion inhaltlich und organisatorisch zu verändern, indem sie von einem anderen Individuum wahrgenommen wird, dessen Zeitkontingent mit einem geringeren monetären Vergütungsanspruch versehen ist. Hierbei werden ausschließlich Leistungen betrachtet, bei denen Leistungsqualität und Mitarbeitervergütung voneinander unabhängige Faktoren darstellen.¹⁴⁵⁸

Für die folgende Analyse wird von einer konkaven Kostenfunktion TAK_{Ges} für die durchschnittlichen TAK in Abhängigkeit von den ausführenden Individuen $\emptyset TAK(Ind)$ einer konkreten Transaktionsart ausgegangen, die sich aus einem individualunabhängigen fixen Kostenanteil TAK_{fix} ¹⁴⁵⁹ und einem variablen individualabhängigen Kostenteil $TAK_{var}(Ind)$ zusammensetzt:

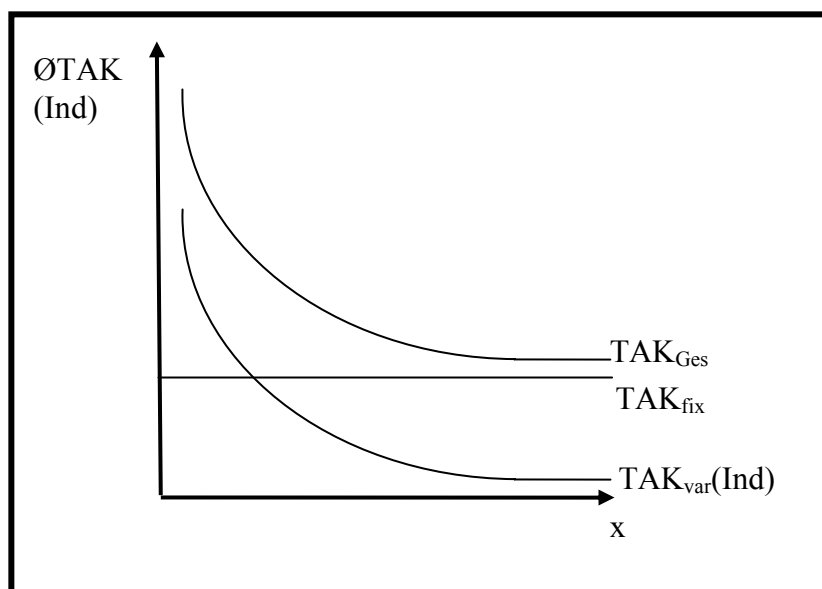
$$TAK_{Ges} = TAK_{fix} + TAK_{var}(Ind)$$

Auf der Abszisse ist die Anzahl x der Transaktionen abgebildet.

¹⁴⁵⁷ Vgl. zur Leistungserbringung in MVZ, insbesondere zu (berufs-)rechtlichen individuellen Voraussetzungen zur Erbringung bestimmter Leistungen Kapitel V.3.

¹⁴⁵⁸ Sobald eine Verschlechterung der Leistungsqualität durch eine Personalsubstitution erfolgt, verbietet sich diese Substitution. Diverse (berufs)rechtliche Bestimmungen sowie sachliche Qualifikationen wirken bei der Substitution der Leistungserbringung durch geringer vergütetes Personal restriktiv. Vgl. u.a. **MBO**; **SGB V**

¹⁴⁵⁹ Von den handelnden Individuen unabhängige TAK werden nicht durch die Vergütung der Individuen beeinflusst. Sie sind somit auch nicht durch den Indikator Zeit abzubilden

Abbildung 43: Kostenfunktion von TAK

Quelle: Eigene Darstellung

Individualabhängige TAK lassen sich für jede Transaktion aus dem Produkt der aufgewandten Zeiteinheiten (ZE) mit der jeweiligen Bruttovergütung (BV) je Zeiteinheit ermitteln:

$$\text{TAK}_{\text{var}}(\text{Ind}) = \text{ZE} \cdot \text{BV}$$

Sind mehrere Individuen i ($i=1$ bis n) mit differierender Vergütung einer Transaktion beteiligt, gilt:

$$\text{TAK}_{\text{var}}(\text{Ind}) = \sum_{i=1}^n (\text{ZE}_i \cdot \text{BV}_i)$$

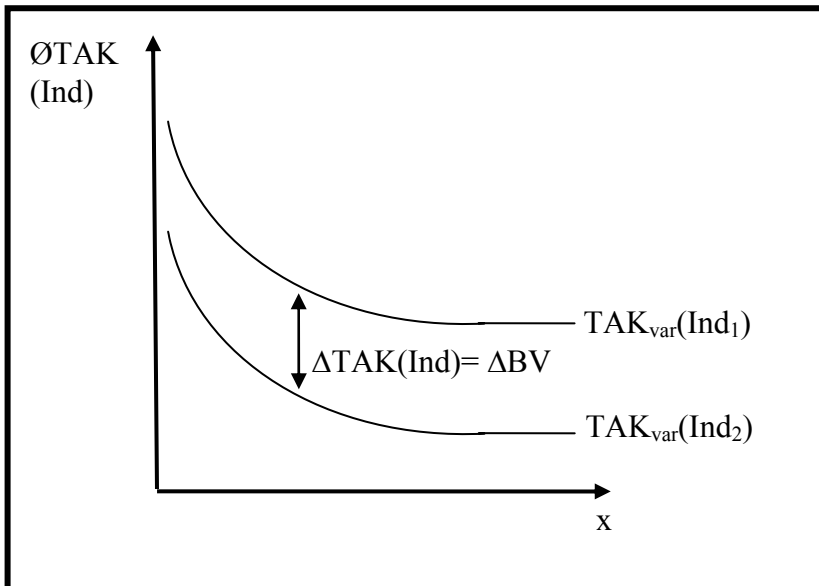
Der degressive Kostenverlauf der durchschnittlichen, variablen, individualabhängigen TAK ergibt sich hierbei aus dem sinkenden Zeitbedarf je Transaktion durch Lernkurveneffekte.¹⁴⁶⁰ Somit ergibt sich eine direkte Abhängigkeit der gesamten TAK von der Anzahl der aufgewandten Zeiteinheiten und der Höhe der Bruttovergütung. Unter der Annahme einer identischen Lernfähigkeit der in MVZ tätigen Individuen ergibt sich ceteris paribus eine Kostendifferenz bei derselben Transaktion in Höhe der Diffe-

¹⁴⁶⁰ Würden Lernkurveneffekte ignoriert, so ergäbe sich für die individualabhängigen Kosten eine Konstante.

renz der BV multipliziert mit den benötigten ZE. Die durchschnittlichen TAK je ZE ändern sich ceteris paribus somit in Höhe der Differenz der BV.

$$\Delta \text{TAK}_{\text{var}}(\text{Ind}) = \Delta \text{TAK}_{\text{ges}} = \Delta \text{BV} \text{ (cet par)}$$

Abbildung 44: Individualabhängige Kostenfunktion von TAK



Quelle: Eigene Darstellung

In der reinen transaktionskostentheoretischen Betrachtung wäre es somit wirtschaftlich, alle Transaktionen von den Mitarbeitern ausführen zu lassen, die die geringste BV erhalten. Dass dies gerade im Bereich der Transaktion medizinischer Leistungen nicht in jedem Fall sinnvoll und zulässig ist, liegt auf der Hand. Rechtliche Restriktionen¹⁴⁶¹ sowie ethische Überlegungen sind in die ökonomischen Analysen einzubeziehen.¹⁴⁶² Unter Beachtung dieser Normen sowie der Qualifikation der Mitarbeiter gilt jedoch die Prämisse, dass Transaktionen jeweils von dem hinreichend qualifizierten Mitarbeiter mit der geringsten BV durchgeführt werden sollten, soweit keine ethischen Bedenken bestehen.

¹⁴⁶¹ Vgl. hierzu u.A. SGB V; MBO

¹⁴⁶² „Das Gesundheitssystem ist ein regulierter Markt, bei dem die Entscheidung über eine Integration von Gesundheitsleistungen nicht nur aus ökonomischen, sondern auch aus medizinischen Erwägungen heraus getroffen werden muss. Die Frage nach der medizinischen Sinnhaftigkeit von Integration und Separation sollte daher im Zweifelsfall aus ethischen Gesichtspunkten heraus immer über der wirtschaftlichen Analyse stehen.“ Güssow (2007), S. 85

Wird eine grundsätzlich höhere Vergütung medizinischen Personals im Vergleich zu medizinischem Hilfspersonal und nichtmedizinischem Personal zugrunde gelegt, wird klar, dass nichtmedizinische Tätigkeiten möglichst ausschließlich von Letzteren wahrgenommen werden sollten. Die Tätigkeiten des medizinischen Personals sollten sich auf die medizinische Leistungserbringung und -übertragung konzentrieren. Im Idealfall transferiert der Arzt somit ausschließlich medizinische Primärleistungen zum Patienten – andere Transaktionen werden von geeignetem nichtärztlichem Personal in mindestens gleicher Qualität erbracht. Dieser Idealfall ist aufgrund der fehlenden trennscharfen Übergänge zwischen TAK und PK nur theoretischer Natur.¹⁴⁶³ Zur Annäherung an diesen kostenminimalen Idealfall kann ein Ranking der unterschiedlich vergüteten Mitarbeitergruppen erstellt werden, welchem „bottom up“ die diversen transaktionskostenrelevanten Tätigkeiten im MVZ zugeordnet werden. D.h., es werden zunächst alle Tätigkeiten der Mitarbeitergruppe mit der geringsten BV zugeordnet. Im zweiten Schritt werden alle Tätigkeiten, für die die Qualifikation dieser Gruppe nicht ausreichend ist bzw. bei denen ethische Bedenken der Transaktion der Leistung entgegenstehen, der nächsthöheren Mitarbeitergruppe zugeordnet bis für die besthonoriierte Gruppe nur noch Kernaufgaben übrig bleiben, die andere Mitarbeiter nicht wahrnehmen können oder dürfen. Dieser Prozess ist in der folgenden Tabelle modellhaft dargestellt.

¹⁴⁶³ Vgl. **Bössmann** (1982), S. 665

Tabelle 14: Zuordnung der Tätigkeiten zu Mitarbeitern

Mitarbeitergruppe	BV pro ZE	Tätigkeiten
Ärzte Leitungsebene	X,- €	a
Verwaltungsleitung	X,- € - 10%	a, n, o, r
Ärztegruppe 1	X,- € - 20%	a, n, o, r, u
Ärztegruppe 2	X,- € - 24%	a, d, n, o, r, u
Medizinische Fachangestellte 1	X,- € - 55%	a, d, f, h, n, o, r, u
Verwaltung Mitarbeiter 1	X,- € - 58%	a, d, f, h, k, n, o, r, u, v
Medizinische Fachangestellte 2	X,- € - 60%	a, c, d, f, h, k, m, n, o, r, t, u, v
Verwaltung Mitarbeiter 2	X,- € - 64%	a, b, c, d, e, f, g, h, i, k, l, m, n, o, p, r, s, t, u, v
...

Quelle: Eigene Darstellung

Dies bedeutet ggf. eine komplette Neustrukturierung der Zuständigkeiten und die Abgabe von Verantwortung an unterstellte bzw. niedriger qualifizierte Mitarbeiter, was bei ehemals autonom tätigen Ärzten mitunter Akzeptanzprobleme aufwerfen kann.¹⁴⁶⁴

Insgesamt lässt sich somit eine Senkung der TAK durch die Verlagerung transaktionskostenintensiver Tätigkeiten auf Mitarbeiter mit einer geringeren BV bei konstantem quantitativem und qualitativem Umfang der Transaktionen herbeiführen.¹⁴⁶⁵

¹⁴⁶⁴ Vgl. **Laschet** (2007), S. 8

¹⁴⁶⁵ Ohne die Sicherstellung einer konstanten Qualität wäre sowohl die Zustimmung des Gesetzgebers als auch die gesellschaftliche Akzeptanz einer solchen Vorgehensweise mit Sicherheit zu verneinen. Vgl. u.a. **MBO**; **SGB V**; die zurzeit sehr kontrovers geführte Diskussion um die Übertragung bestimmter medizinischer Aufgaben an die so genannten Gemeindefachkräfte zur Entlastung der Hausärzte spiegelt dies wider. Vgl. **Misslbeck** (2007), S.1f.; **Zieler** (2007); **Schnack** (2008), S. 2

Durch die Verlagerung transaktionskostenintensiver Tätigkeiten werden nicht nur TAK, sondern gleichzeitig auch ein Teil der PK reduziert, da die Summe der aufzuwendenden Mittel für das Personal, unabhängig von der Zuordnung der Kosten der jeweiligen Tätigkeit zu TAK oder PK, insgesamt sinkt. Der Forderung nach einer ganzheitlichen Betrachtung der Summe aus PK und TAK wird mit der beschriebenen Verlagerung von Tätigkeiten somit nachgekommen.¹⁴⁶⁶

Ähnliche Bestrebungen zeichnen sich zurzeit in der gesundheitspolitischen Realität in Deutschland ab. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat sein Gutachten „Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ am 03. Juli 2007 der Bundesregierung übergeben.¹⁴⁶⁷ In diesem Gutachten wird die Substitution bisher ärztlicher Tätigkeiten durch pflegerisches oder anderes besonders qualifiziertes nichtärztliches Personal angeregt.¹⁴⁶⁸ Im europäischen sowie nordamerikanischen Ausland¹⁴⁶⁹ hat sich dieses Verständnis bereits durchgesetzt. Es werden hier Leistungen der Anamnese, Diagnose, Medikation, Anordnung und Interpretation von Laborbefunden, Überweisungen an Ärzte und Einweisungen ins Krankenhaus durch so genannte „nurse practitioners (NP)“ bzw. „physician assistants (PA)“ wahrgenommen.¹⁴⁷⁰ Der Leiter der Abteilung Krankenversicherung im BMG veranschlagt die Umsetzung einer solchen Substitution in Deutschland mit einem Zeithorizont von 15 bis 20 Jahren.¹⁴⁷¹ Bis zur legislativen Berücksichtigung der Vorschläge des Sachverständigenrates bleibt MVZ lediglich die Möglichkeit der konsequenten Personalsubstitution auf der Grundlage der bestehenden gesetzlichen Normen.

¹⁴⁶⁶ Zur Notwendigkeit der Gesamtbetrachtung von PK und TAK Vgl. **Kieser / Walgenbach** (2003), S. 52ff.; **Göbel** (2002) S. 139; **Picot / Reichwald / Wiegand** (2001), S. 41; **Sydow** (1992), S. 130; **Williamson** (1990) S. 25

¹⁴⁶⁷ Vgl. **Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen** (2007)

¹⁴⁶⁸ Vgl. **Erdogan** (2007), S. 5

¹⁴⁶⁹ Belgien, Großbritannien, Kanada, Niederlande, USA und die skandinavischen Länder praktizieren diese Substitution ärztlicher Leistungen bereits. Vgl. **o.V.** (2007a), S. 5

¹⁴⁷⁰ Vgl. **ebenda**

¹⁴⁷¹ Vgl. **Erdogan** (2007), S. 5

Diese Möglichkeit steht grundsätzlich allen übrigen Leistungserbringern in der medizinischen Versorgungslandschaft gleichermaßen zur Verfügung. Im Vergleich zu einzeln tätigen Ärzten bieten Kollektive (wie MVZ) aufgrund des umfangreicheren Personalstammes jedoch bessere Möglichkeiten zur Substitution von Tätigkeiten.¹⁴⁷² Gelingt es MVZ, flache Hierarchien und effiziente Strukturen zu realisieren, wirkt sich dies vorteilhaft auf mögliche Personalsubstitutionen aus.¹⁴⁷³

Sollen TAK konsequent minimiert werden, müssen auch weiterführende aufbauorganisatorische Ansätze entwickelt werden. Solche Ansätze werden im Folgenden entwickelt und vorgestellt. Hierbei finden die medizinischen Primärleistungen besondere Berücksichtigung, da diese nicht weiter substituierbar sind, ihre Erbringung hohe individualinduzierte TAK verursacht und diese die Mehrheit der Transaktionen in MVZ darstellt.¹⁴⁷⁴

VI.3 Transaktionskostentheoretische Optimierung der aufbauorganisatorischen Grundlagen

Die vorangegangenen Analysen haben gezeigt, dass die Transaktion medizinischer Primärleistungen von hoher Spezifität¹⁴⁷⁵ und strategischer Relevanz¹⁴⁷⁶ gekennzeichnet ist. Ihnen kommt daher bei der Suche nach organisatorischen Möglichkeiten zur Reduktion der TAK eine Schlüssel-funktion zu. Personal zur Transaktion medizinischer Primärleistungen ist

¹⁴⁷² Das zu erwartende Einsparpotenzial liegt darüber hinaus in MVZ ebenfalls höher als in Einzelpraxen, da diese bei einer größeren Anzahl von Mitarbeitern realisierbar sind.

¹⁴⁷³ In Kliniken behindern die meist komplexen hierarchischen Strukturen und Abläufe eine Personalsubstitution, da ggf. erhebliche kognitive Barrieren zu überwinden sind. So genannte „alte Pfründe“ werden verteidigt.

¹⁴⁷⁴ Vgl. Kapitel V.3.1

¹⁴⁷⁵ Insbesondere Anamnese und Diagnose sind aufgrund des individuellen „Faktors“ Patient einzigartig und kaum standardisierbar. Die Diagnose als Sachverhaltsfeststellung und –bewertung bildet die Grundlage für eine mögliche Standardisierung der folgenden (therapeutischen) Maßnahmen. Vgl. Kapitel V.3.1.1f.

¹⁴⁷⁶ Medizinische Primärleistungen stellen das Kerngeschäft eines MVZ dar und sind somit von existenzieller strategischer Relevanz. Vgl. Kapitel V.3.1.3

definitionsgemäß¹⁴⁷⁷ nur bedingt substituierbar – Maßnahmen zur transaktionskostentheoretischen Optimierung der Ablauforganisation durch Personalsubstitution, wie sie im vorangegangenen Kapitel beschrieben sind¹⁴⁷⁸, führen somit bei der Transaktion medizinischer Primärleistungen nur bedingt zur Einsparung von TAK.¹⁴⁷⁹ Es müssen daher andere Wege gefunden werden, um die Transaktion dieser im Vergleich zu anderen Leistungen hochspezifischen und strategisch relevanten Leistungen aus transaktionskostentheoretischer Sicht zu optimieren. Hierzu müssen organisatorische Rahmenbedingungen geschaffen werden, die dies ermöglichen. Mögliche organisatorische Alternativen sollen daher im Folgenden auf ihr transaktionskostensenkendes Potenzial bei der Transaktion medizinischer Primärleistungen untersucht werden.¹⁴⁸⁰ Hierzu werden diese Leistungen differenzierter als bisher in die Analyse einbezogen.

¹⁴⁷⁷ Medizinische Primärleistungen gehören zu den Kernleistungen des Arztes, die nicht durch anderes Personal wahrgenommen werden können oder dürfen. Eine Substitution ist somit lediglich zwischen fachgleichen Ärzten möglich. Vgl. zur hier verwandten Definition medizinischer Primärleistungen Kapitel V.3.1

¹⁴⁷⁸ Vgl. Kapitel VI.2

¹⁴⁷⁹ Die konkreten TAK-Einsparungen in diesem Bereich sind von den jeweiligen Differenzen in der BV der Ärzte abhängig. Tendenziell werden sich gravierende Unterschiede innerhalb des Gehaltsgefüges unter fachgleichen Ärzten kaum durchsetzen lassen. Die potenziellen Einsparungen sind hier also sehr begrenzt.

¹⁴⁸⁰ Vgl. **Ebers / Gotsch** (1993), S. 217; **Breisig** 2006), S. 57

VI.3.1 Auswahl der relevanten Organisationsalternativen

Der Vergleich organisatorischer Alternativen in Bezug auf die durch sie verursachten Transaktionskosten kann nur in Relation zueinander erfolgen. Das Erkenntnisinteresse der TAK-Theorie besteht somit darin, zu erklären, unter welchen institutionellen Arrangements bestimmte Arten von Transaktionen effizienter¹⁴⁸¹ abgewickelt werden können.¹⁴⁸² Eine absolute Aussage zur Höhe der entstehenden TAK lässt das Konzept der Transaktionskostentheorie nicht zu.¹⁴⁸³ Die aus dem komparativen Vergleich¹⁴⁸⁴ resultierende Entscheidungshilfe gibt also lediglich Aufschluss darüber, welche der betrachteten Alternativen geeigneter ist, TAK möglichst gering zu halten.¹⁴⁸⁵ Werden von vornherein insgesamt ungeeignete oder für die TAK irrelevante Alternativen betrachtet, liefert die TAK-Theorie als Ergebnis lediglich die beste unter den schlechten Alternativen. Daher ist dem komparativen Vergleich eine Analyse der relevanten organisatorischen Alternativen voranzustellen, was im Folgenden geschieht. Ziel ist es dabei, die Organisationsalternativen mit dem größten Potenzial zur Effizienzsteigerung von Transaktionen zu identifizieren, um sie in weiteren Schritten einem komparativen Vergleich zu unterziehen.

