

Hon.-Prof. KAD Dr. Felix Wallner

Kammeramtsdirektor der Ärztekammer für Oberösterreich

Grundsätzliche Überlegungen zur Vernetzung niedergelassener Ärzte

1. Ärztliche Kooperation	79
2. Freiwilligkeit der Zusammenschlüsse	80
3. Die Wahl der Rechtsform muss den Beteiligten überlassen werden	81
4. Ärztliche Kooperationsformen auch in ländlichen Gegenden ermöglichen	82
5. Auch Vernetzungen müssen geplant erfolgen	83
6. Generationenfairness	83
7. Leistungsorientierung im Honorarsystem	84
8. Finanzierungsbeteiligung der öffentlichen Hand	85
9. Investitionsschutz	85
10. Beteiligung von Nicht-Ärzten?	86
11. Keine Konkurrenzierung durch öffentlich finanzierte Einrichtungen	87
12. Einbindung ambulanter Kooperationsformen in den Gesamtvertrag	87

1. Ärztliche Kooperation

2001 wurde nach langer Diskussion die ärztliche Gruppenpraxis in die österreichische Rechtsordnung eingeführt. Die zweite ÄrzteG-Novelle, BGBl I 2001/110, ermöglichte Ärzten erstmals den Zusammenschluss im Rahmen einer Außengesellschaft, nämlich im Rahmen einer OG. In einem weiteren Schritt wurde 2010 durch das Bundesgesetz zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung (BGBl I 2010/61) Ärzten auch die Möglichkeit eröffnet, eine Gruppenpraxis im Rahmen einer GmbH zu betreiben. Parallel dazu schuf die 58. ASVG-Novelle, BGBl I 2001/99, die Möglichkeit, mit Gruppenpraxen Kassenverträge abzuschließen. Auf dieser Rechtsgrundlage hat sich seither in Österreich eine nennenswerte Anzahl von Gruppenpraxen gebildet, allerdings bleibt das Ausmaß offenbar hinter den politischen Erwartungen zurück. Dass es nicht mehr ärztliche Gruppenpraxen gibt, liegt nicht daran, dass eine ausreichende Rechtsgrundlage fehlen würde. Der Grund ist wohl vor allem darin zu suchen, dass ein Ausbau des extramuralen Bereiches und damit eine Leistungsausweitung auch eine entsprechende Finanzierung voraussetzt. Wegen der seit vielen Jahren kritisierten, aber nichtsdestotrotz weiterhin bestehenden Finanzierungskonkurrenz zwischen intra- und extramuralen ambulanten Leistungen (erstere werden im Wesentlichen über die Länder finanziert, letztere über die Sozialversicherungsträger) führt jeder Anstoß zu einem Ausbau des extramuralen ambulanten Versorgungsangebotes zu altbekannten Finanzierungsdiskussionen. Die Sozialversicherungsträger haben kein Interesse, in leistungsfähige ärztliche Zusammenschlüsse zu investieren, weil sie eine Auslagerung von Leistungen aus den Spitalsambulanzen und damit eine Kostenverschiebung zu ihren Lasten befürchten, die Länder wollen zwar den Spitalsaufwand dämpfen, sind in der Regel aber auch nicht bereit, zur Finanzierung des extramuralen Leistungsangebotes beizutragen.

In der jüngsten Vergangenheit ist aber trotzdem ein bemerkenswerter Sinneswandel festzustellen. Sowohl die Gesundheitspolitik als auch die gesetzlichen Sozialversicherungsträger scheinen zunehmend bereit zu sein, in vernetzte extramurale ärztliche Strukturen zu investieren. Dahinter steht wohl nicht nur die Überlegung, damit das extramurale Versorgungsangebot zu verbessern. Angesichts der erheblichen Probleme, Kassenordinationen nachzubesetzen, geht es den Sozialversicherungsträgern wohl vor allem auch darum, die zur Verfügung stehende und immer knapper werdende Personalressource „Arzt“ in einer möglichst sinnvollen und effizienten Struktur einzusetzen. Dieses Anliegen trifft durchaus auch auf Interesse der Ärzteschaft. Gerade die jüngere Generation von Ärzten ist immer stärker an Kooperationen interessiert. Dies hängt möglicherweise mit

der zunehmenden Bereitschaft zusammen, in Teams zu arbeiten. Der Wunsch nach Kooperationsmöglichkeiten entsteht aber sicherlich auch aus Berufs- und Lebenskonzepten, die sich von früheren Zeiten unterscheiden. Immer mehr Ärzte wollen zwar im extramuralen Bereich tätig sein, aber nicht die volle Unternehmerverantwortung und den vollen Zeitaufwand einer Ordination auf sich nehmen und suchen daher entsprechende Kooperationspartner.