VI.3.1.1 Personengesellschaft versus Kapitalgesellschaft

Medizinische Versorgungszentren können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen.¹⁴⁸⁶ Dies schließt neben den bisher in der medizinischen Leistungserbringung üblichen Personengesellschaften auch Kör-

¹⁴⁸¹ Der in der TAK-Theorie verwendete Effizienzbegriff beschreibt einen minimalen Ressourceneinsatz bei vorgegebenem Zielerreichungsgrad. Dies bedeutet bei konstantem Ergebnis, dass eine kostenminimale Ausgestaltung effizient ist. Vgl. **Stahl** (1995), S. 89f.; **Schedler** (1995), S. 70ff.; **Fonger** (1992), S. 20f.

¹⁴⁸² Vgl. **Ebers / Gotsch** (1993), S. 217; **Breisig** 2006), S. 57

¹⁴⁸³ Vgl. **Buchanan** (1984), **Gäfigen** (1984), **Krüsselberg** (1986), **Krüsselberg** (1992), **Schmidt** (1992) und **Schneider** (1985), **Terberger** (1994), S. 34; **Göbel** (2002), S. 153; **Terberger** (1994), S. 34

¹⁴⁸⁴ Stahl bezeichnet diese Relativbetrachtung als „komparativen Vergleich“ der Organisationsformen. Vgl. **Stahl** (1995) S. 88 i.V.m. **Picot** (1982), S. 269

¹⁴⁸⁵ Vgl. **Picot** (1990), S.XIII

¹⁴⁸⁶ Vgl. **SGB V** §95(1) S. 3 HS. 1

perschaften, konkret Kapitalgesellschaften in der Rechtsform der GmbH oder der AG, ein.¹⁴⁸⁷ Die empirische Relevanz dieser beiden organisatorisch / rechtlichen Gestaltungsalternativen ergibt sich aus der Inanspruchnahme beider Alternativen.¹⁴⁸⁸ Die vorwiegenden Rechtsformen, unter denen MVZ bisher firmieren, sind die GmbH (43 Prozent) als Kapitalgesellschaft und die GbR (41 Prozent) als Personengesellschaft.¹⁴⁸⁹ Ausschlaggebend für die Wahl der Rechtsform scheinen nach Auswertung der vorliegenden Daten jedoch eher die Rechtsform der bisherigen Träger bzw. juristische Überlegungen zu sein.¹⁴⁹⁰ So ist beispielsweise auffällig, dass vor allem MVZ in Trägerschaft der (an Personengesellschaften gewöhnten) niedergelassenen Ärzte die GbR als Rechtsform wählen.¹⁴⁹¹ MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern firmieren hingegen nahezu ausschließlich als GmbH.¹⁴⁹²

Organisatorische Aspekte spielen bei der Wahl der Rechtsform lediglich eine nachgeordnete Rolle, zumal sowohl Personen- als auch Kapitalgesellschaften weitreichenden organisatorischen Gestaltungsspielraum bieten.¹⁴⁹³ Die weitere Analyse wird sich somit nicht weiter auf differierende Rechtsformen als organisatorische Gestaltungsalternative konzentrieren.

VI.3.1.2 Fokale versus polyzentrische Organisation

Fokale und polyzentrische Strukturen wurden in der betriebswirtschaftlichen Analyse in den 90er Jahren als Untertypen von Unternehmensnetz-

¹⁴⁸⁷ Vgl. ausführlich zu den zulässigen Rechtsformen Kapitel II.3.7; III.2.2.5 i.V.m. **Zwingel / Preißler** (2005), S. 60ff.; **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 27ff.

¹⁴⁸⁸ Vgl. ausführlich zu empirischen Daten bezüglich der Rechtsformen von MVZ Kapitel III.3.3 i.V.m. **KBV** (2008); **KBV** (2008a)

¹⁴⁸⁹ Vgl. **KBV** (2008a), S. 2

¹⁴⁹⁰ Hier werden vor allem haftungsrechtliche Gründe angeführt. Vgl. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 30f.

¹⁴⁹¹ Vgl. Abbildung 18 i.V.m. **KBV** (2008a), S. 2

¹⁴⁹² Zum Ende des zweiten Quartals 2007 firmierten lediglich 14 von 268 MVZ in Trägerschaft eines Krankenhauses als GbR. Vgl. **KBV** (2008), S. 2

¹⁴⁹³ Durch das VÄndG wurde darüber hinaus der haftungsrechtliche Vorteil der Kapitalgesellschaften für MVZ gemindert. Seit dem 01. Januar 2007 sind alle Gesellschafter verpflichtet, eine selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung für alle Forderungen der KV und der Krankenkassen abzugeben. Vgl. **SGB V** §95 (2) S. 6

werken herausgestellt.¹⁴⁹⁴ Diese Ansätze lassen sich auf die innere Struktur von MVZ übertragen. MVZ werden dabei als weiterführende Form eines Ärztenetzwerkes mit sehr hohem Verbindlichkeitsgrad interpretiert, deren innere Abläufe netzwerkartig organisiert sein können.

In fokal organisierten MVZ gibt es einen oder wenige dominante Akteure, die die wichtigen Entscheidungs- und Koordinationsbefugnisse innehaben.¹⁴⁹⁵ In polyzentrisch organisierten MVZ fehlt diese formale Dominanz einzelner Akteure – die Mitglieder/Ärzte bzw. Ärzte-Gruppen sind gleichberechtigt und bilden Aktionszentren bzw. Partialsysteme heraus, die einen gewissen „Eigensinn“ entwickeln.¹⁴⁹⁶ Die Implementierung von Koordinations- und Kontrollmechanismen wird dadurch stark erschwert.¹⁴⁹⁷ Da MVZ jedoch rechtlich und wirtschaftlich gesehen Unternehmen darstellen, wird eine vollkommene polyzentrische Organisation weder formal noch praktisch realisierbar sein. Es lassen sich allerdings organisatorische Unterschiede erkennen, die sich an der einen oder anderen Form der Ausgestaltung orientieren.

Was bedeutet eine tendenziell polyzentrische Organisation für MVZ konkret? Die Abwesenheit dominanter Akteure impliziert eine grundlegende Gleichberechtigung der MVZ-Ärzte bzw. Ärzte-Gruppen.¹⁴⁹⁸ In der praktischen Umsetzung bedeutet dies eine MVZ-Gesellschaft, bei der alle tätigen Ärzte gleichzeitig Gesellschafter des MVZ sind und so gleichen Ein-

¹⁴⁹⁴ Vgl. zu diesen Untersuchungen und den Arten von Netzwerken **Bea / Haas** (2001), S. 429f.; **Sydow** (1999), **Meyer** (1995); **Sydow** (1995), S. 629ff.; **Loose / Sydow** (1994), S. 160f.; **Backhaus / Meyer** (1993), S. 330ff.; **Sydow** (1992) Für den in dieser Literatur verwendeten Begriff der „strategischen Netzwerke“ wird hier der Begriff „fokale Netzwerke“ verwandt, da die strategische Ausrichtung nicht als Exklusivmerkmal dieser Netzwerke angesehen werden kann und der Begriff daher irreführend scheint. Vgl. **Braun** (2003), S. 14; **Braun / Güssow** (2006), S. 71f.

¹⁴⁹⁵ Braun spricht in diesem Zusammenhang von „Managern“, die als Koordinator des Wertschöpfungsprozesses auftreten. Vgl. **Braun** (2003), S. 14

¹⁴⁹⁶ Vgl. **Braun / Güssow** (2006), S. 72; **Braun** (2003), S. 14; **Ringlstetter** (1995), S. 62ff. Der Begriff „Eigensinn“ beschreibt die Situation, dass in polyzentrischen Strukturen die Entscheidungen der Partialsysteme nicht ausschließlich am Gesamtsystem orientiert sind. Vgl. **Kirsch** (1997), S. 558

¹⁴⁹⁷ Vgl. **Braun / Güssow** (2006), S. 72

¹⁴⁹⁸ Vgl. **Braun / Güssow** (2006), S. 71f.

fluss auf die Entscheidungen im MVZ haben.¹⁴⁹⁹ Aufgrund des drohenden Wegfalls der Gründungsbefugnis¹⁵⁰⁰ bei der Anstellung und dem Einbringen aller Zulassungen in das MVZ¹⁵⁰¹, ist diese Konstellation ausschließlich mit Vertragsärzten möglich. Ein eher polyzentrisch organisiertes Angestellten-MVZ mit den oben beschriebenen Eigenschaften verlöre seine rechtliche Existenzberechtigung – es kann somit praktisch nicht existieren.¹⁵⁰² Dies bedeutet, dass eher polyzentrisch organisierte MVZ mit der organisatorisch- rechtlichen Ausgestaltung als Vertragsarzt-MVZ einhergehen, während fokale Strukturen eher in Angestellten-MVZ zu finden sind.

Für die weitere Analyse des transaktionskostentheoretischen Vergleichs alternativer Organisationsformen bietet sich daher der Vergleich der Vertragsarzt-MVZ mit Angestellten-MVZ als praxisorientierte Ausgestaltungsform der Organisationsstruktur an.

VI.3.1.3 Vertragsarzt-MVZ versus Angestellten-MVZ

Beide Gestaltungsvarianten können als hybride Organisationsformen¹⁵⁰³ zwischen den Extrempolen Markt¹⁵⁰⁴ und Hierarchie¹⁵⁰⁵ bezeichnet werden.

¹⁴⁹⁹ Selbst in dieser Konstellation wird es einen oder mehrere geschäftsführende Gesellschafter geben, die dann mehr Entscheidungsbefugnisse haben – ein vollständig polyzentrisch organisiertes MVZ wird somit nicht existieren können. Die Möglichkeit eines hauptamtlichen externen Koordinators, wie Braun ihn für Gesundheitsnetzwerke vorschlägt, scheidet für MVZ aus. Vgl. **Braun** (2003), S. 47

¹⁵⁰⁰ Vgl. zu zugelassenen Gründern von MVZ Kapitel III.2.2.5 i.V.m. **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 18f.

¹⁵⁰¹ MVZ können ausschließlich von zur Gründung berechtigten Leistungserbringern betrieben werden. Vgl. **SGB V** §95 (1) S. 6 Bei Wegfall der Gründereigenschaft ist dem MVZ die Zulassung zu entziehen. Vgl. **SGB V** §95(6)

¹⁵⁰² Vgl. ausführlich zur gesamten Problematik des Wegfalls der Gründereigenschaft bei Anstellung und Zulassungsverzicht Kapitel III.5.1 i.V.m. **Zwingel / Preißler** (2005), S. 56ff.

¹⁵⁰³ Vgl. zum Begriff der hybriden Organisation **EBig** (2002), S. 6ff.

¹⁵⁰⁴ Marktliche Transaktionen basieren dabei auf einer dezentralen Entscheidungsfindung und auf autonomen Entscheidungen der Transaktionspartner, die sich erst ex post über die Preisfindung definieren. Überwachung und Durchsetzung der Verträge erfolgt ebenfalls ex post durch die Androhung von Sanktionen oder den Wegfall von Folgetransaktionen. Vgl. **Williamson** (1991a), S. 20f.

¹⁵⁰⁵ Hierarchische Organisationen verfügen über ein umfangreiches formales Überwachungs- und Kontrollsystem, dass eine hohe interne Durchsetzbarkeit der Vertragsinhalte garantiert, ohne

Transaktionskostentheoretisch stellt ein Vertragsarzt-MVZ im Vergleich dieser beiden Alternativen eine eher marktliche Koordinationsform der medizinischen Leistungserbringung dar, während die angestellten Ärzte in überwiegend hierarchischen Strukturen Leistungen erbringen.

Unter dem Ziel der Transaktionskostenminimierung betrachtet, ergeben sich für beide Gestaltungsformen Vor- bzw. Nachteile in Abhängigkeit von der Transaktionseigenschaften und den zugrunde liegenden Faktoren. Die Gründung als Vertragsarzt- oder Angestellten-MVZ stellt eine unternehmerische Entscheidung dar, durch die die Höhe der entstehenden TAK beeinflusst wird. Diese unternehmerische Entscheidung wird im Folgenden im Mittelpunkt der Analyse stehen.¹⁵⁰⁶

VI.3.2 Einflusspotenzial der Transaktionseigenschaften auf die Auswahl der Organisationsalternativen

Nach der Festlegung der relevanten Organisationsalternativen gilt es, den potenziellen Einfluss von Transaktionseigenschaften auf die Effizienz der Alternativen herauszustellen.¹⁵⁰⁷ Dies ermöglicht eine Aussage über bestimmte Transaktionsarten und ihre Eignung zur effizienten Abwicklung in einer der verglichenen alternativen Organisationsformen.¹⁵⁰⁸ Hierbei wird im Folgenden der Einfluss der Hauptmerkmale Spezifität¹⁵⁰⁹ und Strategische Relevanz¹⁵¹⁰ sowie der weiteren Einflussfaktoren¹⁵¹¹ untersucht.

dass die Vertragsinhalte neu verhandelt oder extern (z.B. gerichtlich) durchgesetzt werden müssen. Vgl. **Picot / Dietl** (1990), S. 181; **Ochsenbauer** (1989), S. 205f.

¹⁵⁰⁶ Vgl. Kapitel VI.3.4

¹⁵⁰⁷ Dies setzt voraus, dass ein genereller Einfluss der Transaktionsart auf die Effizienz der Abwicklung unter verschiedenen organisatorischen Bedingungen besteht. Bestünde dieser Einfluss nicht, müsste eine für alle Transaktionen effiziente Organisationsform existieren, Transaktionskostenunterschiede würden zwischen Organisationsformen nicht bestehen.

¹⁵⁰⁸ Vgl. **Ebers / Gotsch** (1993), S. 217

¹⁵⁰⁹ Vgl. Kapitel IV.5.2.1 i.V.m. **Göbel** (2002) S. 139f.

¹⁵¹⁰ Vgl. Kapitel IV.5.2.2 i.V.m. **Stahl** (1995), S. 95f.

¹⁵¹¹ Vgl. Kapitel IV.5.2.3 und IV.5.2.4 i.V.m. **Göbel** (2002) S. 141ff.

VI.3.2.1 Spezifität

Das Merkmal der Spezifität muss bei der Erbringung medizinischer Primärleistungen differenziert betrachtet werden. Die Prozessspezifität bezieht sich dabei auf die Spezifität einer Patientenbehandlung aufgrund einer bestimmten Diagnose.¹⁵¹² Die Diagnose definiert als Ausgangspunkt der medizinischen Behandlung, ob es sich um eine standardisierte Leistung handelt oder ob eine hochspezifische Behandlung notwendig ist.¹⁵¹³ Die funktionale Spezifität bezieht sich hingegen auf die infrastrukturellen und intellektuellen Rahmenbedingungen, unter denen die Leistung erbracht wird.¹⁵¹⁴ Sie fasst damit die Merkmale der Humankapital-, Standort- und Zeitspezifität zusammen.¹⁵¹⁵ Funktionale Spezifität gibt somit Aufschluss über das Ausmaß notwendiger idiosynkratischer, d.h. spezifischer Investitionen in Sach- und Humankapital für bestimmte Transaktionen.¹⁵¹⁶ Funktional spezifische Transaktionen erhöhen durch die notwendigen Investitionen die Abhängigkeit von der spezifischen Transaktion und erhöhen somit die Anreize für opportunistisches Verhalten, beispielsweise in Form von Nachverhandlungen.¹⁵¹⁷ Ziel dieses opportunistischen Verhaltens ist es, die Verteilung der Quasi-Renten zugunsten eines Vertrags-

¹⁵¹² Vgl. **Picot / Dietl / Franck** (2002), S. 70

¹⁵¹³ Krankheitsbilder sind hierbei jeweils in ihrer Gesamtheit zu betrachten. Eine Standardisierung von Einzelleistungen ist zwar möglich, reduziert die Spezifität der gesamten Leistung allerdings kaum, da diese standardisierten Einzelleistungen in einem insgesamt hochspezifischen, individuellen Leistungsbündel zusammengefasst und koordiniert werden müssen. TAK entstehen hauptsächlich durch diese Koordination, welche zwischen standardisierten Einzelleistungen nur geringfügig geringere Kosten verursacht. Standardisierte Leistungen sind beispielsweise die Behandlung eines grippalen Infektes ohne Begleiterkrankungen oder die Injektion einer Impfdosis. Hochspezifische Krankheitsbilder erfordern durch die ihnen eigene Komplexität Interdependenzen zwischen diversen Leistungserbringern. Die erforderliche Koordination dieser Leistungserbringer ist maßgeblich für die Höhe der TAK verantwortlich (nicht die Spezifität der Einzelleistung). Hochspezifische Leistungen können schwerwiegende operative Eingriffe oder individuell abzustimmende Therapien, wie sie häufig bei chronisch erkrankten oder multimorbiden Patienten vorkommen, sein. Vgl. **Güssow** (2007), S. 84 i.V.m. S. 291ff.

¹⁵¹⁴ Vgl. **ebenda**

¹⁵¹⁵ Vgl. zu den einzelnen Spezifitätsbegriffen Kapitel IV.5.2.1 i.V.m **Göbel** (2002), S. 139ff.

¹⁵¹⁶ Diese spezifischen Investitionen sind zwar für die Transaktion, für die sie getätigt werden, sehr gut geeignet, für andersartige Transaktionen können sie jedoch nur unter Wertverlust eingesetzt werden. Vgl. **Stahl** (1995), S. 92

¹⁵¹⁷ Diese Ex-post-Nachverhandlungen sind in der Regel von hoher Transaktionskostenintensität. Vgl. **Kieser / Walgenbach** (2003), S. 53; **Stahl** (1995), S. 93

partners zu verschieben.¹⁵¹⁸ Transaktionen, die hohe spezifische Investitionen erfordern, stellen daher umfangreiche Kontroll- und Absicherungsanforderungen an die Gestaltung der Beherrschungs- und Überwachungsmechanismen.¹⁵¹⁹ Intensität und Ausgestaltung dieser Mechanismen sind Bestandteil der organisatorischen Ausgestaltung. Die Spezifität von Transaktionen hat somit ein hohes Implikationspotenzial für die Wahl der organisatorischen Alternative.

VI.3.2.2 Strategische Relevanz

Das Einflusspotenzial des Merkmals der strategischen Relevanz wird deutlich, sobald dieses Merkmal um die Qualitätsdimension erweitert wird.¹⁵²⁰ Transaktionen sind von hoher strategischer Relevanz, wenn die Qualität der Güter und Leistungen direkt auf die des Endproduktes bzw. der Endleistung einwirkt. Ist die Qualität jedoch in Zwischenschritten kontrollierbar und damit von der Qualität des Endproduktes bzw. der Endleistung separierbar, ist die strategische Relevanz eher niedrig.¹⁵²¹

Weiterhin können Transaktionen nach dem Innovationsgrad der zugrunde liegenden Güter als strategisch mehr oder weniger relevant bewertet werden. Sie werden demnach als strategisch relevant bezeichnet, wenn sie einen Teilbereich der unternehmerischen Tätigkeit betreffen, mit dem sich ein Transaktionspartner gezielt gegenüber Wettbewerbern differenzieren und positionieren will.¹⁵²²

Weitere Indikatoren für die strategische Relevanz sind die Wichtigkeit der Transaktion und ihr Beitrag zum Unternehmenserfolg.¹⁵²³ Im medizinischen Bereich ist zusätzlich die Bedeutung des diagnostizierten Behandlungsfalls in die Betrachtung einzubeziehen. Komplexe Krankheitsbilder

¹⁵¹⁸ Dies ist vor allem dann problematisch, wenn einer der Vertragspartner aufgrund hoher spezifischer Investitionen stärker auf den Fortbestand der Vertragsbeziehung angewiesen ist. Vgl.

Hanke (1992), S. 15

¹⁵¹⁹ Vgl. **Stahl** (1995), S. 93f.

¹⁵²⁰ Vgl. Kapitel III.11 i.V.m. **Schmutte** (1999), S. 648; **Schmutte** (1998), S. 85ff.

¹⁵²¹ Vgl. zum gesamten Konzept der Einbeziehung von Separierungsmöglichkeiten der Qualität

Bonus (1986), S. 328ff.; **Bonus** (1987), S. 20ff.; **Hanke** (1992), S. 29

¹⁵²² Vgl. zur Einbeziehung des Innovationsgrades **Picot** (1991), S. 346

¹⁵²³ Vgl. Kapitel IV.5.2.2 i.V.m. **Rotering** (1993) S. 121

führen zu hohen Interdependenzen zwischen einzelnen Leistungserbringern, was den strategischen Koordinationsaufwand steigen lässt und Möglichkeiten zum Opportunismus eröffnet.¹⁵²⁴

Gemeinsam ist den beschriebenen Ansätzen die Notwendigkeit der Absicherung und Überwachung strategisch relevanter Transaktionen.¹⁵²⁵ Diese erfolgt in der Regel durch organisatorisch implementierte Instrumente und Mechanismen. Das Merkmal der strategischen Relevanz hat damit hohes Einflusspotenzial auf die Wahl der organisatorischen Gestaltungsalternative.

VI.3.2.3 Weitere transaktionskostenrelevante Einflussfaktoren

Neben den Hauptmerkmalen Spezifität und strategische Relevanz beeinflussen weitere Faktoren die organisatorische Ausgestaltung. Transaktionen in einer nichtstabilen Transaktionsumwelt bedürfen zusätzlicher Absicherung und Überwachung.¹⁵²⁶ Unsicherheiten bezüglich des potenziellen opportunistischen Verhaltens des Transaktionspartners führen entweder ex ante zur Vereinbarung umfangreicher vertraglicher und/oder struktureller Sicherungs- und Überwachungssysteme oder zu Ex-post-Vertragsanpassungen.¹⁵²⁷ Mit steigender Komplexität der Transaktion erhöht sich sowohl die Umwelt- als auch die Verhaltensunsicherheit.¹⁵²⁸ Die Transaktionshäufigkeit ist in engem Zusammenhang mit spezifischen Investitionen zu betrachten.¹⁵²⁹ Transaktionspartner werden bei häufig stattfindenden Transaktionen eher bereit sein, spezifische Investitionen zu tätigen.¹⁵³⁰ Darüber hinaus ermöglichen häufig stattfindende Transaktionen

¹⁵²⁴ Vgl. **Güssow** (2007), S. 84

¹⁵²⁵ Vgl. Kapitel IV.4.2 i.V.m. **Williamson** (1990), S. 54

¹⁵²⁶ Vgl. Kapitel IV.5.2.3 i.V.m. **Picot / Reichwald / Wiegand** (2001), S. 43

¹⁵²⁷ Vgl. **Stahl** (1995), S. 94f.

¹⁵²⁸ Komplexe Transaktionen finden in der Regel unter sicheren Umweltbedingungen statt, die Komplexität sorgt jedoch dafür, dass die handelnden Akteure aufgrund der begrenzten Rationalität nicht in der Lage sind, dies zu erkennen und die Umwelt somit als unsicher einschätzen. Vgl. **Picot / Dietl** (1990), S. 179

¹⁵²⁹ Vgl. Kapitel IV.5.2.4 i.V.m. **Göbel** (2002), S. 142f.

¹⁵³⁰ Vgl. **Stahl** (1995), S. 95

eine zeitnahe Amortisation der Investitionskosten für implementierte Überwachungs- und Beherrschungssysteme.¹⁵³¹

Der Einfluss der Faktoren Unsicherheit, Komplexität und Häufigkeit erstreckt sich in erster Linie auf die Hauptmerkmale der Spezifität und der strategischen Relevanz. Diese Faktoren haben somit überwiegend indirekten Einfluss auf die Wahl der organisatorischen Gestaltungsalternative.

VI.3.2.4 Zwischenfazit

Die beiden analysierten Hauptmerkmale der Spezifität und der strategischen Relevanz beeinflussen die zu schaffenden organisatorischen Rahmenbedingungen erheblich.¹⁵³² Jedes der beiden Merkmale beinhaltet Implikationen für die organisatorische Gestaltung, Beherrschung und Kontrolle der Transaktionen.¹⁵³³ Die Kombination beider Merkmale kann diese Implikationen verstärken bzw. abschwächen, was im ersten Fall deutliche Schlussfolgerungen für die Wahl der transaktionskostentheoretisch effizienteren Gestaltungsalternative haben wird. Weitere Einflussfaktoren wirken indirekt über die beiden Hauptmerkmale ein.¹⁵³⁴ Die Frage, ob aus transaktionskostentheoretischer Sicht ein Vertragsarzt-MVZ oder ein Angestellten-MVZ effizienter ist, hängt somit entscheidend von der Charakteristik der dort stattfindenden Transaktionen, insbesondere von ihrer Spezifität und ihrer strategischen Relevanz ab. Diese Abhängigkeit wird im folgenden Kapitel detailliert untersucht.

¹⁵³¹ Die durchschnittlichen Kosten für Überwachungs- und Beherrschungssysteme sinken zum einen durch die mengenmäßige Kostendegression und durch Erfahrungskurveneffekte und zum anderen durch die Verteilung auf eine größere Anzahl von Transaktionen. Vgl. **Williamson** (1990), S. 69; **Picot**(1991a), S. 148; **Baltes** (2004), S. 151

¹⁵³² Vgl. Kapitel VI.3.2.1; VI.3.2.2

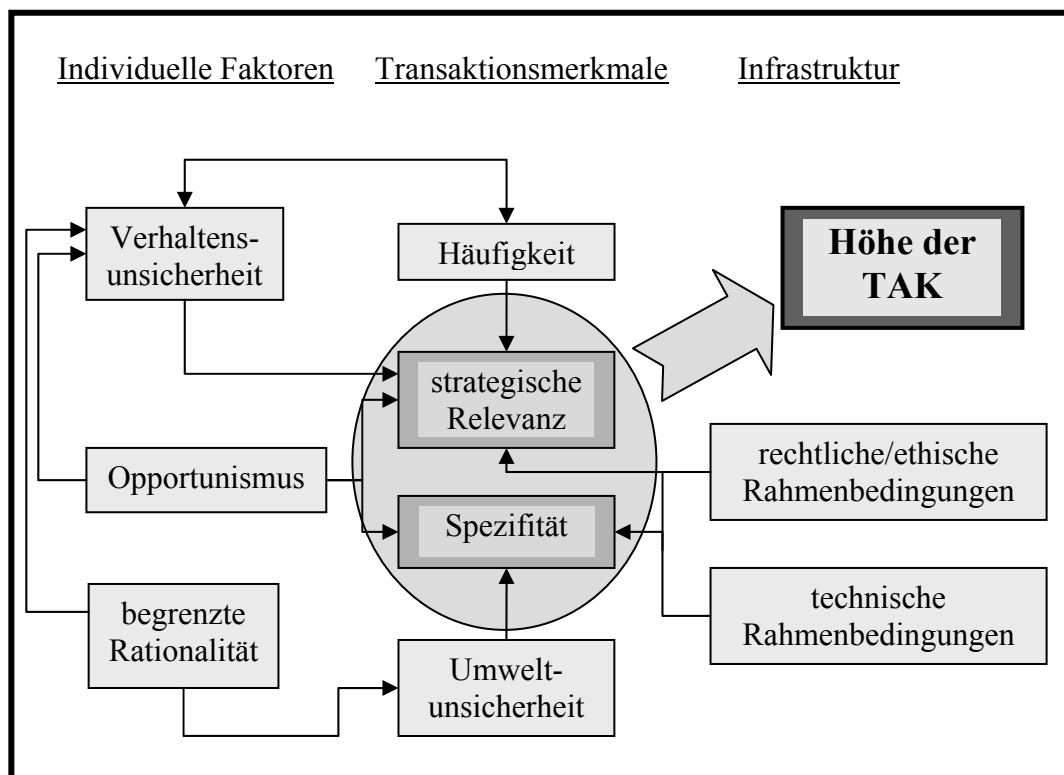
¹⁵³³ Vgl. **Stahl** (1995), S. 93f.

¹⁵³⁴ Vgl. Kapitel VI.3.2.3

VI.3.3 Identifikation und Skalierung relevanter Kombinationen von Transaktionseigenschaften

Die zu analysierenden Transaktionseigenschaften beschränken sich auf die voneinander unabhängigen Eigenschaften Spezifität und strategische Relevanz.¹⁵³⁵ Weitere transaktionskostenrelevante Einflussfaktoren, wie Häufigkeit, Unsicherheit, Opportunismus, begrenzte Rationalität, rechtliche Rahmenbedingungen etc., fließen als verstärkende oder abschwächende Faktoren in die Bewertung der Spezifität und der strategischen Relevanz ein.¹⁵³⁶

Abbildung 45: Zusammenhang der Einflussfaktoren



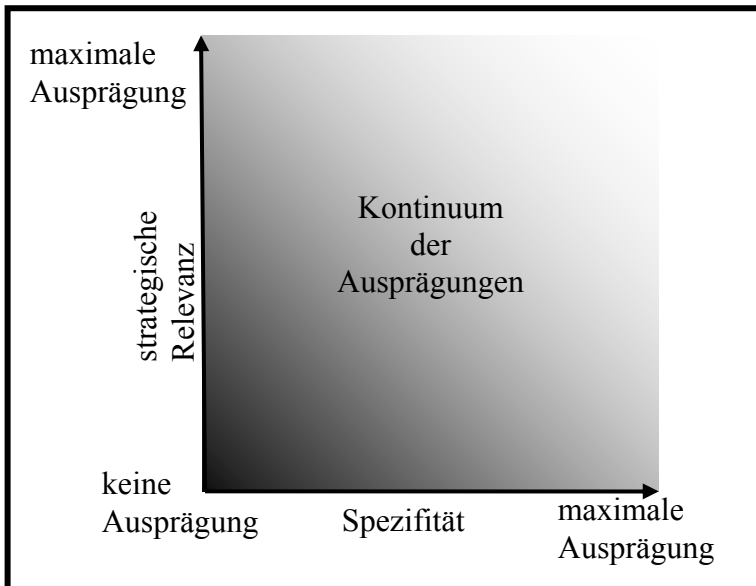
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an **Rotering** (1993), S. 107

¹⁵³⁵ Vgl. hierzu Kapitel IV.5.2 Zwischen den Merkmalen Spezifität und strategische Relevanz kann Unabhängigkeit unterstellt werden. Rotering hat diese Unabhängigkeit mit Hilfe einer Faktorenanalyse nachgewiesen Vgl. **Rotering** (1993), S. 121 i.V.m. S. 270

¹⁵³⁶ Vgl. hierzu Kapitel IV.5.2.6

Beide Eigenschaften können in einem Kontinuum von Ausprägungen in beliebiger Kombination auftreten.

Abbildung 46: Kontinuum der Transaktionseigenschaften



Quelle: Eigene Darstellung

VI.3.4 Einzelbewertung organisatorischer Alternativen in Bezug auf Transaktionseigenschaften medizinischer Leistungen

Ziel der „richtigen“ Wahl der organisatorischen Alternative ist die Minimierung von Transaktionskosten.¹⁵³⁷ Hierzu ergeben sich diverse Fragestellungen im Bezug auf die Charakteristik der organisatorischen Alternative, anhand derer ihre Eignung zur Transaktionskostenminimierung beim Vorliegen bestimmter Transaktionseigenschaften festzustellen ist.¹⁵³⁸ Charakteristische Merkmale von Organisationen in Bezug auf ihren Einfluss auf die TAK sind:¹⁵³⁹

¹⁵³⁷ Vgl. **Breisig** (2006), S. 57

¹⁵³⁸ Vgl. **Stahl** (1995), S. 98

¹⁵³⁹ Vgl. zu den charakteristischen Merkmalen **Stahl** (1995), S. 98; **Ebers / Gotsch** (1993), S. 224; **Williamson** (1991a), S. 18

- die Höhe der Anreize zum sparsamen Ressourceneinsatz,
- die Stärke administrativer Kontrollmöglichkeiten zur Behebung von Transaktionsproblemen,¹⁵⁴⁰
- die autonome Anpassungsfähigkeit einzelner Akteure, auf Störungen durch Umwelteinflüsse zu reagieren, und
- die bilaterale Anpassungsfähigkeit voneinander abhängiger Akteure, auf Störungen durch Umwelteinflüsse zu reagieren.¹⁵⁴¹

Die organisatorischen Alternativen Vertragsarzt-MVZ und Angestellten-MVZ können in Bezug auf ihre charakteristischen Eigenschaften und ihr Potenzial zur Senkung von TAK beim Vorliegen bestimmter Kombinationen von Eigenschaften bei den Transaktionsobjekten¹⁵⁴² bewertet werden. Die Stärken der Ausprägung bestimmter Merkmale von Transaktionen oder Organisationsformen sind dabei immer in Relation zur jeweils alternativen organisatorischen Gestaltungsalternative zu sehen.¹⁵⁴³ MVZ sind in jedweder Organisationsalternative weder Markt noch Hierarchie, sondern hybride Organisationsformen in denen sowohl marktliche als auch hierarchische Koordinationselemente eingesetzt werden, um das Verhalten der Mitglieder zu steuern.¹⁵⁴⁴

VI.3.4.1 Transaktionseigenschaften im Vertragsarzt-MVZ

Eine Reduzierung des opportunistischen Verhaltens wird durch den Erhalt einer größeren internen Konkurrenz bewirkt. Der Erhalt (minimaler) Markt-

¹⁵⁴⁰ Williamson beschreibt die charakteristischen Merkmale der Anreizhöhe und der administrativen Kontrollmöglichkeiten als „Instrumente“ der Organisation. Vgl. **Williamson** (1991a), S. 18ff.

¹⁵⁴¹ Williamson bezeichnet die charakteristischen Merkmale der Anpassungsfähigkeit als „Wirkungsdimensionen“ der Organisation. Vgl. **ebenda**

¹⁵⁴² Vgl. Kapitel VI.3.3; V.4 i.V.m. Tabelle 15

¹⁵⁴³ Transaktionskostentheoretisch ist lediglich ein ordinaler Vergleich zwischen organisatorischen Gestaltungsalternativen möglich. Vgl. **Göbel** (2002), S. 139; Stahl bezeichnet diesen ordinalen Vergleich als „komparativen Vergleich“ der Organisationsformen. Vgl. **Stahl** (1995), S. 88 i.V.m. (**Picot** (1982), S. 269

¹⁵⁴⁴ Vgl. **Braun** (2003), S. 15ff.

überwachung durch die kooperierenden Partner reduziert die Gefahr der Verfolgung opportunistischer Ziele Einzelner.¹⁵⁴⁵

Die direkte Konkurrenzsituation der MVZ-Vertragsärzte mit externen Vertragsärzten bewirkt eine dezentrale Informationsgewinnung in Bezug auf die Umweltvariablen des MVZ. Gleichzeitig können diese dezentral gewonnenen Informationen zentral im MVZ integriert und bereitgestellt werden. Aus diesem Informationsvorsprung resultiert eine höhere Umweltsensibilität.¹⁵⁴⁶

Informationen zur eigenständigen Weiterentwicklung des Leistungsangebotes und der internen Strategie und Organisation einzelner MVZ-Vertragsärzte stehen allen Ärzten im MVZ zur Verfügung. Angestellte Ärzte verfügen aufgrund der Vergütungsstruktur nur über wenig Anreize zur Optimierung der Strategie und Organisation.¹⁵⁴⁷

Der geringere Bindungsgrad im Vergleich zu angestellten Ärzten ermöglicht eine flexiblere und weniger kostenintensive Beendigung der Vertragsbeziehung. Die Anpassungsflexibilität wird erhöht.¹⁵⁴⁸ Die Koordination der Leistungsvergütung von Vertragsärzten über marktähnliche Preise¹⁵⁴⁹ aufgrund eigener Abrechnung mit der KV bewirkt tendenziell stärkere Anreize zur effizienten Ressourcenallokation als dies in Angestellten-

¹⁵⁴⁵ Vgl. Kapitel IV.4.2 i.V.m. **Stahl** (1995) S. 109; **Williamson** (1990), S. 54

¹⁵⁴⁶ Vgl. **Stahl** (1995) S. 110

¹⁵⁴⁷ Vgl. **Grabher** (1988), S. 18; Sydow spricht in diesem Zusammenhang auch vom „organisatorischen Konservatismus“ hierarchischer Strukturen. Vgl. **Sydow** (1992), S. 143

¹⁵⁴⁸ Dem gegenüber steht in gesperrten Planungsbezirken der Nachteil mindestens einer weiteren notwendigen Transaktion, sofern der gekündigte Kollege durch einen geeigneten Nachfolger ersetzt werden soll, da das MVZ die Vertragsarztzulassung mit der Kündigung verliert. Vgl. zur Anpassungsflexibilität **Büchs** (1991), S. 91

¹⁵⁴⁹ Auf die Probleme der leistungs(un)gerechten Vergütung von Vertragsärzten und die grundsätzlich marktferne Vergütung derselben im kollektivvertraglichen KV-System soll hier nicht weiter eingegangen werden. Vgl. **Köhler** (2004), S. 22; die Aussage ist in Relation zu einer fixen Vergütung von angestellten Ärzten zu betrachten. Die Abrechnung der Ärzte unter einer eigenen Abrechnungsnummer mit der KV erspart die Festlegung interner Vergütungsstrukturen, deren Festlegung oft als intransparent und transaktionskostenverursachend bewertet wird. Verwaltungskostenanteile müssen zwar auch in einem Vertragsarzt-MVZ über einen internen Verrechnungsschlüssel umgelegt werden, dies ist jedoch problemlos mit einem „pro Kopf“-Schlüssel möglich, welcher für die Gesamtvergütung der Leistungen unter Ärzten nicht durchsetzbar wäre. Vgl. zur Bewertung interner Verrechnungspreise **Stahl** (1995), S. 109

MVZ der Fall ist.¹⁵⁵⁰ Dies basiert vor allem auf der direkten Partizipation an zusätzlich generierten Einnahmen¹⁵⁵¹ durch eine effiziente Ressourcennutzung.¹⁵⁵² Diese Anreize sind insbesondere bei standardisierten Leistungen des MVZ ausgeprägt, da diese aufgrund der geringen Spezifität relativ transparent vergleichbar sind und so den Konkurrenz- und Effizienzdruck erhöhen.¹⁵⁵³ Die leistungsabhängige Vergütung in Vertragsarzt-MVZ bewirkt ebenfalls eine Anpassung der einzelnen Ärzte auf Schwankungen der Umweltsituation. Neue, evtl. kostengünstigere Behandlungsalternativen, neue Abrechnungsmodalitäten, gestiegene Nachfrage einzelner Selbstzahlerleistungen u.Ä. können durch Vertragsärzte relativ kurzfristig und autonom angepasst werden.¹⁵⁵⁴

Die bilaterale Anpassungsfähigkeit hingegen ist aufgrund des höheren Autonomiegrades der Ärzte tendenziell geringer als bei angestellten Ärzten. Die Überwachung und Durchsetzung von Vereinbarungen im Vertragsarzt-MVZ erfolgt in der Regel ex post durch Sanktionierungen, wie Abmahnungen, Strafen oder im Extremfall dem Ausschluss aus dem MVZ.¹⁵⁵⁵ Eine Ex-post-Sanktionierung ist allerdings nur bei strategisch wenig relevanten Leistungen wirkungsvoll, da Image und Reputation des gesamten MVZ im Falle einer hohen strategischen Bedeutung der Leistung bereits in Mitleidenschaft gezogen wären.¹⁵⁵⁶ Eine Ex-ante-Absicherung von Vereinbarungen durch Überwachungs- und Kontrollsysteme ist bei wenig spezifischen Transaktionen relativ kostengünstig möglich, verursacht allerdings mit steigender Spezifität der Transaktion zu-

¹⁵⁵⁰ Vgl. **Fritsch / Wein / Ewers** (1993), S. 7ff.

¹⁵⁵¹ Der an das MVZ zu zahlende Verwaltungskostenanteil und die Leistungsbegrenzungen bei der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen schmälern diese Partizipation z.T. erheblich, so dass der organisatorische Vorteil gegenüber Angestellten-MVZ geringer wird.

¹⁵⁵² Vgl. **Richter** (1993), S. 319

¹⁵⁵³ Vgl. **Ebers / Gotsch** (1993), S. 224

¹⁵⁵⁴ Vgl. **Williamson** (1991a), S. 20f. Beim Eintritt in ein MVZ werden auch Vertragsärzte sich regelmäßig bestimmten Regularien zu unterwerfen haben, die ein vollständig autonomes Handeln ausschließen. Die Autonomie der Anpassungsfähigkeit ist jedoch höher als bei weisungsgebundenen angestellten Ärzten.