Gerade im Hinblick auf die jüngeren Diskussionen um ein „PHC-Gesetz“ ist allerdings festzuhalten, dass die derzeitigen Rechtsgrundlagen völlig ausreichen und kein Bedarf an neuen Regelungen besteht. Wenn man sich die bisher vorliegenden Absichtserklärungen zum PHC-Gesetz ansieht, wird auch klar, dass es dabei nicht um die Stärkung des extramuralen Bereiches und die Verbesserung von Vernetzungsmöglichkeiten geht, sondern darum, die Balance des Kassensystems zugunsten der Sozialversicherungsträger zu kippen. Wenn man aber wirklich daran interessiert ist, Barrieren für die Vernetzung niedergelassener Arztordinationen wegzuräumen, muss man akzeptieren, dass die extramurale Medizin in Österreich nicht von einem verstaatlichten System angeboten wird, sondern von selbständigen Unternehmern, die mit ihrer Ordination eine wirtschaftliche Einheit führen, für die sie verantwortlich sind. Man wird daher akzeptieren müssen, dass Vernetzungen nicht zwangsweise aufoktroiert werden können, sondern dass es vielmehr politischer Anreize bedarf, um Kooperationen zwischen niedergelassenen Ärzten zu stimulieren. Aus Sicht des Autors sind dabei folgende Grundsätze zu beachten:

2. Freiwilligkeit der Zusammenschlüsse

Der extramurale Bereich ist in Österreich mittlerweile einigermaßen flächendeckend mit Kassenverträgen abgedeckt. Auch von Seiten der Sozialversicherungsträger wird daher immer wieder betont, dass Kooperationen nicht zusätzlich zu den bestehenden Strukturen eingeführt werden sollen. Kooperationen sollen vielmehr auf die bestehende Versorgungsstruktur aufgesetzt werden. Neue Strukturen sind daher weitgehend davon abhängig, dass sich bestehende Ordinationen zusammenschließen. Schon aus grundrechtlichen Überlegungen sind diese Kooperationen daher nicht erzwingbar, sondern müssen Gesundheitspolitik und So-

zialversicherung Bedingungen schaffen, die den Zusammenschluss bestehender Praxen attraktiv machen.

Natürlich wäre es auch vorstellbar, Versorgungslücken dadurch abzudecken, dass Kassenstellen von vornherein als Gruppenpraxen ausgeschrieben werden. Wenn die Sozialversicherungsträger allerdings dabei bleiben, keine zusätzlichen Stellen für Gruppenpraxen zu schaffen, bietet sich diese Möglichkeit nur dann an, wenn zeitgleich benachbarte Stellen frei werden und damit schon bei der Ausschreibung der Gruppenpraxis zusammengefasst werden können, was naturgemäß selten der Fall ist. Aber selbst wenn Kassenverträge von vornherein für Gruppenpraxen ausgeschrieben werden, muss ein gewisses Maß an Freiwilligkeit gesichert bleiben. Der Fortbestand einer Gruppenpraxis kann auf Dauer nicht erzwungen werden. Immerhin handelt es sich dabei um selbständige Unternehmen, deren Erfolg davon abhängig ist, dass die Gesellschafter den Willen haben, gemeinsam ein Unternehmen zu betreiben. Kaum ein Arzt wird bereit sein, in eine Gruppenpraxis einzusteigen bzw. eine Gruppenpraxisordination gemeinsam mit anderen aufzubauen, wenn er keine Möglichkeit hat, aus diesem Unternehmen wieder auszusteigen, wenn die Zusammenarbeit mit den anderen Gesellschaftern nicht mehr funktioniert.

Unterm Strich bleibt daher, dass gesundheitspolitische Regelungen zur Forcierung von Ärztenetzungen nur dann erfolgreich sein werden, wenn sie für Ärzte attraktiver sind als die Übernahme oder der Aufbau einer Einzelordination.