¹⁵⁵⁵ Vgl. **Ebers / Gotsch** (1993), S. 225

¹⁵⁵⁶ Vgl. **Bonus** (1986), S. 328ff.; **Bonus** (1987), S. 20ff.; **Hanke** (1992), S. 29

nehmende Kosten.¹⁵⁵⁷ Die mit den Merkmalen der Spezifität und der strategischen Relevanz verbundenen Transaktionsprobleme¹⁵⁵⁸ führen aufgrund der zumindest im Vergleich zu Angestellten-MVZ geringeren administrativen Kontrollmöglichkeiten zu hohen Kosten bei entsprechend starker Ausprägung eines oder beider Merkmale.¹⁵⁵⁹ In Vertragarzt-MVZ, in denen eine hohe gegenseitige Akzeptanz und großes Vertrauen¹⁵⁶⁰ die Unternehmenskultur prägen, werden diese Kosten nicht bzw. nicht in der Höhe auftreten. Vertrauen kann hierarchische Weisungen und bürokratische Regeln zum Teil ersetzen.¹⁵⁶¹

VI.3.4.2 Transaktionseigenschaften im Angestellten-MVZ

Opportunistisches Verhalten kann im Angestellten-MVZ durch die gegenseitigen Abhängigkeiten und das damit verbundene Eingehen von „credible commitments“ sowie durch die Anwendung administrativer Kontrollinstrumente reduziert werden.¹⁵⁶²

Opportunistisches Verhalten wird durch vertrauensbildende Maßnahmen und funktionierende Reputationsmechanismen reduziert und die organisatorische Stabilität des MVZ erhöht.¹⁵⁶³ Risiken transaktionsspezifischer Investitionen können durch langfristige Verträge reduziert werden.¹⁵⁶⁴ Es bestehen gute Kenntnisse und Erfahrungen bezüglich der Stärken und Schwächen unter den angestellten Ärzten, da die Gefahr opportunistischen Verhaltens tendenziell geringer ist.¹⁵⁶⁵

¹⁵⁵⁷ Vgl. **Stahl** (1995), S. 99

¹⁵⁵⁸ Vgl. Kapitel IV.4; IV.5.2; VI.3.2 i.V.m. **Göbel** (2002), S. 133ff.

¹⁵⁵⁹ Die Kosten entstehen entweder in Form der Implementierungskosten eines umfangreichen Überwachungs- und Kontrollsystems oder in Form von Opportunitätskosten bei Unterlassen desselben. Vgl. **Stahl** (1995), S. 99f.

¹⁵⁶⁰ Vertrauen darf in diesem Zusammenhang nicht mit Naivität verwechselt werden. Vgl. **Braun / Güssow** (2006), S. 80; Rousseau definiert Vertrauen als „einen psychologischen Zustand, der sich durch die Absicht auszeichnet, Vulnerabilität gegenüber Dritten zu akzeptieren, und der auf einer positiven Erwartung bzw. deren Absichten und Handlungen beruht.“ **Rousseau et al.** (1998), S. 393

¹⁵⁶¹ Vgl. **Braun / Güssow** (2006), S. 80

¹⁵⁶² Vgl. **Stahl** (1995), S. 108

¹⁵⁶³ Vgl. Kapitel IV.4.2 i.V.m. **Jarillo** (1988), S. 37; **Williamson** (1990), S. 54

¹⁵⁶⁴ Vgl. **Kappich** (1989), S. 176f.

¹⁵⁶⁵ Vgl. **Grabher** (1988), S. 17

Vereinbarungen sind durch direkte Weisungsbefugnisse und umfassende Erfahrungen und Kenntnisse in Bezug auf die angestellten Ärzte leichter und somit kostengünstiger anzupassen.¹⁵⁶⁶ Qualitätsstandards können besser überwacht werden, Qualitätsrisiken werden durch transparente Information und wechselseitige Anpassungsfähigkeit reduziert.¹⁵⁶⁷ Die gemeinsame Anpassung des MVZ an die Erfordernisse eines dynamischen Gesundheitsmarkts mündet in Produkt- und Prozessinnovationen, die dann schnell implementiert werden können.¹⁵⁶⁸ Gemeinsame Organisationseinheiten schaffen eine verbesserte wechselseitige Anpassungsfähigkeit an Störungen durch das Marktumfeld.¹⁵⁶⁹

Wettbewerbsrelevantes Wissen wird im MVZ zentral gesammelt und bereitgestellt, ohne dass eine Verbreitung nach außen befürchtet werden muss.¹⁵⁷⁰ Folgetransaktionen bei der Beendigung von Vertragsbeziehungen können kostengünstiger vorgenommen werden, da der Vertragsarztsitz beim Angestellten-MVZ verbleibt.¹⁵⁷¹ Die Höhe der Anreize zur effizienten Ressourcenallokation in Angestellten-MVZ hängt von der Ausgestaltung der Vergütungsparameter ab. Nur wenn ein Arzt über erfolgsabhängige Vergütungsanteile an der Effizienz der Ressourcenverwendung partizipiert, hat er einen Anreiz diese zu erhöhen.¹⁵⁷² Da diese Partizipation naturgemäß schwächer ausfällt als in Vertragsarzt-MVZ, ist der Anreiz zur effizienten Ressourcenallokation hier tendenziell niedriger. Abrechnungseinheiten als quantifizierbarer Maßstab der Vergütung¹⁵⁷³ bewegen

¹⁵⁶⁶ Vgl. **Stahl** (1995), S. 109

¹⁵⁶⁷ Vgl. Kapitel III.11 i.V.m. **Stahl** (1995), S. 109; **Schmutte** (1999), S. 648; **Schmutte** (1998), S. 85ff.

¹⁵⁶⁸ Der Grad der Gemeinsamkeit bei Anpassungen liegt in Angestellten-MVZ aufgrund der hierarchischen Weisungsbefugnisse höher als in Vertragsarzt-MVZ. Vgl. **Fritsch** (1992), S. 98

¹⁵⁶⁹ Die zentrale Koordination der Anpassungen gewährleistet eine zeitnahe und synchrone Anpassung der Aktivitäten. Vgl. **Stahl** (1995), S. 109

¹⁵⁷⁰ Die zentrale Bereitstellung kann auch im Vertragsarzt-MVZ erfolgen, die Abschottung dieses Wissens nach außen ist aufgrund der geringeren Kontroll- und Sanktionsmöglichkeiten jedoch schwieriger bzw. kostenintensiver. Vgl. zum Wissenstransfer auch **Sydow** (1992), S. 142f.

¹⁵⁷¹ Dies gilt vor allem in gesperrten Planungsbezirken und bei kleinen MVZ, für die der Verlust eines Vertragsarztsitzes durch den Wegfall der fachübergreifenden Tätigkeit die Existenz des gesamten MVZ bedrohen kann. Vgl. hierzu auch Kapitel III.6 i.V.m. **SGB V** §95 (1) S. 2ff.

¹⁵⁷² Vgl. **Richter** (1990), S. 575

¹⁵⁷³ Vgl. **Neubauer** (1998), S. 579ff.

sich sowohl in Angestellten- als auch in Vertragsarzt-MVZ zwischen den Extremen der Erfolgs- und der Leistungsvergütung, wobei Angestellten-MVZ eher zu Letzterem tendieren.¹⁵⁷⁴ Ineffizienzen ergeben sich aus der personellen Diskrepanz zwischen den Entscheidungsträgern der Ressourcenverwendung und den Kostenträgern dieser Ressourcen.¹⁵⁷⁵ Diese Diskrepanz führt zu einer Verdünnung der Verfügungsrechte und damit zu einem geringeren Anreiz, die Effizienz zu steigern.¹⁵⁷⁶ Ressourcen des MVZ können so auch für - im Sinne des MVZ - ineffiziente Subziele einzelner Ärzte eingesetzt bzw. verschwendet werden.¹⁵⁷⁷ Eine Implementierung eines Überwachungs- und Kontrollsystems ist daher im Angestellten-MVZ unabhängig von den durchzuführenden Transaktionen angezeigt – die Ausgestaltung dieses Systems hängt wiederum maßgeblich von den Transaktionseigenschaften ab.¹⁵⁷⁸ Verminderte Anreize zur effizienten Ressourcenallokation, hierarchische Weisungsbefugnisse sowie fehlende marktähnliche Preise für erbrachte Leistungen führen zu einem geringen Ausprägungsgrad der autonomen Anpassungsfähigkeit.¹⁵⁷⁹

Das im Angestellten-MVZ zu implementierende Überwachungs- und Kontrollsystem¹⁵⁸⁰ führt zu ausgedehnten administrativen Kontrollmöglichkeiten. Die hierdurch entstehende hohe interne Durchsetzbarkeit ermöglicht ein Beherrschen umfangreicher Transaktionsprobleme¹⁵⁸¹, die mit einer hohen Spezifität und einer hohen strategischen Relevanz verbunden

¹⁵⁷⁴ Vgl. **Güssow** (2007), S. 221

¹⁵⁷⁵ Vgl. **Alchian / Woodward** (1987), S. 112f.

¹⁵⁷⁶ Vgl. **Tietzel** (1981), S. 223; weitere Implikationen zur ineffizienten Ressourcenallokation liefert die Principal-Agent-Theorie, auf die hier nicht näher eingegangen wird. Vgl. dazu ausführlich **Jensen / Meckling** (1976), S. 308; **Petersen** (1989), S. 111

¹⁵⁷⁷ Solche Subziele können Ruhe, Macht, Prestige oder andere individuelle Ziele sein. Vgl. **Schumann** (1992), S. 413

¹⁵⁷⁸ Vgl. Kapitel IV.5.4 i.V.m. **Göbel** (2002), S. 145ff.

¹⁵⁷⁹ Vgl. **Stahl** (1995), S. 101

¹⁵⁸⁰ Vgl. oben

¹⁵⁸¹ Transaktionsprobleme entstehen beispielsweise aus opportunistischem Verhalten, Informationsasymmetrien oder der begrenzten Rationalität der Transaktionspartner. Vgl. Kapitel IV.4 i.V.m. **Göbel** (2002), S. 133ff.

sind.¹⁵⁸² Anpassungen können durch direkte Weisungen schnell und ohne kostenintensive Ex-post-Vertragsanpassungen vorgenommen werden.¹⁵⁸³ Koordinierte Anpassungen an veränderte Umweltbedingungen¹⁵⁸⁴ können durch die stärker zentralisierten Entscheidungsbefugnisse im Angestellten-MVZ ebenfalls schneller und umfangreicher vorgenommen werden.¹⁵⁸⁵ Die bilaterale Anpassungsfähigkeit ist somit höher als in Vertragsarzt-MVZ. Angestellten-MVZ bieten zusätzlich Möglichkeiten spezifisches und/oder innovatives Wissen nach außen abzusichern, da die Kontrollinstrumente auch hierfür eingesetzt werden können und Ärzte innerhalb des Angestellten-MVZ tendenziell wenig Anreize zu einem Wissensvorsprung durch Opportunismus haben.¹⁵⁸⁶ Systematische Prozess- und Qualitätskontrollen sind in eher hierarchischen Organisationen, wie einem Angestellten-MVZ, einfacher und kostengünstiger durchzuführen.¹⁵⁸⁷ Dies ist vor allem für strategisch relevante Leistungen, deren Qualität permanent überprüft werden muss, notwendig.¹⁵⁸⁸

VI.3.4.3 Transaktionseigenschaften im Misch-MVZ

MVZ sind nicht gezwungen, sich exklusiv für eine der beiden betrachteten Organisationsalternativen zu entscheiden. Es können Vertragsärzte und angestellte Ärzte in demselben MVZ gleichberechtigt Leistungen erbringen.¹⁵⁸⁹ Dies ermöglicht den Betreibern spezielle Transaktionsrisiken, die aus der Transaktionscharakteristik bestimmter Ärzte oder Fachgruppen

¹⁵⁸² Vgl. **Stahl** (1995), S. 101

¹⁵⁸³ Vgl. **Ochsenbauer** (1989), S. 205f.; **Picot / Dietl** (1990), S. 181

¹⁵⁸⁴ Vgl. Kapitel VI.3.4.2

¹⁵⁸⁵ Vgl. zu Unterschieden in der Entscheidungsfindung eher marktlich oder hierarchisch organisierter Unternehmen **March / Simon** (1976), S. 186ff.

¹⁵⁸⁶ Vgl. **Büchs** (1991), S. 15

¹⁵⁸⁷ Vgl. Kapitel III.11 i.V.m. **Stahl** (1995), S. 101; **Schmutte** (1999), S. 648; **Schmutte** (1998), S. 85ff.

¹⁵⁸⁸ Vgl. zum Einfluss der Qualitätskontrolle auf die strategische Relevanz **Bonus** (1986), S. 328ff.; **Bonus** (1987), S. 20ff.; **Hanke** (1992), S. 29 i.V.m. Kapitel VI.3.2.2

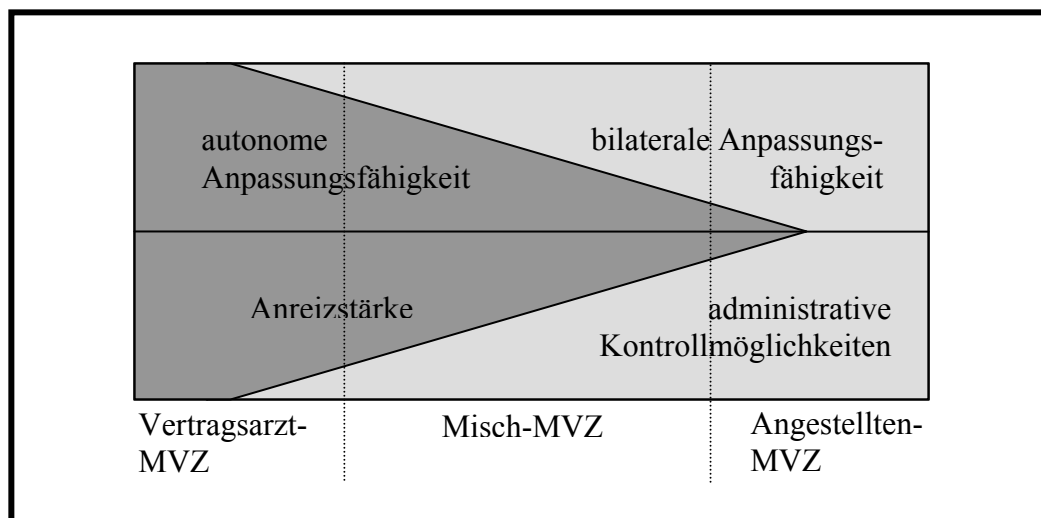
¹⁵⁸⁹ Vgl. **StGB V** §95 (1) S. 2 Die Möglichkeit der gleichzeitigen Tätigkeit von Vertragsärzten und angestellten Ärzten in MVZ fand erst in der Endphase des Gesetzgebungsverfahrens Eingang in den Gesetzestext. Ursprünglich war es die Intention des Gesetzgebers, ausschließlich angestellten Ärzten die Tätigkeit im MVZ zu ermöglichen. Vgl. **Zwingel / Preißler** (2005), S. 115; **Altendorfer / Merk / Jensch** (2004), S. 35

resultieren, gesondert abzusichern während parallel hierzu andere Fachgruppen oder Ärzte mit wenig Risikopotenzial ihrer Transaktionen ohne diese Absicherung beschäftigt werden können. Die administrativen Kontrollmöglichkeiten können so individuell an jeden beschäftigten Arzt unter Berücksichtigung seines Leistungsspektrums und der Transaktionscharakteristik angepasst werden.¹⁵⁹⁰ Für den Einzelfall des vertragsärztlich oder angestellt tätigen Arztes gelten dieselben Parameter wie für Ärzte in einem reinen Vertragsarzt- oder Angestellten-MVZ.¹⁵⁹¹ In der Gesamtbeurteilung des Misch-MVZ ändern sich die charakteristischen Eigenschaften je nach quantitativem Verhältnis der Vertragsärzte zu den angestellten Ärzten. Die Ausprägungen der charakteristischen Eigenschaften des MVZ liegen in einem Kontinuum zwischen einem reinen Vertragsarzt-MVZ und einem reinen Angestellten-MVZ.¹⁵⁹² Die folgende Abbildung verdeutlicht diesen Zusammenhang sowie die tendenziell gegenläufigen Charakteristika von Vertragsarzt- und Angestellten-MVZ.

¹⁵⁹⁰ Vgl. **Williamson** (1991a), S. 18ff.; **Ebers / Gotsch** (1993), S. 224; **Stahl** (1995), S. 98ff.

¹⁵⁹¹ Vgl. Kapitel VI.3.4.1 und VI.3.4.2

¹⁵⁹² Vgl. **Stahl** (1995), S. 102ff.

Abbildung 47: Charakteristika organisatorischer Alternativen

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an **Stahl** (1995), S. 102ff.

VI.4 Ergebnis des organisatorischen Alternativenvergleichs

In der Gesamtbetrachtung bestehen im Vertragsarzt-MVZ größere Anreize zum effizienten Ressourceneinsatz sowie eine größere Anpassungsfähigkeit als im Angestellten-MVZ.¹⁵⁹³ Transaktionskostenvorteile beim Angestellten-MVZ ergeben sich insbesondere durch die im Vergleich zum Vertragsarzt-MVZ stärker ausgeprägten administrativen Überwachungs- und Kontrollmöglichkeiten und der damit verbundenen bilateralen Anpassungsfähigkeit des Angestellten-MVZ.

Die Eigenschaften von Transaktionen sowie der zugrunde liegenden Faktoren haben Einfluss auf die entstehenden Kosten bei der Abwicklung. Diese Eigenschaften sind kaum steuerbar. Verschiedene organisatorische Arrangements besitzen ebenfalls spezifische Eigenschaften, die einen hohen Einfluss auf die entstehenden TAK haben.¹⁵⁹⁴

¹⁵⁹³ Vgl. **Sydow** (1992), S. 142f.

¹⁵⁹⁴ Vgl. **Stahl** (1995), S. 98

Für eine Gesamtbetrachtung der Effizienzvorteile von Vertragsarzt- und Angestellten-MVZ muss eine differenzierte Analyse der jeweiligen Produktionskostenvorteile erfolgen, um die Summe der Einsparungen aus TAK und PK vergleichen zu können.¹⁵⁹⁵ Zu diesem Zweck kann ein von Williamson entwickeltes heuristisches Modell erweitert und für den Effizienzvergleich von MVZ nutzbar gemacht werden.¹⁵⁹⁶ Das erweiterte und angepasste Modell ist in der folgenden Abbildung dargestellt. Produktionskostenvorteile werden bis zu einem bestimmten Ausprägungsgrad der Spezifität und der strategischen Relevanz überwiegend beim Vertragsarzt-MVZ liegen, da die Möglichkeit der Integration weiterer Leistungserbringer zum Zweck der Selbsterstellung und Veräußerung von Überkapazitäten¹⁵⁹⁷ für den Gesundheitssektor als nicht relevant betrachtet werden kann.¹⁵⁹⁸

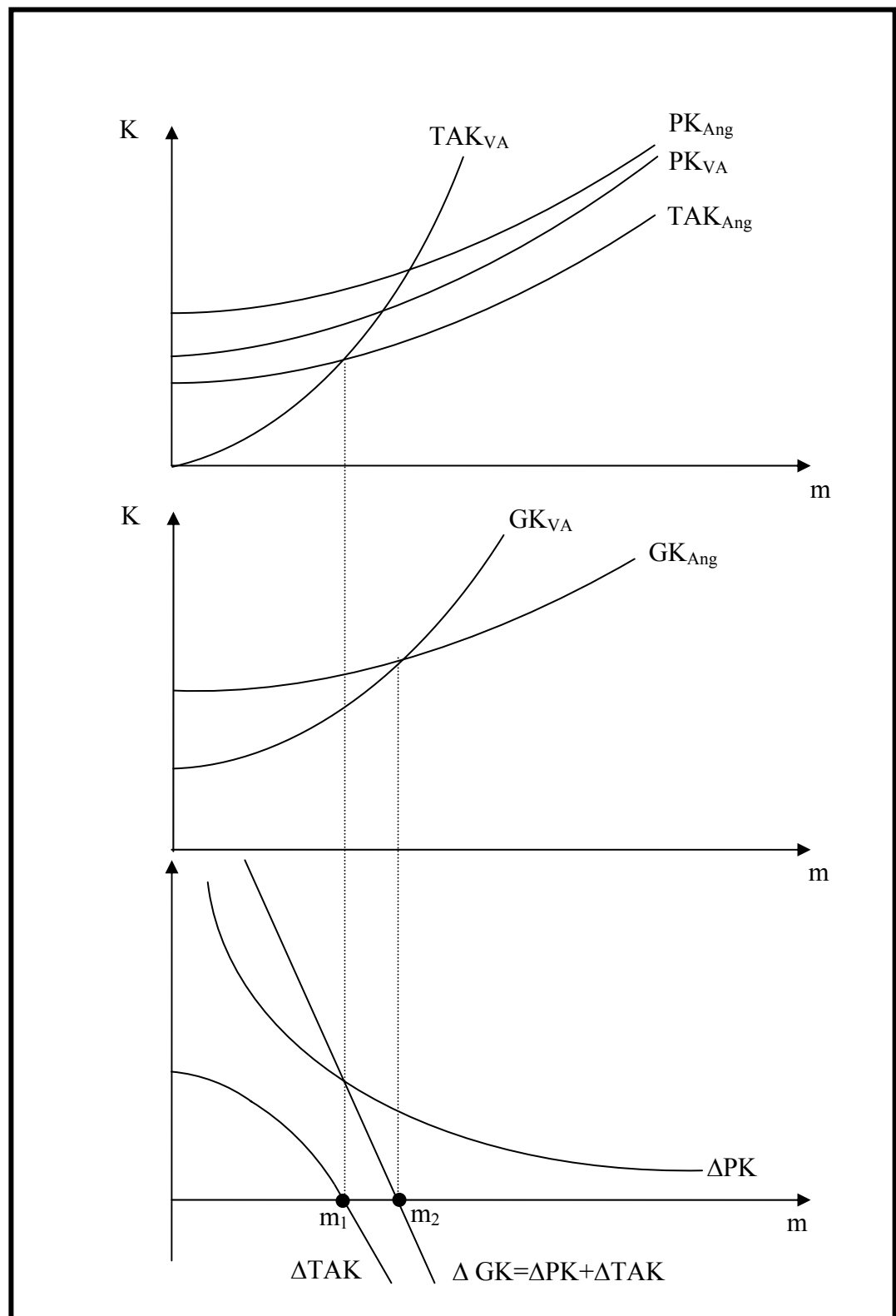
¹⁵⁹⁵ Vgl. **Kieser / Walgenbach** (2003), S. 52ff.; **Göbel** (2002) S. 139; **Picot / Reichwald / Wie-gand** (2001), S. 41; **Sydow** (1992), S. 130; S. 25

¹⁵⁹⁶ Vgl. **Williamson** (1990), S. 106

¹⁵⁹⁷ Diese Möglichkeit führt Domrös als Modellkritik zu Williamsons Transaktionskostentheorie an. Vgl. **Domrös** (1993), S. 80

¹⁵⁹⁸ Eine Generierung von Produktionskostenvorteilen durch die komplette Integration medizinischer Leistungen in ein Angestellten-MVZ mit dem Ziel der Erzeugung und Veräußerung von Überkapazitäten ist durch das der medizinischen Leistungserbringung zugrunde liegende Un-actu-Prinzip stark eingeschränkt, da hier die Erstellung und die Konsumption der Dienstleistung sowohl zeitlich als auch räumlich zusammenfallen. Die Dienstleistung ist daher nicht konservierbar und weiter veräußerbar. Vgl. **Güssow** (2007), S. 84, 216

Abbildung 48: Kostenvorteile Vertragsarzt-MVZ gegenüber Angestellten-MVZ



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an **Williamson** (1990), S. 106

Auf der Abszisse ist jeweils ein Merkmal¹⁵⁹⁹ (m) der Transaktion abgetragen, wobei das jeweils andere Transaktionsmerkmal als konstant vorausgesetzt wird. Auf der Ordinate sind in den oberen beiden Diagrammen die absoluten Kosten angegeben, während im unteren Diagramm die Kostendifferenzen im Vertragsarzt-MVZ in Relation zum Angestellten-MVZ angegeben sind. Es wurde die Höhe bzw. die Differenz (Δ) der Transaktionskosten (TAK), der Produktionskosten (PK) sowie der Gesamtkosten (GK) jeweils für die Alternativen Vertragsarzt-MVZ($_{VA}$) und Angestellten-MVZ($_{Ang}$) betrachtet.¹⁶⁰⁰

Bei geringem Ausprägungsgrad der Spezifität oder der strategischen Relevanz ergibt sich ein deutlicher Transaktionskostenvorteil für Vertragsarzt-MVZ. Die geringe Ausprägung der Merkmale macht ein kostenintensives Überwachungs- und Beherrschungssystem ineffizient. Bei stärkerer Ausprägung der Merkmale entstehen im Vertragsarzt-MVZ zunehmend TAK durch die höheren Transaktionsrisiken.¹⁶⁰¹ Bei einer Ausprägung der Transaktionsmerkmale in Höhe von m_1 entspricht die Höhe der Transaktionskosten im Vertragsarzt-MVZ denen im Angestellten-MVZ. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass bei einer Merkmalsausprägung von $m < m_1$ die Organisationsalternative Vertragsarzt-MVZ transaktionskostenminimal im Vergleich zur Alternative Angestellten-MVZ ist, die bei $m > m_1$ transaktionskostenminimal ist.¹⁶⁰² Bei $m = m_1$ verursachen beide Alternativen TAK in gleicher Höhe.

¹⁵⁹⁹ Hier wird somit entweder das Merkmal der Spezifität oder der strategischen Relevanz unter der Ceteris-paribus-Bedingung des jeweils anderen Merkmals betrachtet. Vgl. hierzu Kapitel IV.5.2 und VI.3.2

¹⁶⁰⁰ Zu der gewählten Darstellungsform in der Abbildung ist anzumerken, dass die Kurvenverläufe kein Abbild der Realität darstellen und lediglich zur Veranschaulichung der beschriebenen Sachverhalte dienen. Weiterhin ist eine intervallskalierte Übertragung der Merkmale Spezifität und strategische Relevanz auf die Abszisse nur theoretischer Natur, da sich diese Merkmale in der Praxis maximal ordinal bestimmen lassen. Vgl. **Kappich** (1989), S. 169

¹⁶⁰¹ Vgl. Kapitel IV.4 i.V.m. Vgl. **Bea / Göbel** (2006), S. 155; **Williamson** (1990), S. 54

¹⁶⁰² Vgl. **Stahl** (1995), S. 106

Für eine Bewertung zur Vorteilhaftigkeit einer organisatorischen Alternative muss diese Bewertung um die Produktionskosten erweitert werden, damit ein Vergleich der Gesamtkosten als Summe aus PK und TAK möglich wird.¹⁶⁰³ Der reine Transaktionskostenvorteil des Angestellten-MVZ wird bis zu einem bestimmten Ausprägungsgrad der Transaktionsmerkmale m_2 durch höhere Leistungserstellungskosten überkompensiert.¹⁶⁰⁴ Mit zunehmender Spezifität und strategischer Relevanz der Leistung nimmt dieser Vorteil ab, da aufgrund dieser Eigenschaften ein aggregiertes Angebot nicht mehr zu realisieren ist.¹⁶⁰⁵ Nach der Betrachtung der Gesamtkostendifferenz (ΔGK) ergibt sich somit eine kritische Ausprägung der Spezifität bzw. der strategischen Relevanz von m_2 . Hierfür gilt: Bei $m < m_2$ ist das Vertragsarzt-MVZ die effizientere Organisationsform zur Erbringung medizinischer Leistungen. Bei $m > m_2$ kann die Leistung im Angestellten-MVZ effizienter erbracht werden.¹⁶⁰⁶

In der Grenzbetrachtung, d.h. bei maximalspezifischen oder strategisch existenziellen Leistungen mit $m \rightarrow \infty$, sind die Kosten der Erstellung im Vertragsarzt-MVZ identisch zu denen im Angestellten-MVZ. Die Kurve der Produktionskostenvorteile (ΔPK) nähert sich asymptotisch der Abszisse.¹⁶⁰⁷ Es gilt:

$$\lim_{m \rightarrow \infty} \Delta PK = 0$$

Der Transaktionskostenvorteil des Angestellten-MVZ überträgt sich somit im Grenzbereich vollständig auf die Gesamtkosten.

¹⁶⁰³ Siehe oben i.V.m. **Kieser / Walgenbach** (2003), S. 52ff.; **Göbel** (2002) S. 139; **Picot / Reichwald / Wiegand** (2001), S. 41; **Sydow** (1992), S. 130; **Williamson** (1990) S. 25

¹⁶⁰⁴ Williamson unterstellt diesen Produktionskostenvorteil, da er die Skalenerträge (Economies of scale) vor allem bei standardisierten Gütern und Leistungen aufgrund des größeren Absatzpotenzials in marktlichen Strukturen höher bewertet. Dieser Vorteil nimmt mit steigender Spezifität und strategischer Relevanz des Gutes / der Leistung ab. Vgl. **Williamson** (1990) S. 102ff.; **Jarillo** (1988), S. 33ff.

¹⁶⁰⁵ Vgl. **Bauer** (1990), S. 113ff.

¹⁶⁰⁶ Vgl. **Domrös** (1994), S. 75f.

¹⁶⁰⁷ Vgl. **Williamson** (1990) i.V.m. **Stahl** (1995), S. 106f.

Für medizinische Leistungserbringer erfordern beispielsweise multimorbide Patienten mit komplexen chronischen Erkrankungen eine maximalspezifische Leistung ($m \rightarrow \infty$), deren Erstellungskosten (PK) von der gewählten Organisationsform unabhängig sind. Für diese Leistungen kann daher die alleinige Betrachtung der TAK als Referenzgröße zur Auswahl der gesamtkosteneffizienten Organisationsform dienen. Die maximale Spezifität verursacht hier umfangreiche Transaktionsprobleme, die in einem Angestellten-MVZ kostengünstiger bewältigt werden können.

$$\lim_{m \rightarrow \infty} \Delta TAK = -\infty \quad \text{mit} \quad \lim_{m \rightarrow \infty} TAK_{VA} > \lim_{m \rightarrow \infty} TAK_{Ang}$$

Aus den Grenzbetrachtungen¹⁶⁰⁸

$$\lim_{m \rightarrow \infty} \Delta PK = 0 \quad \text{und} \quad \lim_{m \rightarrow \infty} \Delta TAK = -\infty$$

folgt

$$\lim_{m \rightarrow \infty} \Delta TAK = \lim_{m \rightarrow \infty} \Delta GK .$$

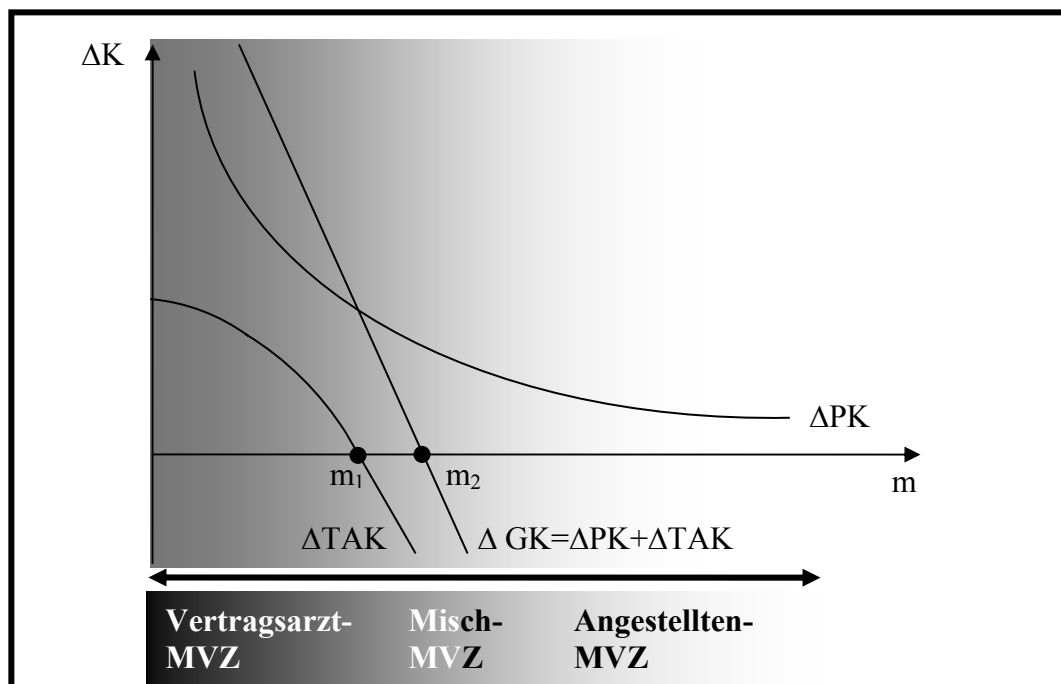
Kostenvorteile für Vertragsarzt-MVZ sind im vorgestellten Modell im positiven Abschnitt der Ordinate abgebildet, Kostenvorteile für Angestellten-MVZ liegen im negativen Abschnitt der Ordinate.

Treten starke Schwankungen der Merkmalsausprägungen auf, deren Ausschläge sowohl bei $m < m_2$ als auch bei $m > m_2$ liegen, ist die Leistungserbringung im Misch-MVZ mit einem Vertragsarztverhältnis für Ärzte mit der Mehrzahl an Transaktion, für die $m < m_2$ gilt, und einer Anstellung für Ärzte mit der Mehrzahl an Transaktion, für die $m > m_2$ gilt, effizient.¹⁶⁰⁹

¹⁶⁰⁸ Negative Vorzeichen der Grenzbetrachtung der TAK-Differenz bzw. der TAK-Vorteile ergeben sich aus dem eingangs dieses Kapitels eingeführten Betrachtungswinkel. Es werden TAK-Vorteile von Vertragsarzt-MVZ zu Angestellten-MVZ betrachtet – negative Vorteile dieser Betrachtung stellen somit Vorteile der umgekehrten Betrachtung von TAK-Vorteilen von Angestellten-MVZ zu Vertragsarzt-MVZ dar.

¹⁶⁰⁹ Dies setzt voraus, dass die Leistungen anhand der erbringenden Ärzte in $m < m_2$ und $m > m_2$ differenziert werden können.

Abbildung 49: Die Wahl der effizienten Organisationsform



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an **Williamson** (1990), S. 106

Der Übergang zwischen Vertragsarzt- und Misch-MVZ sowie zwischen Misch-MVZ und Angestellten-MVZ ist dabei fließend. Entscheidend ist das jeweilige quantitative und qualitative Verhältnis spezifischer zu standardisierten Transaktionen und strategisch relevanter zu irrelevanten Transaktionen.¹⁶¹⁰

¹⁶¹⁰ Vgl. **Stahl** (1995), S. 105ff.

VII. Ergebnisbetrachtung, Schlussfolgerungen und Ausblick

Die vorliegende Arbeit hat eine von der Politik in jüngster Vergangenheit geschaffene Versorgungsform detailliert untersucht und Potenziale und Risiken aufgezeigt. Hierbei lag der Focus auf betriebswirtschaftlichen und organisatorisch- rechtlichen Fragestellungen zur Gründung und zum Betrieb von MVZ.¹⁶¹¹ Mit der Betrachtung relevanter Sachgüter und Dienstleistungen vor dem Hintergrund ihrer Transaktionseigenschaften wurde eine mögliche Vorgehensweise zur praktischen Entscheidungsfindung zwischen den alternativen Organisationsformen Vertragsarzt-, Angestellten- und Misch-MVZ erarbeitet.¹⁶¹² Die kontinuierlich steigende Zahl an MVZ sowie der darin tätigen Ärzte ist ein Indiz für die Praxisrelevanz dieser Versorgungsform.¹⁶¹³ Gemessen an der Gesamtzahl von ca. 135.000 niedergelassenen Ärzten im ambulanten Gesundheitswesen stellen die ca. 4.000 Ärzte in MVZ zwar noch eine Minderheit dar, die Entwicklungstendenz weist jedoch deutlich in Richtung Kooperation.¹⁶¹⁴

Das Potenzial der Medizinischen Versorgungszentren liegt aus transaktionskostentheoretischer Sicht einerseits in der fachübergreifenden Integration komplexer Krankheitsbilder, d.h. der Behandlung von Patienten mit chronischen bzw. mehrfachen Krankheiten (Multimorbidität), die bisher von verschiedenen Versorgungseinrichtungen zu betreuen waren.¹⁶¹⁵ Aufgrund der hohen Spezifität und strategischen Relevanz dieser Leistungen ist für eine transaktionskostenminimale Ausgestaltung für dieses Patientenkontinuum die Anstellung der Ärzte einem Vertragsarzt-MVZ vorzuzie-

¹⁶¹¹ Vgl. Kapitel III

¹⁶¹² Vgl. Kapitel V

¹⁶¹³ Vgl. **KBV** (2008a), S. 2

¹⁶¹⁴ Vgl. **KBV** (2008), S.3 i.V.m. **KBV** (2008c), S. 12

¹⁶¹⁵ Vgl. **Braun / Güssow** (2006), S. 66

hen.¹⁶¹⁶ Krankheitsbilder sind hierbei jeweils in ihrer Gesamtheit zu betrachten. Eine Standardisierung von Einzelleistungen ist zwar möglich, reduziert die Spezifität der gesamten Leistung allerdings kaum, da diese standardisierten Einzelleistungen in einem insgesamt hochspezifischen, individuellen Leistungsbündel zusammengefasst und koordiniert werden müssen. TAK entstehen hauptsächlich durch diese Zusammenführung und Koordination, was den Kostenvorteil durch Standardisierung reduziert.¹⁶¹⁷ Für die transaktionskostentheoretische Analyse¹⁶¹⁸ bedeutet dies, dass eine Verschiebung der Merkmalsausprägung m durch Standardisierung der Einzelleistungen nur in begrenztem Umfang und nur bis minimal $m > m_2$ möglich ist.

Andererseits bieten MVZ Möglichkeiten standardisierte Leistungen, die nicht Teil einer „übergeordneten“ Leistung sind, in großem Umfang vorzuhalten und konzentriert anzubieten. Für diesen Fall ist eine MVZ mit rechtlich selbständig tätigen Vertragsärzten transaktionskosteneffizient.¹⁶¹⁹

Werden in einem MVZ sowohl hochspezifische als auch standardisierte Leistungen angeboten, bietet die gleichzeitige Leistungserbringung mit Angestellten und Vertragsärzten in einem Misch-MVZ die transaktionskosteneffiziente Alternative.¹⁶²⁰ Hierzu müssen sich die angebotenen Leistungen allerdings nach der jeweiligen Fachrichtung bzw. dem jeweiligen Arzt nach ihren Merkmalen differenzieren lassen. Ein beliebiger Wechsel des Anstellungsverhältnisses ist nicht möglich.

Die Untersuchungen haben ebenfalls gezeigt, dass bei steigender Spezifität und strategischer Relevanz der angebotenen Leistung die Produktionskostendifferenz abnimmt, während die Differenz der Transaktionskosten steigt. In der Grenzbetrachtung können daher Transaktionskosten als al-

¹⁶¹⁶ Vgl. Kapitel VI.4 i.V.m. **Domrös** (1994), S. 75f.

¹⁶¹⁷ Hochspezifische Krankheitsbilder erfordern durch die ihnen eigene Komplexität Interdependenzen zwischen diversen Leistungserbringern. Die erforderliche Koordination dieser Leistungserbringer ist maßgeblich für die Höhe der TAK verantwortlich (nicht die Spezifität der Einzelleistung). Vgl. **Güssow** (2007), S. 84

¹⁶¹⁸ Vgl. Kapitel VI.4

¹⁶¹⁹ Vgl. Kapitel VI.4 i.V.m. **Bauer** (1990), S. 113ff.

¹⁶²⁰ Vgl. Kapitel VI.3.4.3

leiniges Kriterium zur Wahl der effizienten Organisationsform dienen. Zur Beurteilung der Vorteilhaftigkeit einer Organisationsform für Leistungen mit nichtmaximaler Spezifität und strategischer Relevanz sind die PK jedoch zwingend in die Analyse einzubeziehen.

Die strukturellen Änderungen im Gesundheitssystem, zu denen auch die gesetzlichen Vorgaben zu MVZ¹⁶²¹ zu zählen sind, stellen nur den Anfang einer gesundheitsökonomischen Entwicklung dar. Entscheidungsträgern im Gesundheitssektor werden aufgrund der gegenwärtigen Deregulierungsbewegungen zunehmend betriebswirtschaftliche Handlungsspielräume eröffnet.¹⁶²² Die strukturellen Rahmenbedingungen im deutschen Gesundheitswesen werden vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung noch grundlegend geändert werden müssen.¹⁶²³ Den „goldenen Mittelweg“ zwischen staatlicher Regulierung zum Zwecke der Aufrechterhaltung des Solidaritätsprinzips und der freien marktlichen Koordination zum Zwecke der Wirtschaftlichkeit zu finden, wird dabei eine der vordergründigsten politischen Aufgaben sein.¹⁶²⁴ Diverse flexible Versorgungsformen gewinnen immer mehr an Bedeutung. Es scheint sich ein Paradigmenwechsel der deutschen Gesundheitsversorgung weg von der flächendeckenden, einheitlichen hin zu einer heterogenen Versorgungslandschaft anzudeuten.¹⁶²⁵ MVZ sind aus diesen Gründen Organisationsformen mit politischem und wirtschaftlichem Entwicklungspotenzial, das es durch potenzielle Gründer und Betreiber zu realisieren gilt.

Die vorliegende Arbeit soll hierbei Hilfestellung geben und eine strukturierte Entscheidungsfindung in Bezug auf die Organisationsform ermöglichen.

¹⁶²¹ Vgl. **SGB V** §95ff.

¹⁶²² Vgl. **Braun** (2005); **Braun / Güssow** (2006); **Güssow** (2007)

¹⁶²³ Vgl. **Braun** (2006); **Ernst & Young** (2005) S. 102ff.; **Braun** (2005); **Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen** (2003) S. 129ff.; **Braun** (1997)

¹⁶²⁴ Vgl. **Braun / Schulz-Nieswandt** (2006); **Schulz-Nieswandt** (2006)

¹⁶²⁵ Vgl. **Braun / Schulz-Nieswandt** (2006), S. 10

Literaturverzeichnis

- Ärzttekammer Berlin:** Berlins Krankenkassen wollen AiP- Abschaffung nicht ausfinanzieren, Berlin, 2004, unter: http://www.aerztekammer-berlin.de/10_Aktuelles/10_pressemit871pak05_2004.html vom 24.07.2007
- Albach, H.:** Kosten, Transaktionen und externe Effekte im betrieblichen Rechnungswesen in Zeitschrift für Betriebswirtschaft, Jg. 58, 1988, S. 1143-1170
- Albach, H.:** Organisation. Mikroökonomische Theorie und ihre Anwendungen, Wiesbaden, 1989
- Albert, J.:** Unternehmensneugründungen, Nürnberg, 1994
- Alchian, A. A. / Demsetz, H.:** Production, Information Costs and Economic Organization in The American Economic Review, Vol. 62, 1972, S. 777-795
- Alchian, A. A. / Woodward, S.:** Reflections on the Theory of the Firm, in: Journal of Institutional and Theoretical Economics, (143) 1987, S. 110-136
- Allmendinger, H. / Langer, K. / Mehnert, D.:** Investitions- und Finanzplanung, in: KBV: Medizinische Versorgungszentren – Ein Leitfadens aus der Praxis für die Praxis, Köln, 2006, S. 127-164
- Altendorfer, R. / Merk, W. / Jensch, I.:** Das Medizinische Versorgungszentrum, Frankfurt am Main, 2004

Amelung, V. E.: Nicht nur für Berlin ein zukunftsweisendes Modell - das POLIKUM Friedenau, in: Weatherly, J. N. et al.: Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren Innovative Modelle der Praxis, Berlin, 2007

Amelung, V. E. /Meyer-Lutterloh, K. / Schmid, E. / Seiler, R. / Weatherly, J. N.: Integrierte Versorgung und Medizinisches Versorgungszentrum, Berlin, 2006

Ansoff, H. I.: Management-Strategie, München, 1966

Ansoff, H. I.: Implanting Strategic Management, London et al., 1984

AOK-Bundesverband: Zahlen und Fakten 2006/2007, unter: www.aok-bv.de vom 26.07.2007

Armbruster, S. / Lindenthal, J. / Nadolski, H. / Quasdorf, I. / Riedl, F. : Marketing, in: KBV, Medizinische Versorgungszentren – Ein Leitfa-den aus der Praxis für die Praxis, Köln, 2006, S. 42-70

Arrow, K. J.: The organization of economic activity: Issues pertinent to the choice of market versus nonmarket allocation, in: The Analysis and Evaluation of Public Expenditure, Washington, 1969

Arrow, K. J.: The Economics of Agency, in: Pratt, J.W. / Zeckhauser, R.J. (Hrsg.): Principals and Agents: The Structure of Business, Boston, 1985, S. 37-51

Backhaus, K. / Meyer, M.: Strategische Allianzen und strategische Netzwerke, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium, 22. Jg. 1993, S. 330-334

- BÄK:** Arzt – Werbung – Öffentlichkeit, Hinweise und Erläuterungen zu den §§27ff. der (Muster-) Berufsordnung, beschlossen von den Berufsordnungsgremien der Bundesärztekammer am 12.08.2003, in: Deutsches Ärzteblatt, Ausgabe 5, 30.01.2004
- Balling, R.:** Kooperation: strategische Allianzen, Netzwerke, Joint-Ventures und andere Organisationsformen zwischenbetrieblicher Zusammenarbeit in Theorie und Praxis, Frankfurt am Main et al., 1998
- Baltes, P. T.:** Handlungsökonomie und neue Institutionenökonomie. Eine theoretische Auseinandersetzung anhand der Transaktionsmechanismen zur Liegenschaftskonversion, Baden-Baden, 2004
- Baum, G.:** Eckpunkte der neuen Krankenhausentgeltverordnung, in: Neubauer, G. / Nothnagel, J. (Hrsg.): 10. Neubiberger Krankenhausforum. Eckpunkte einer Krankenhausentgeltordnung: Preisfindung, Mengensteuerung, Vertragsbeziehungen und Patientenrechte, 2001, S. 20-38
- Baumpack, C. M. / Mancuso, J.:** Entrepreneurship and Venture Management, Englewood Cliffs, 1975
- Bea, F. X. / Göbel, E.:** Organisationen, 2. Auflage, Stuttgart, 2002
- Bea, F.X. / Haas, J.:** Strategisches Management, 3. Auflage, Stuttgart/Jena, 2001
- Beck, C.:** Interorganisationales Projekt-Management, eine alternative Kooperationsform: ein Beitrag unter Berücksichtigung des integrativen Informations-Managements als Basis für die projektbezogene Kooperation, Hamburg, 1994

- Becker, J.:** Marketing – Konzeption Grundlagen des strategischen Marketing-Managements, München, 1992
- Behnsen, Erika.:** Medizinische Versorgungszentren – die Konzeption des Gesetzgebers, in: Das Krankenhaus 2004, S. 602ff.
- Belzer, V.:** Versuch einer Analyse nach Kategorisierung, in: Hilbert, J. et al. (Hrsg.): Neue Kooperationsformen in der Wirtschaft: Können Konkurrenten Partner werden?, Opladen, 1991, S. 23-41
- Bidlingmaier, J.:** Begriff und Formen der Kooperation im Handel, in Bidlingmaier, J. / Jacobi, H. / Uherek, E. W. (Hrsg.): Absatzpolitik und Distribution, Wiesbaden, 1967, S. 353-395
- Bihl, D. / Krauskopf, D.:** Vertrags- und vergütungsrechtliche Aspekte einer integrierten Krankenversorgung, in: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, (2) 2001, S. 194-203
- Bijkerk, J. A.:** Personal- und Organisationsentwicklung - Schlüsselfaktoren beim Veränderungsmanagement, in: Braun, G.E.(Hrsg.): Handbuch Krankenhausmanagement Bausteine für eine moderne Krankenhausführung, 1999, S. 815-838
- Blöß, T. / Rabbata, S.:** Alte Idee mit neuem Namen, in Deutsches Ärzteblatt 2003, Heft 34-35
- Blum, U. / Dudley, L. / Leibbrand, F. / Weiske, A.:** Angewandte Institutionenökonomik. Theorien – Modelle – Evidenz, Wiesbaden, 2005

-
- Börsig, C. / Baumgarten, C.:** Grundlagen des internationalen Kooperationsmanagements, in Macharzina, K. / Oesterle, M.-J. (Hrsg.): Handbuch Internationales Management: Grundlagen – Instrumente – Perspektiven, Wiesbaden, 1997, S. 475-496
- Bössmann, E.:** Volkswirtschaftliche Probleme der Transaktionskosten, in Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, 1982, S. 664ff.
- Boettcher, E.:** Kooperationen und Demokratie in der Wirtschaft, Tübingen, 1974
- Braun, G. E.:** Betriebswirtschaftliche Kennzahlen und Indikatoren zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit des staatlichen Verwaltungshandelns, in: Eichhorn, P. (Hrsg.): Doppik und Kameralistik. Festschrift für Prof. Dr. Ludwig Mühlhaupt zur Vollendung des 75. Lebensjahres, Baden-Baden, 1987, S. 183-200
- Braun, G.E.:** Wettbewerb und Kooperation, in: Gesellschaft deutscher Krankenhaustag mbH (GDK) (Hrsg.): Generalthema – Das Krankenhaus im neuen Umfeld, 19. Hospital Congress und Interhospital 95 vom 25.-28. April 1995 in Hannover, Köln / Stuttgart / Berlin, 1995, S. 193-211
- Braun, G.E.:** Krankenhäuser: Selbstverwaltung als Lösung?, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement (2/04), 1997, S. 97-132
- Braun, G.E.:** Sind Diagnose- und Betreuungspauschalen das optimale Honorarsystem für niedergelassene Ärzte? Plädoyer für eine betriebswirtschaftliche Betrachtung des Vergütungssystems, Beitrag in der Reihe: Public + health care management – Die blaue Reihe, Neubiberg, 1997a

- Braun, G.E.:** ABC-Analyse einweisender Ärzte und das "Schlüsselkunden- Management" für Krankenhäuser: Möglichkeit einer speziellen Kundenorientierung, Diskussionspapier Nr. 8 in der Reihe: Public + health care management – Die blaue Reihe, Neubiberg, 1997b
- Braun, G.E.:** Konzept des integrierten Krankenhausmanagement: Grundlagen und Aufbau des Handbuches, in: Braun, G.E.(Hrsg.): Handbuch Krankenhausmanagement Bausteine für eine moderne Krankenhausführung, Stuttgart, 1999, S. 3-18
- Braun, G.E.:** Management vernetzter Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen Eine betriebswirtschaftliche Betrachtung von Netzwerken im Gesundheitswesen, Diskussionspapier Nr. 13 in der Reihe: Public + health care management – Die blaue Reihe, Neubiberg, 2003
- Braun, G.E.:** Wie entstehen vernetzte Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen? Hinweise zum Gründungsmanagement aus betriebswirtschaftlicher Sicht, in: Managed Care, (2) 2004, S. 30-32
- Braun, G.E.:** Zunehmende Prozessorientierung als Entwicklungstendenz im gesundheitspolitischen Umfeld des Krankenhauses, in Braun, G.E. / Güssow, J. / Ott, R. (Hrsg.): Prozessorientiertes Krankenhaus, Stuttgart, 2005, S. 13-23
- Braun, G.E.:** Zukunftsaufgabe Vernetzung, Strategie und Management für Gesundheitsnetzwerke in Caritas- Strukturen, in: Krankendienst (1), 2006, S. 1-8

-
- Braun, G.E. / Isringhaus, W.:** OPHDO-Komplexe: Neue Wege zur Kalkulation von kostendeckenden Komplexpauschalen, in: Gesellschaftspolitische Kommentare, Sonderausgabe (1) 1999, S. 18-20
- Braun, G.E. / Kruse, M.:** Ambulante Pflege: Neues Geschäftsfeld für die Krankenhäuser nach Einführung der DRGs, Diskussionspapier Nr. 10 in der Reihe: Public + health care management – Die blaue Reihe, Neubiberg, 2000
- Braun, G.E. / Baronowski, S.:** Pharmakoökonomie als Instrument im Wettbewerb der Krankenkassen?, Projektbericht in der Reihe: Public + health care management – Die blaue Reihe, Neubiberg, 2000
- Braun, G. E. / Uhl, C. M.:** Gesundheitsinformationen für mündige Patienten und Versicherte, Projektbericht in der Reihe: Public + health care management – Die blaue Reihe, Neubiberg, 2001
- Braun, G.E. / Baronowski, S.:** Beziehungsmanagement zwischen Krankenkassen und der pharmazeutischen Industrie – Chancen für die Pharmakoökonomie?, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, (8) 2003, S. 132-138
- Braun, G. E. / Nissen, J.:** Die Bedeutung der Einweiserzufriedenheit für Krankenhäuser und ihre erfolgreiche Messung, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, (10) 2005, S. 370-375
- Braun, G.E. / Gröbner, M.:** Kundenzufriedenheitsanalyse für das Consilium Diabetes der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG, Projektbericht in der Reihe: Public + health care management – Die blaue Reihe, Neubiberg, 2004

Braun, G.E. / Güssow, J. / Ott, R.: Prozessorientiertes Krankenhaus, Stuttgart, 2005

Braun, G.E. / Güssow, J.: Integrierte Versorgungsstrukturen und Gesundheitsnetzwerke als innovative Ansätze im deutschen Gesundheitswesen, in Braun, G.E. / Schulz-Nieswandt, F. (Hrsg.): Liberalisierung im Gesundheitswesen – Einrichtungen des Gesundheitswesens zwischen Wettbewerb und Regulierung, Baden-Baden, 2006, S. 65-92

Braun, G.E. / Schulz-Nieswandt, F.: Einleitung: Die Liberalisierung im Gesundheitswesen, in Braun, G.E. / Schulz-Nieswandt, F. (Hrsg.): Liberalisierung im Gesundheitswesen – Einrichtungen des Gesundheitswesens zwischen Wettbewerb und Regulierung, Baden-Baden, 2006, S. 9-17

Breisig, T.: Betriebliche Organisation, Herne/Berlin, 2006

Bruner, H. / Lauterbach, K.: Managed Care in den USA – Konzepte und Bedeutung für Krankenhäuser, in: Braun, G.E.(Hrsg.): Handbuch Krankenhausmanagement Bausteine für eine moderne Krankenhausführung, 1999, S. 109-130

Buchanan, J.M.: Rights, Efficiency and Exchange: The Irrelevance of Transaction Costs in Neumann, M. (Hrsg.): Ansprüche, Eigentums- und Verfügungsrechte, Berlin, 1984, S. 9-24

Buchele, R.: Business Policy in Growing Firms, San Francisco, 1967

Budäus, D. / Gerum, E. / Zimmermann, G.: Betriebswirtschaftslehre und Theorie der Verfügungsrechte, Wiesbaden, 1988

Büchs, M.J.: Zwischen Markt und Hierarchie – Kooperationen als alternative Organisationsform, in ZfB, Ergänzungsheft 1, 1991, S. 1-38

Bühner, R.: Management Holding, in DBW 1987, S. 47

Bundesministerium für Wirtschaft: Erfolgsfaktor Qualifikation Unternehmerische Aus- und Weiterbildung in Deutschland, Bonn/Trier, 1998

Bush, G.W.: Geleitwort zum Malcom Baldrige National Quality Award 1993, in: Malcom Baldrige National Quality Award 1993, hrsg. v. United States Department of Commerce, National Institute of Standards and Technology, Gaithersburg, o.J.

Campbell, D.E.: Incentives, New York, 1995

Coase, R.H.: The Nature of the Firm in *Economica*, 1937, S. 386 - 405

Coase, R.H.: The Nature of the Firm, Chicago, 1952

Coase, R.H.: Das Problem der sozialen Kosten in Assmann, H. D., Kirchner, C., Schanze, E. (Hrsg.) *Ökonomische Analyse des Rechts*, Tübingen, 1993, S. 129 - 183

Commons, J.R.: *Institutional Economics*, Madison, 1934

Cox, William E.: Product Life Cycles as Marketing Models in *Journal of Business*, Oktober 1967, S. 375-384

Dahrendorf, R.: *Homo Sociologicus*, 5. Aufl., Köln/Opladen, 1965

Daschmann, H.-A.: Erfolgsfaktoren mittelständischer Unternehmen, Stuttgart, 1994

Dauner, K. J.: Einkaufsgemeinschaften im Kartellrecht, Köln 1988

Dhala, N. K. / Yuspeh, S.: Forget the product life cycle concept! In Harvard Business Review 1, 1976, S. 102-112

Dienel, W.: Organisationsprobleme im Ökomarketing – eine transaktionskostentheoretische Analyse im Absatzkanal konventioneller Lebensmittelhandel, Berlin, 2001

DKG: GKV-Modernisierungsgesetz: Neue Versorgungsformen im Krankenhaus. Orientierungshilfe, Düsseldorf, 2004

DKG: Hinweise zur Gründung medizinischer Versorgungszentren nach §95 SGB V, Düsseldorf, 2004

Döring, J.: Zeitgemäße Presse- und Öffentlichkeitsarbeit eines Krankenhauses, in Braun, G.E.(Hrsg.): Handbuch Krankenhausmanagement Bausteine für eine moderne Krankenhausführung, 1999, S. 455-478

Domrös, C.: Innovationen und Institutionen: Eine transaktionskostenökonomische Analyse unter besonderer Berücksichtigung strategischer Allianzen, Berlin, 1994

Dunst, K.-H.: Strategische Einflussfaktoren, in: Szyperski, N. / Winand, U. (Hrsg.): HWPlan, Stuttgart, 1989, Bd. IX der Enzyklopädie der Betriebswirtschaftslehre, Sp. 1893-1903

- Ebers, M. / Gotsch, W.:** Institutionenökonomische Theorien der Organisation, in Kieser, A. (Hrsg.): Organisationstheorien, Stuttgart, 1993
- Eigler, J.:** Schwerpunkte einer Anwendung des Transaktionskostenansatzes auf dem Gebiet des Personalmanagement, in Jost, P.J. (Hrsg.): Der Transaktionskostenansatz in der Betriebswirtschaftslehre, Stuttgart, 2001
- Emmerich, V.:** Kartellrecht, 8. Auflage, München, 1999
- Emerson, M. et al.:** Ein Markt – Eine Währung, Bonn/Heidelberg/Brüssel, 1991
- Eßig, M.:** Preispolitik in Netzwerken: Ein institutionenökonomisch und spieltheoretisch fundierter Integrationsansatz für das Supply Chain Management, Stuttgart, 2002
- Erdogan, B.:** Sachverständige rütteln am Arztbild, in: ÄZ vom 31.07.2007, S. 5
- Ernst & Young:** Konzentriert. Marktorientiert. Saniert. Gesundheitsversorgung 2020, Eschborn/Frankfurt am Main, 2005
- Fehr, B. / Russel, J.A.:** Concept of Emotion viewed from a prototype perspective, in Journal of Experimental Psychologie: General, Vol. 113, September 1984, S. 464-486
- Fiedler, A. / Weber, T.:** Medizinische Versorgungszentren, in: NZS, 2004, S. 358-364
- Fischer, J. et al.:** Kooperationshandbuch – ein Leitfaden für Ärzte, Psychotherapeuten und Selbsthilfe, Köln, 2004

- Fleischmann, G.:** Nationalökonomie und sozialwissenschaftliche Inegration, Tübingen, 1966
- Fonger, M.:** Make-Or-Buy-Strategien im Straßengüterfernverkehr aus transaktionstheoretischer Sicht, in Rennings, K. / Fonger, M. / Meyer, H. (Hrsg.): Make or Buy –Transaktionskostentheorie als Entscheidungshilfe für die Verkehrswirtschaft, Beiträge aus dem Institut für Verkehrswissenschaft an der Universität Münster, Heft 129, Münster, 1992, S. 51-93
- Frielingsdorf, O.:** Netzbericht. Ein Instrument für das professionelle Netzmanagement, in: Eissing, U. (Hrsg.): MEDNET Arbeitsbuch für die integrierte Gesundheitsversorgung, Köln, 2000, S. 73-84
- Frielingsdorf, G.:** Richtiges Controlling ist keine Erbsenzählerei, in: ÄZ v. 13.07.2007, S. 12
- Friese, M.:** Kooperationen als Wettbewerbsstrategie für Dienstleistungsunternehmen, Wiesbaden, 1998
- Fritsch, M.:** Unternehmens- „Netzwerke“ im Lichte der Institutionenökonomik, in Jahrbuch für Neue Politische Ökonomie, Band 11, 1992, S. 89-102
- Fritsch, M. / Wein, T. / Ewers, H.-J.:** Marktversagen und Wirtschaftspolitik. Mikroökonomische Grundlagen staatlichen Handelns, München, 1993
- Gabele, E. / Moraw, D.-J.:** Marktstrategien zur Erringung von Wettbewerbsvorteilen in mittelständischen Unternehmen, in ZfB 1991, Heft 9, S. 1007-1025

- Gäfen, G.:** Entwicklung und Stand der Theorie der Property Rights: Eine kritische Bestandsaufnahme, in: Neumann, M. (Hrsg.): Ansprüche, Eigentums- und Verfügungsrechte, Berlin, 1984, S. 43-62
- Galbraith, J.:** The Stages of Growth, in: The Journal of Business Strategie 1, 1982, S. 70-79
- Glauche, U.:** Was unterscheidet FM von einer herkömmlichen Bewirtschaftung, in Facility Management, Düsseldorf, 1999
- Göbel, E.:** Neue Institutionenökonomik – Konzeption und betriebswirtschaftliche Anwendungen, Stuttgart, 2002
- Gollwitzer, M. / Jäger, R.:** Evaluation – Workbook, Weinheim, 2007
- Gotthardt, F.:** Software muss helfen, die Abläufe in Praxen effizient zu gestalten, in ÄZ vom 25.04.2007, S. 3
- Grabher, G.:** Unternehmensnetzwerke und Innovationen – Veränderungen in der Arbeitsteilung zwischen Groß- und Kleinunternehmen im Zuge der Umstrukturierung der Stahlindustrie (Ruhrgebiet) und der chemischen Industrie (Rhein/Main), Diskussionspapier des Wissenschaftszentrums Berlin, Berlin, 1988
- Greiner, L. E.:** Evolution and revolution as organizations grow in Harvard Business Review 50, 1972, S. 37-46
- Greiner, W.:** Ökonomische Aspekte des Disease Managements, Baden-Baden, 2005

- Grönemeyer, D.:** Zukunft der minimal-invasiven Therapie und Anwendungsfelder der Mikrotechnik, in Mikromedizintechnik 2000 – Qualitäts- und Innovationsmanagement im Dienste des Patienten, Erfurt, 1996, S. 125-139
- Grothe, B.:** Ausnutzung von Synergiepotentialen durch verschiedene Koordinationsformen ökonomischer Aktivitäten. Zur Eignung der Transaktionskosten als Entscheidungskriterium, Siegen, 1990
- Güssow, J.:** Implementierung einer Prozesskostenrechnung am Beispiel des Universitätsklinikums Bern, in Braun, G.E. / Güssow, J. / Ott, R. (Hrsg.): Prozessorientiertes Krankenhaus, Stuttgart, 2005, S. 41-55
- Güssow, J.:** Vergütung integrierter Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen, Wiesbaden, 2007
- Güssow, J. / Ott, R.:** Prozesskostenrechnung als integraler Bestandteil des Prozessmanagements im Krankenhaus, in Braun, G.E. / Güssow, J. / Ott, R. (Hrsg.): Prozessorientiertes Krankenhaus, Stuttgart, 2005
- Gukenbiehl, H. L.:** Institution und Organisation, in: Korte, H. / Schäfers, B. (Hrsg.): Einführung in die Hauptbegriffe der Soziologie, 2. Aufl., Opladen, 1993, S. 95-110
- Halbe, B. / Rothfuß, S.:** Berufsausübungsgemeinschaft, in: Halbe, B. / Schirmer, H. D. (Hrsg.): Handbuch Kooperationen im Gesundheitswesen, Heidelberg et al., 2007
- Halbe, B. / Schirmer, H. D. (Hrsg.):** Handbuch Kooperationen im Gesundheitswesen, Heidelberg et al., 2007

Hamm, M.: Kooperation von Krankenhäusern mit Lieferanten, Wiesbaden, 2002

Hanke, J.: Hybride Koordinationsstrukturen: Liefer- und Leistungsbeziehungen kleiner und mittlerer Unternehmen der Automobilzulieferindustrie aus transaktionstheoretischer Sicht, Bergisch-Gladbach/Köln, 1992

Hayek, F. A. v.: Freiburger Studien, Tübingen, 1969

Hennart, J.F.: A Transaction Costs Theory of Equity Joint Ventures, in: Strategic Management Journal, 9, 1988, S. 361-374

Herler, M.: Interne und externe Fort- und Weiterbildung für Krankenhausmitarbeiter, in: Braun, G.E.(Hrsg.): Handbuch Krankenhausmanagement Bausteine für eine moderne Krankenhausführung, 1999, S. 839-853

Hess, R.: Kommentar zu den §§140a ff. SGB V, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, 33. Ergänzungslieferung, München, 2002

Hillienhof, A. / Poimann, H. / Schuster, G.: In fünf Schritten zum QM, in: AuW 2/2007, S. 44-45

Hölzer, S. / Wächter, W. / Dudeck, J.: Auswahl, Probleme und Perspektiven von Qualitätsindikatoren, in: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, (95/5) 2001, S. 361-366

Hörschgen, H.: Marketing-Strategien: Konzepte zur Strategienbildung im Marketing, Ludwigsburg, 1993

- Hoffmann, E.-O.:** Fallpauschalen nach DRG- System: Ausgangspunkt für eine Strukturreform im Krankenhaus oder Quelle vielfältiger Missverständnisse?, in: Arbeit und Sozialpolitik 1-2,2000, S. 10-19
- Homann, J. / Klawonn,B.:** Das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) – Die Verträge, Heidelberg, 2005
- Homburg, C. / Rudolph, B.:** Theoretische Perspektiven von Kundenzufriedenheit, in: Simon, H. / Homburg, C. (Hrsg.): Kundenzufriedenheit, Wiesbaden, 1997
- Horschwitz, H. / Groß, W. / Weidner, W.:** Bilanzsteuerrecht und Buchführung, 7. Auflage, Stuttgart, 1997
- Hungenberg, H. :** Strategisches Management in Unternehmen. Ziele - Prozesse - Verfahren, Wiesbaden, 2000
- Isringhaus, W. / Kroel, M. / Wendland, H.:** Medizinisches Versorgungszentrum MVZ Versorgungshandbuch, Erfstadt, 2004
- Jarillo, J.C.:** On Strategic Networks, in Strategic Management Journal, Vol. 9, 1988, S. 31-41
- Jensen, M. / Meckling, W.:** Theory of the Firm, Managerial Behaviour, Agency Cost and Ownership Structure, in: Journal of Financial Economics, Vol.3, S. 305-360
- Jost, P.-J.:** Die Prinzipal-Agenten-Theorie im Unternehmenskontext, in: Jost, P.-J. et al. (Hrsg.): Der Transaktionskostenansatz in der Betriebswirtschaftslehre, Stuttgart, 2001, S. 11-43

- Jost, P.-J. et al.:** Der Transaktionskostenansatz in der Betriebswirtschaftslehre, Stuttgart, 2001
- Kaas, K. / Fischer, M.:** Der Transaktionskostenansatz, in: WISU, (23) 1993, S. 686-693
- Kaiser, M.-O.:** Erfolgsfaktor Kundenzufriedenheit. Dimensionen und Messmöglichkeiten, Berlin, 2002
- Kappich, L.:** Theorie der internationalen Unternehmenstätigkeit: Betrachtung der Grundformen des internationalen Engagements aus koordinationskostentheoretischer Perspektive, München, 1989
- Kaldor, N.:** The Irrelevance of Equilibrium Theory, in: Economic Journal, Vol. 82, 1972, S. 1237-1255
- KBV:** Medizinische Versorgungszentren aktuell. 4.Quartal 2007, unter <http://www.kbv.de/koop/9173.html> vom 17.03.2008
- KBV:** Von der Idee zur bundesweiten Umsetzung. Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren zwischen 2004-2007, unter <http://www.kbv.de/koop/9173.html> vom 17.03.2008a
- KBV:** MVZ- Standorte in Deutschland (Stand: Juli 2006), unter <http://www.kbv.de/koop/9173.html> vom 17.03.2008b
- KBV:** Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2006, unter <http://www.kbv.de/publikationen/125.html> vom 17.03.2008c
- Kerres, M. / Lohmann, H.:** Der Gesundheitssektor: Chance zur Erneuerung, Wien, 1999

Kieser, A. / Walgenbach, P.: Organisation, 4. Auflage, Stuttgart, 2003

Kirchner, C. / Picot, A.: Transaction Cost Analysis of Structural Changes in the Distribution System: Reflections on Institutional Development in the Federal Republic of Germany, in: Journal of Institutional and Theoretical Economics – Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, Vol. 143, 1987, S. 62-81

Kirsch, W.: Wegweiser zur Konstruktion einer evolutionären Theorie der strategischen Führung, Wartaweil, 1997

Kirmaier, N.: Innovative Krankenhauslogistik – Projekt des Sana-Klinikverbundes in der Region München, in: M&K 19 Nr. 10, 2000, S. 21

Klawonn, B. / Wagner, K.: Unternehmensbeschreibung, in: KBV: Medizinische Versorgungszentren – Ein Leitfaden aus der Praxis für die Praxis, Köln, 2006, S. 6-41

Klein, B.: Transaction Cost Determinants of „Unfair“ Contractual Arrangements, in American Economic Review, 70, 1980, S. 356-362

Köhler, A.: EBM 2000 plus, in AuW, 06/2004, S. 22

Köhler, A.: Kurzinterview, in AuW, 06/2007, S. 81

Köhler, H.: Wettbewerbsbeschränkungen durch Nachfrager, München, 1977

Kotler, P.: Marketing-Management – Analyse, Planung und Kontrolle, 2. Auflage, Stuttgart, 1974

Kräkel, M.: Organisation und Management, Tübingen, 2004

Kreikebaum, H. / Grimm, U.: Die Analyse strategischer Faktoren und ihre Bedeutung für die strategische Planung, in: WiSt 1983, Heft 1, S. 6-12

Krüger, W.: Die Erklärung von Unternehmenserfolg: Theoretischer Ansatz und empirische Ergebnisse, in: DBW 1988, Heft 1, S. 27-43

Krüsselberg, H.G.: Transaktionskostenanalyse der Unternehmung und Markttheorie in Leipold, H. und Schüller, A. (Hrsg.): Zur Interdependenz von Unternehmens- und Wirtschaftsordnung, Stuttgart/New York, 1986, S. 67-92

Krüsselberg, U.: Theorie der Unternehmung und Institutionenökonomik, Heidelberg, 1992

Kuck, H.: Neue Rolle der Ärzte im Krankenhaus, insbesondere der leitenden Ärzte, in: Braun, G.E.(Hrsg.): Handbuch Krankenhausmanagement Bausteine für eine moderne Krankenhausführung, 1999, S. 760-779

Künzel, H.: Mit interner Kundenzufriedenheit zur externen Kundenbindung, München / Wien, 2002

Küting, K.: Zur Bedeutung und Analyse von Verbundeffekten im Rahmen der Unternehmensberatung, in BFuP 2/1981, S. 181-183

- Kuhlmann, J. M.:** Rechtliche Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit von Krankenhäusern mit Niedergelassenen Ärzten beim Abschluss von Integrationsversorgungsverträgen, in: Krankenhaus und Recht, 2000, S. 171-179
- Kutschker, M.:** Strategische Kooperationen als Mittel der Internationalisierung, in Schuster, L. (Hrsg.): Die Unternehmung im internationalen Wettbewerb, Berlin, 1994, S. 121-157
- Laschet, H.:** Sachverständige raten Ärzten zur Arbeit im Team mit Nicht-ärzten, in ÄZ v. 05.07.2007, S. 8
- Leder, T.:** Synergie als Unternehmensveredlung, in Hirzel, Leder & Partner (Hrsg.): Synergiemanagement, Wiesbaden, 1993
- Lehnen, A.:** Limited statt GmbH – Firmengründer gehen fremd, in: ÄZ vom 12.10.2004, S. 15
- Leidecker, J. K. / Bruno, A. V.:** Identifying and Using Critical Success Factors, in LRP 1984, Heft 1, S. 23-32
- Levitt, T.:** Exploit the Product Life Cycle in Harvard Business Review 6, 1965, S. 81-94
- Linder-Pelz, S.:** Toward a theory of Patient Satisfaction, in: Social Science and Medicine, (16) 1982, S. 577-582,
- Löchel, H.:** Institutionen, Transaktionskosten und wirtschaftliche Entwicklung, Berlin, 1995

-
- Loose, A. / Sydow, J.:** Vertrauen und Ökonomie in Netzwerkbeziehungen – Strukturierungstheoretische Betrachtungen, in: Sydow, J. / Windeler, A. (Hrsg.): Integrierte Versorgung Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze, Köln, 2003, S. 171-192
- Lutz, J.:** Für Gemeinschaftspraxen gibt's ab 2008 keinen Zuschlag mehr, in: ÄZ vom 20.11.2007, S. 1f.
- Matje, A.:** Transaktionskosten im betrieblichen Rechnungswesen, in Seicht, G. (Hrsg.) Jahrbuch für Controlling und Rechnungswesen, Wien, 1995
- March, J. G. / Simon, H. A.:** Organisation und Individuum- Menschliches Verhalten in Organisationen, Wiesbaden, 1976
- Mc Carthy, J.:** A Managerial Approach, Homewood/Illinois, 1964, S. 24
- Mc Kinsey & Comp.:** Planen, gründen, wachsen. Mit dem professionellen Businessplan zum Erfolg, 3. Aufl., Wien, 2002
- Meffert, H.:** Interpretation und Aussagewert des Produktlebenszyklus-Konzeptes, in: Hammann, Kroeber-Riel und Meyer (Hrsg.) Neuere Ansätze zur Marketingtheorie – Festschrift zum 80. Geburtstag von Oskar Schnutenhaus, Berlin, 1974, S. 85-134
- Meffert, H. / Schürmann, U.:** Kommunikationsstrategien im Produktlebenszyklus – Ein Beitrag zur Erfolgsfaktorenforschung, in: Arbeitspapiere der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Marketing und Unternehmensführung e.V. Nr. 74, Münster, 1993
- Menzel, H.-J.:** Arzthelferin als Wachposten, in: ÄZ vom 14.11.2006, S. 12

- Merk, W.:** Wettbewerbsorientiertes Management von Arztpraxen, Wiesbaden, 1999
- Merk, W.:** Gründungsmanagement und Gründungsplan (Business Plan). Investitions- und Finanzmanagement in Praxisnetzen, in: hca Modul 2.1, Düsseldorf, 2006
- Meyer, D.:** Technischer Fortschritt im Gesundheitswesen, Tübingen, 1993
- Meyer, M.:** Ökonomische Organisation der Industrie: Netzwerkarrangements zwischen Markt und Unternehmen, Wiesbaden, 1995
- Michaelis, E.:** Organisation unternehmerischer Aufgaben - Transaktionskosten als Beurteilungskriterium, Frankfurt am Main, 1985
- Milgrom, P. / Roberts, J.:** Economics, Organisation & Management, Prentice Hall, 1992
- Miller, H.:** The Way of Enterprise – a Study of the origins, problems and achievements in the growth of post-war British firms, London, 1963
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg:** Gesundheitszentren mit Zukunft Das „Modell Brandenburg“ für eine moderne ambulante Versorgung, Berlin, 1992
- Misslbeck, A.:** Ärzte in Brandenburg sehen „Schwester Agnes“ als gefährlichen Irrweg, in: ÄZ vom 29.11.2007, S. 1-2
- Möller, W.:** Der Erfolg von Unternehmenszusammenschlüssen – eine empirische Untersuchung, München, 1983

- Monteverde, K. / Teece, D.J.:** Suppliers Switching Costs and Vertical Integration in the Automobile Industry, in: Bell Journal of Economics, 13, 1982, S. 206-213
- Mueller, D.:** A Life Cycle Theory of the Firm, in: The Journal of Industrial Economics 3, 1972, S. 199-219
- Müller, G.:** Braucht Medizin mehr Technik?, in: Patientenorientierte Medizintechnik Patientenmitbestimmende Medizin, Berlin, 1995, S. 18-36
- Mühlbacher, A.:** Integrierte Versorgung. Management und Organisation. Eine wirtschaftswissenschaftliche Analyse von Unternehmensnetzwerken in der Gesundheitsversorgung, Bern, 2002
- Neubauer, G.:** Kriterien zur Bewertung und Auswahl eines Krankenhaus-Vergütungssystems, in: Das Krankenhaus, (10) 1998, S. 578-581
- Neubauer, G.:** Formen der Vergütung von Krankenhäusern und deren Weiterentwicklung, in: Braun, G.E.(Hrsg.): Handbuch Krankenhausmanagement: Bausteine für eine moderne Krankenhausführung, Stuttgart, 1999, S. 19-34
- Neubauer, G.:** Ordnungspolitische Eckpunkte für eine Krankenhausentgeltordnung, in: Krankenhaus Umschau, 2001, S. 122-126
- Neubauer, G. / Demmler, G.:** Leistungssteuerung im Krankenhaus. Instrumente zur Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit in der stationären Versorgung, Landsberg am Lech et.al., 1989

- Neubauer, G.:** Einführung in die Thematik, in: Neubauer, G. / Nothnagel, J. (Hrsg.): 13. Neubiberger Krankenhausforum. Europäisierung des Krankenhausmarktes – Chancen und Risiken für deutsche Krankenhäuser, 2004, S. 11-19
- Neubauer, G. / Nothnagel, J.:** 10. Neubiberger Krankenhausforum. Eckpunkte einer Krankenhausentgeltordnung: Preisfindung, Mengensteuerung, Vertragsbeziehungen und Patientenrechte, 2001
- Neubauer, G. / Nothnagel, J.:** 13. Neubiberger Krankenhausforum. Europäisierung des Krankenhausmarktes – Chancen und Risiken für deutsche Krankenhäuser, 2004
- Neuffer, A.:** Disease Management – Definitionen, Konzepte und Umsetzung, in: Braun, W. / Schaltenbrand, R. (Hrsg.): Qualitätssicherung, Pharmakoökonomie und Disease Management. Berichtsband zum 3. Symposium, Dortmund, 1996, S. 52-65
- Nickel, S.:** Patientenzufriedenheit mit kurzstationärer Versorgung. Entwicklung und Erprobung eines standardisierten Messinstruments für das Qualitätsmanagement im Krankenhaus, Hamburg, 2005
- Niehans, J.:** Money and Barter in General Equilibrium with Transaction Costs, in: American Economic Review, Vol. 61, 1971, S. 773-783
- Niesel, K. et al.:** Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, Band 1, München, Stand 01. August 2004, Rdnr. 54 zu §95 SGB V
- Nissen, J.:** Vergütung von Krankenhausleistungen in der „Integrierten Versorgung“ gemäß §§140 a-h SGB V, in: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, (25/1) 2002, S. 22-39

- Nissen, J.:** Disease-Management-Programme. Die systematische Strukturierung der medizinischen Versorgung, in: Zeitschrift für Ausbildung und Hochschulkontakt, (7), 2003, S. 426-428
- North, D. C.:** Transaction Costs, Institutions and Economic History, in: Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft – Journal of Institutional and Theoretical Economics, Vol. 140, 1984, S. 7-17
- North, D. C.:** Institutionen, institutioneller Wandel und Wirtschaftsleistung, Tübingen, 1992
- Oberender, P. O. / Hacker, J.:** Entwicklungsszenario für Krankenhäuser – „Das wettbewerbsorientierte Krankenhaus 2010“, in: Braun, G.E.(Hrsg.): Handbuch Krankenhausmanagement Bausteine für eine moderne Krankenhausführung, 1999, S. 341-365
- Ochsenbauer, C.:** Organisatorische Alternativen zur Hierarchie - Überlegungen zur Überwindung der Hierarchie in Theorie und Praxis der betriebswirtschaftlichen Organisation, München, 1989
- Orlowski, U. / Halbe, B. / Karch, T.:** Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) Mit Kommentierungen zum Bundesmantelvertrag – Erste Erfahrungen aus der Praxis, Heidelberg et al., 2008
- Osterholt, G.:** Veränderungsmanagement, Wiesbaden, 1996
- Ostler, A. M.:** Einkaufskooperationen des Handels im deutschen Kartellrecht, München, 1994
- Ostroy, J.N.:** The Informational Efficiency of Monetary Exchange, in: American Economic Review, Vol. 63, 1973, S. 597-610

Ouchi, W. G.: Markets, Bureaucracies and Clans, in: Administrative Science Quarterly, Vol. 25, 1980, S. 129-141

o.V.: Ärztlicher Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit, unter <http://www.123recht.net/article.asp?a=6476> vom 24.07.2007, 08.09.2003

o.V.: Checkliste Zulassung eines Versorgungszentrums, in: ÄZ vom 22.04.2004, S. 12

o.V.: Keine Richtgrößen für Versorgungszentren?, in: ÄZ vom 04.11.2004a, S. 6

o.V.: Rhön- Klinikum kommt Gründung eigener medizinischer Zentren näher, in: ÄZ vom 09.11.2004b, S. 13

o.V.: QM – Zeitplan des Gemeinsamen Bundesausschusses, in: AuW 01/2007, S. 26

o.V.: Light- Mediziner sind im Ausland bereits Realität, in: ÄZ vom 31.07.2007a, S. 5

o.V.: Von QM haben alle etwas: Patienten, Arzthelferinnen und Praxischefs, in: ÄZ vom 01.08.2007b, S. 11

o.V.: Viele Ärzte finden GKV-Akupunktur lukrativ, in: ÄZ vom 26.01.2007c, S. 8

o.V.: Rechtzeitig zum Termin – dank Pager kein Problem, in: ÄZ vom 19.10.2008, S. 15

- Pausenberger, E.:** Zur Systematik von Unternehmenszusammenschlüssen, in: Wlsu 18, 1989, S. 621-626
- Petersen, T.:** Das Delegationsproblem zwischen Prinzipalen und Agenten, in: Albach, H. (Hrsg.): Organisation. Mikroökonomische Theorie und ihre Anwendungen, Wiesbaden, 1989, S. 109-131
- Perry, M.K.:** Vertical Integration: Determinants and Effects, in: Schmalensee, R. / Willig, R.D. (Hrsg.): Handbook of Industrial Organization, Vol. I, Amsterdam, 1988, S. 183-255
- Pfeiffer, W. / Bischof, P.:** Produktlebenszyklus – Instrument jeder strategischen Produktplanung, in: Steinmann, H. (Hrsg.): Planung und Kontrolle, München, 1981
- Pfeiffer, P.:** Großgerätekooperationen zwischen Krankenhäusern und Dritten, in: Das Krankenhaus 6/2000, S. 449-452
- Picot, A.:** Transaktionskostenansatz in der Organisationstheorie, in: Die Betriebswirtschaftslehre, (2), 1982, S. 267-284
- Picot, A.:** Transaktionskosten, in: Die Betriebswirtschaft, Jg. 45, 1985, S. 224-225
- Picot, A.:** Transaktionskosten im Handel, in: Betriebsberater, Beilage 13 zu Heft 27, 1986, S. 1-16
- Picot, A.:** Vorwort, in: Williamson, O.E. (Hrsg.): Die ökonomischen Institutionen des Kapitalismus – Unternehmen, Märkte, Kooperationen, Tübingen, 1990

- Picot, A.:** Ein neuer Ansatz zur Gestaltung der Leistungstiefe; in: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, Jg. 43, 1991, S. 336-357
- Picot, A.:** Ökonomische Theorien der Organisation – ein Überblick über neuere Ansätze und deren betriebswirtschaftliches Anwendungspotential, in: Ordelt, B. R. / Büßelmann, E. (Hrsg.): Betriebswirtschaftslehre und Ökonomische Theorie, Stuttgart, 1991a
- Picot, A. / Schneider, D.:** Unternehmerisches Innovationsverhalten, Verfügungsrechte und Transaktionskosten, in: Budäus, D. (Hrsg.): Betriebswirtschaftslehre und Theorie der Verfügungsrechte, Wiesbaden, 1989, S. 91-118
- Picot, A. / Schneider, D. / Laub, U.:** Transaktionskosten und innovative Unternehmensgründung, in: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, Jg. 41, 1989, S. 358-87
- Picot, A. / Dietl, A.:** Transaktionskostentheorie, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium (4), 1990, S. 178-184
- Picot, A. / Reichwald, R. / Wiegand, R.:** Die grenzenlose Unternehmung, 4. Auflage, Wiesbaden, 2001
- Picot, A. / Dietl, A. / Franck, E.:** Organisation, 3. Auflage, Stuttgart, 2002
- Pies, I.:** Normative Institutionenökonomik: Zur Rationalisierung des politischen Liberalismus, Tübingen, 1993
- Porter, M. E.:** Wettbewerbsvorteile – Spitzenleistungen erreichen und behaupten, Frankfurt am Main, 1986

- Pümpin, C.:** Management strategischer Erfolgspositionen: das SEP-Konzept als Grundlage wirkungsvoller Unternehmensführung, 2. Aufl., Bern/Stuttgart, 1983
- Ramolla, P.:** Vertragsgestaltung, in: KBV: Medizinische Versorgungszentren – Ein Leitfaden aus der Praxis für die Praxis, Köln, 2006, S. 97-126
- Ratajczak, T.:** Rechtliche Ausgestaltung eines Praxisnetzes, in: Geschäftsführender Ausschuss der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im DAV (Hrsg.): Psychotherapeutengesetz – ärztliche Kooperationsformen, Köln, 2000, S. 105-139
- Ratzel, A.:** Medizinische Versorgungszentren, in: ZMGR 2004, S. 63-70
- Rebscher, H.:** Versorgungszentren – Kliniken sind bislang nur zögerlich dabei, in: ÄZ vom 29.11.2005, S. 10
- Reiß, M.:** Unternehmensübergreifende Integration, in: Hanssen, R. A. (Hrsg.): Integrationsmanagement für neue Produkte, Düsseldorf, 1992, S. 119-147
- Reutner, F.:** Determinanten des Unternehmenserfolges, in: ZfB 1987, Heft 8, S. 747-762
- Rhumbler, F.:** Synergien begreifen und orten, in: Hirzel / Leder & Partner (Hrsg.): Synergiemanagement, Wiesbaden, 1993
- Richter, A.-D.:** Kundenorientierung im Krankenhaus, in: Braun, G.E.(Hrsg.): Handbuch Krankenhausmanagement Bausteine für eine moderne Krankenhausführung, 1999, S. 421-438

Richter, R.: Sichtweise und Fragestellungen der Neuen Institutionenökonomik, in: Zeitschrift für Wirtschaft und Sozialwissenschaften (110), 1990, S. 571-591

Richter, R.: Neue Institutionenökonomik – Ideen und Möglichkeiten, in: Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Band 256, Beiheft 6, Jahrestagung 1996, Steuersysteme der Zukunft, hrsg. V. Krause –Junk, G., Richter, R., Berlin, 1996, S. 323-355

Richter, R.: Von der Aktion zur Interaktion: Der Sinn von Institutionen, in: Korff, W. (Hrsg.): Handbuch der Wirtschaftsethik, Bd. 2, Gütersloh, 1999, S. 17-38

Richter, R. / Furubotn, E.: Neue Institutionenökonomik, Eine Einführung und kritische Würdigung, Tübingen, 1996

Richter, R. / Furubotn, E.: Neue Institutionenökonomik, 3. Auflage, Tübingen, 2003

Ringelstetter, M.: Konzernentwicklung. Rahmenkonzepte zu Strategien, Strukturen und Systemen, München, 1995

Ritter, W.: Unternehmensgründung wo? – Zur Frage des Standorts junger Unternehmen, Nürnberg, 1989

Röhrig, R.: Operatives Controlling im Krankenhaus, in: Braun, G.E.(Hrsg.): Handbuch Krankenhausmanagement Bausteine für eine moderne Krankenhausführung, 1999, S. 871-883

Rotering, J.: Zwischenbetriebliche Kooperation als alternative Kooperationsform. Ein transaktionstheoretischer Erklärungsansatz, Stuttgart, 1993

Rotthege, G.: Die Beurteilung von Kartellen und Genossenschaften durch die Rechtswissenschaft, Tübingen, 1982

Rousseau, D. M. / Sitkin, S. B. / Burt, R. S. / Camerer, C.: Not so Different after All: A Cross- Discipline View of Trust, in: Academy of Management Review, (3) 1998, S. 393-404

Rüdiger, M.: Theoretische Grundmodelle zur Erklärung von FuE- Kooperationen, in: ZfB 68, 1998, S. 25-48

Rupprecht-Däullary, M.: Zwischenbetriebliche Kooperation: Möglichkeiten und Grenzen durch neue Informations- und Kommunikationstechnologien, Wiesbaden, 1994

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Finanzierung, Nutzenorientierung und Qualität, Band I und II, Baden-Baden, 2003

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, unter: <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm> vom 31.07.2007

Sadowski, D.: Währt ehrlich am längsten? Personalpolitik zwischen Arbeitsrecht und Unternehmenskultur, in: Budäus, D. / Gerum, E. / Zimmermann, G. (Hrsg.): Betriebswirtschaftslehre und Theorie der Verfügungsrechte, Wiesbaden, 1988, S. 219-238

Salje, P.: Die mittelständische Kooperation zwischen Wettbewerbspolitik und Kartellrecht, Tübingen, 1981

- Schallen, R.:** Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Medizinische Versorgungszentren, Psychotherapeuten, Kommentar, Sankt Augustin, 2004
- Schedler, K.:** Ansätze einer wirkungsorientierten Verwaltungsführung, Bern et al., 1995
- Schellenberg, A. C.:** Rechnungswesen, Grundlagen, Zusammenhänge, Interpretationen, Zürich, 2000
- Schenk, W.:** Organisation und Qualitätsmanagement, in KBV, Medizinische Versorgungszentren – Ein Leitfaden aus der Praxis für die Praxis, Köln, 2006, S. 6-41
- Schiemzik, B. J.:** Praxisverkauf - richtiger Umgang mit Patientendaten ist wichtig, in: ÄZ vom 14.11.2006, S. 12
- Schlingensiepen, I.:** Bürokratie in Praxen kostet 1,6 Milliarden Euro – ein Rechenmodell, in: ÄZ vom 24.10.2006, S. 3
- Schlingensiepen, I.:** Behandlungspfade sollen richtigen Weg weisen, in: ÄZ vom 24.11.2006a, S. 10
- Schmidt, R.H.:** Transaktionskostenorientierte Organisationstheorie, in: Frese, E. (Hrsg.): Handwörterbuch der Organisation, 3. Aufl., Stuttgart, 1992, S. 1854-1866
- Schmutte, A.:** Total Quality Management: Qualitätspreise versus ISO-Zertifizierung, in: Krankenhaus Technik, (4)1997, S. 18-21
- Schmutte, A.:** Total Quality Management im Krankenhaus, Wiesbaden, 1998

- Schmutte, A.:** Ganzheitliches Qualitätsmanagement: Krankenhäuser auf dem Weg zur Business Excellence, in: Braun, G.E.(Hrsg.): Handbuch Krankenhausmanagement Bausteine für eine moderne Krankenhausführung, 1999, S. 643-675
- Schnack, D.:** Erfahrungen mit Gemeindeschwestern sind gut, die langfristige Finanzierung ist unklar, in: ÄZ vom 16.01.08, S. 2
- Schneider, D.:** Die Unhaltbarkeit des Transaktionskostenansatzes für die „Markt oder Unternehmung“ – Diskussion, in: Zeitschrift für Betriebswirtschaft Jg. 55, 1985, S. 1237-1254
- Schneider, D.:** Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, 3 Auflage, München/Wien, 1987
- Schneider, W.:** Was verbirgt sich hinter dem Begriff Gebäudemanagement, in: Facility Management, Düsseldorf, 1999
- Schödel, S.:** Kulturabhängige Vertrauenspräferenzen, Neubiberg, 2004
- Schubert, W. / Küting, K.:** Unternehmenszusammenschlüsse, München, 1981
- Schulz-Nieswand, F.:** Integrationsversorgung zwischen Wandel der Betriebsformen und neuer Steuerung, in: Braun, G.E. / Schulz-Nieswandt, F. (Hrsg.): Liberalisierung im Gesundheitswesen, Baden-Baden, 2006
- Schumann, J.:** Grundzüge der mikroökonomischen Theorie, Berlin et al., 1992

- Schwarzkopf, M.:** Die Meinung niedergelassener Ärzte ist gefragt: Was muss die ideale Arzthelferin von morgen können?, in: ÄZ vom 26.06.2001, S. 2
- Schweizer, U.:** Vertragstheorie, in: Börsch-Supan, A. / von Hagen, J. / Welfens, P.J.J. (Hrsg.): Springer Handbuch der Volkswirtschaftslehre, Band 1, Berlin et al., 1996, S. 230-268
- Seibert, S.:** Strategische Erfolgsfaktoren in mittleren Unternehmen: untersucht am Beispiel der Fördertechnikindustrie, Frankfurt am Main/Bern/New York, 1987
- Seicht, G.:** Investition und Finanzierung, Wien, 1995
- Seifert, H.:** Neuordnung der Krankenhausvergütung, in: Neubauer, G. / Nothnagel, J. (Hrsg.): 10. Neubiberger Krankenhausforum. Eckpunkte einer Krankenhausentgeltordnung: Preisfindung, Mengensteuerung, Vertragsbeziehungen und Patientenrechte, Neubiberg, 2001
- Seiler, R.:** Die Schwarzwaldformel - das Modell „Gesundes Kinzigtal“, in: Weatherly, J. N. et al.: Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren Innovative Modelle der Praxis, Berlin, 2007, S. 139-147
- Selbmann, H.K.:** Qualitätsorientierung neuer Versorgungsstrukturen. Grundlegende Begriffe des Qualitätsmanagements, in: hca Modul 2.4, Düsseldorf, 2006
- Simon, H. / Homburg, C.:** Kundenzufriedenheit, Wiesbaden, 1997

- Sohn, S. / Schöffski, O.:** Organisations- und prozesstheoretische Grundlagen für den Aufbau und Betrieb von Praxisnetzen, in: Gesundheitsökonomisches Qualitätsmanagement, (7) 2002, S. 365-372
- Spindler, K.:** Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO 9000ff. in der Chirurgischen Klinik des Krankenhauses Bad Canstatt, in: Braun, G.E.(Hrsg.): Handbuch Krankenhausmanagement Bausteine für eine moderne Krankenhausführung, 1999, S. 676-691
- Sprenger, K.:** Einkaufsgemeinschaften der öffentlichen Hand, München, 2001
- Stahl, D.:** Internationale Speditionsnetzwerke, Eine theoretische und empirische Analyse im Lichte der Transaktionskostentheorie, Göttingen, 1995
- Stark, A.:** 1,6 Milliarden vergeudet!, in: AuW, (01) 2007, S. 54-55
- Starr, R.M.:** The Structure of Exchange in Barter and Monetary Economies, in: Quarterly Journal of Economics, Vol. 86, 1972, S. 290-302
- Statistisches Bundesamt:** Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden 2006
- Staudt, E. et al.:** Kooperationshandbuch: Ein Leitfaden für die Unternehmenspraxis, Stuttgart/Düsseldorf, 1992
- Stebner, F. A.:** Das neue Recht der ärztlichen Berufsausübung. Chancen durch Kooperationen im Gesundheitswesen, Langenfeld, 2004
- Stebner, F. A.:** Delegation – ja, aber nur mit Köpfchen!, in: ÄZ vom 12.12.2007, S. 15

Steinemann, H. / Hennemann, C.: Die lernende Organisation – eine Antwort auf die Herausforderungen der Managementpraxis?, in: Wieselhuber & Partner (Hrsg.): Handbuch lernende Organisation, Wiesbaden, 1997, S. 33-44

Steiner, G.: Strategic Factors in Business Success, New York, 1969

Stölzle, W.: Industrial Relationships, München/Wien, 1999

Straube, M.: Zwischenbetriebliche Kooperation, Wiesbaden, 1972

Strehlau-Schwoll, H.: Innovatives Investitions- und Finanzmanagement, in: Braun, G.E.(Hrsg.): Handbuch Krankenhausmanagement Bausteine für eine moderne Krankenhausführung, 1999, S. 857-869

Sydow, J.: Strategische Netzwerke, Evolution und Organisation, Wiesbaden, 1992

Sydow, J.: Netzwerkorganisation. Interne und externe Restrukturierung von Unternehmungen, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium, 24.JG. 1995, S. 629-634

Sydow, J.: Management von Netzwerkorganisationen Beiträge aus der „Managementforschung“, Wiesbaden, 1999

Sydow, J.: Zwischenbetriebliche Kooperation, in: Jost, P.-J.: Der Transaktionskostenansatz in der Betriebswirtschaftslehre, Stuttgart, 2001, S. 241-271

Sydow, J. / Windeler, A.: Integrierte Versorgung. Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze, Köln, 2003

Szathmary, B.: Neue Versorgungskonzepte im deutschen Gesundheitswesen: Disease und Case Management, Neuwied, 1999

Szyperski, N / Nathusius, K.: Probleme der Unternehmensgründung – Eine betriebswirtschaftliche Analyse unternehmerischer Startbedingungen, Stuttgart, 1977

Terberger, E.: Neo- institutionalistische Ansätze, Entstehung und Wandel – Anspruch und Wirklichkeit, Wiesbaden, 1994

Tietzel, M.: Die Ökonomie der Property Rights: Ein Überblick, in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 30. Jg. 1981, S. 207-243

Ulrich, P. / Fluri, E.: Management, Bern/Stuttgart/Wien, 1995

van den Bergh, W.: So oder so - beim Arznei-Spargesetz bleibt der Schwarze Peter beim Arzt, in ÄZ vom 03.05.2006, S. 6

Vereinigung für Leitungen im OP (LOPS):

OP: Die Personalfuktuation kostet Millionen, unter:
http://www.lops.ch/pdf/competence_12_03.pdf, vom 04.08.2007,
Zürich, 2003

Viethen, G.: Wegweiser Qualitätsmanagement im Krankenhaus, Stuttgart et al., 1998

Vizjak, A.: Wachstumspotentiale durch strategische Partnerschaften, München, 1990

Voigt, S.: Institutionenökonomik, München, 2002

Vollmuth, H. J.: Controlling – Instrumente von A – Z, Planegg, 1998

von Eiff, W.: Führung und Motivation in Krankenhäusern, Stuttgart, 2000

Wallis, J.J. / North, D.C.: Measuring the Transaction Sector in American Economy: 1870 – 1970 in Engermann, S.L. / Gallmann, R.E. (Hrsg.): Long-Term Factors in American Economic Growth, Chicago/London, 1986, S. 95-148

Weatherly, J. N. / Seiler, R. / Meyer-Lutterloh, K. / Schmid, E. / Lägell, R. / Amelung, V. E.: Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis, Berlin, 2007

Webster, F. A.: A Model for New Venture Imitation, in: Academy of Management Review, Vol. 1, 1976

Wegehenkel, L.: Transaktionskosten, Wirtschaftssystem und Unternehmertum, Tübingen, 1980

Wegehenkel, L.: Gleichgewicht, Transaktionskosten und Evolution. Eine Analyse der Koordinierungsdifferenz unterschiedlicher Wirtschaftssysteme, Tübingen, 1981

Weiser, H.-F.: Versorgungszentren – Kliniken sind bislang nur zögerlich dabei, in ÄZ vom 29.11.2005, S. 10

Wieselhuber & Partner: Handbuch lernende Organisation, Wiesbaden, 1997

Wigge, P.: Integrierte Versorgung und Vertragsarztrecht (Teil 1), in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht, (1) 2001, S. 17-24

- Wigge, P.:** Integrierte Versorgung und Vertragsarztrecht (Teil 2), in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht, (2) 2001a, S. 66-71
- Williamson, O.E.:** Markets and Hierarchies, New York, 1975
- Williamson, O.E.:** The Economic Institutions of Capitalism. Firms, Markets, Relational Contracting, New York/London, 1985
- Williamson, O.E.:** Die ökonomischen Institutionen des Kapitalismus: Unternehmen, Märkte, Kooperationen, Tübingen, 1990
- Williamson, O.E.:** Comparative Economic Organization: The Analysis of Discrete Structural Alternatives, in: Administrative Science Quarterly, Vol. 36, 1991, S. 269-296
- Williamson, O.E.:** Vergleichende ökonomische Organisationstheorie: Die Analyse diskreter Strukturalternativen, in: Ordelheide, D., Rudolph, B., Büsselmann, E. (Hrsg.): Betriebswirtschaftslehre und ökonomische Theorie, Stuttgart, 1991a, S. 13-49
- Windsperger, J.:** Transaktionskosten und das Organisationsdesign von Koordinationsmechanismen, in: Schenk, K.-E. (Hrsg.): Jahrbuch für Neue Politische Ökonomie, Bd. 4, Tübingen, 1985
- Windthorst, K.:** Die integrierte Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gefahr oder Chance für die Gesundheitsversorgung?, Baden-Baden, 2002
- Zieler, P.:** Hausärzte schicken Arzthelferinnen auf Tour, in ÄZ vom 18.12.2007

Zwingel, B. / Preißler, R.: Das Medizinische Versorgungszentrum -
Rechtliche Rahmenbedingungen für Gründung und Betrieb, Köln,
2005