3. Die Wahl der Rechtsform muss den Beteiligten überlassen werden

So wie auch sonst im Wirtschaftsleben üblich, muss die Wahl der Rechtsform den Kooperationspartnern überlassen bleiben. Es versteht sich von selbst, dass eine möglichst große Varianz von rechtlich möglichen Zusammenarbeitsformen dazu führen wird, die Anzahl von ärztlichen Zusammenschlüssen zu steigern. Von Seiten des Gesetzgebers wurden bereits die Grundlagen geschaffen, ärztliche Zusammenschlüsse sowohl in Form einer Personengesellschaft (OG) als auch in Form einer Kapitalgesellschaft (GmbH) zu betreiben, was wohl in der Praxis völlig ausreicht. Da das mit ärztlichen Kooperationsformen verfolgte Ziel einer effizien-

enteren Leistungserbringung aber auch durch Kooperationsverträge verwirklicht werden kann, die zu bloßen Innengesellschaften, also nur zu Verpflichtungen zwischen den einzelnen Ärzten, führen, ist es darüber hinaus sinnvoll, auch derartige Kooperationsformen zu unterstützen und in Vernetzungskonzepte miteinzubeziehen.

4. Ärztliche Kooperationsformen auch in ländlichen Gegenden ermöglichen

Traditionell wird bei der Vernetzung niedergelassener Ärzte an einen Zusammenschluss an einem Standort gedacht. Tatsächlich ergibt aber auch die Zusammenarbeit in ländlichen Bereichen Sinn. Sie ermöglicht vor allem einen effizienteren Einsatz der Ressource „Arzt“. Es gibt eine nicht unerhebliche Anzahl von Ärzten, die sich zwar für Landarztpraxen interessieren, aber die damit verbundenen örtlichen und zeitlichen Einschränkungen scheuen. Zusammenschlüsse würden es ermöglichen, dass Ärzte, die vor Ort und bereit sind, sich überdurchschnittlich in die Patientenversorgung einzubringen, wenn es die Rabatt- und Limitierungsbestimmungen der Krankenversicherungsträger erlauben würden, mit Ärzten zusammenarbeiten könnten, die nicht die volle Last einer Ordination übernehmen wollen. Dadurch würde für alle Beteiligten eine Win-win-Situation entstehen. Ärzte, die ein besonders hohes Engagement einbringen wollen, wären nicht durch Verrechnungseinschränkungen daran gehindert. Ärzte, die nur in einem begrenzten Zeitumfang tätig sein möchten, müssen nicht die volle Verantwortung für das Versorgungsgebiet übernehmen und für die Patientenversorgung stünden mehr ärztliche Ressourcen zur Verfügung, was die Gefahr unbesetzbarer Landarztstellen reduziert. Standortübergreifende Vernetzungen (die sowohl als Innengesellschaften gegründet werden könnten als auch als OGs oder GmbHs) hätten außerdem den Vorteil, dass die beteiligten Ärzte Öffnungszeiten und Leistungsspektrum besser aufeinander abstimmen und damit insgesamt die Versorgungsqualität in einer Region anheben könnten.

5. Auch Vernetzungen müssen geplant erfolgen

Das Ziel einer flächendeckenden Versorgung mit Kassenärzten kann nur erreicht werden, wenn Niederlassungen geplant erfolgen. Dies geschieht in Form eines Stellenplans, der zwischen der Landesvertretung der Ärzte und den Kassen vereinbart wird. Vernetzungen von Ärzten müssen genauso geplant werden wie Einzelordinationen. Es macht in peripheren Regionen wenig Sinn, Ärztezusammenschlüsse an einem Standort zu forcieren, weil dann zwar die Öffnungszeiten ausgeweitet werden können, aber die Wege viel länger werden. Bei der Zulassung von ärztlichen Kooperationen muss auch darauf geachtet werden, dass dadurch nicht Einzelordinationen ihre wirtschaftliche Grundlage verlieren. Es wird weiterhin sowohl im städtischen Bereich als auch vor allem am Land gute Gründe dafür geben, dass Einzelordinationen eine wichtige Versorgungsfunktion bewahren. Bei der Planung muss daher darauf Rücksicht genommen werden, dass diese nicht einem Verdrängungswettbewerb mit ärztlichen Kooperationen ausgesetzt sind.

6. Generationenfairness

Da die Kassen als Monopolanbieter auftreten, müssen Kassenverträge nach objektiven Kriterien ausgeschrieben werden. Einzelordinationen haben aus der Sicht der jungen Ärztegeneration den Vorteil, dass sie von vornherein mit der aktiven Berufslaufbahn des Kassenarztes begrenzt sind und daher nach Pensionierung des Kassenarztes wieder für junge Ärzte zur Verfügung stehen. Wenn Kassenordinationen in Form von gesellschaftsrechtlichen Zusammenschlüssen betrieben werden, besteht hingegen für nachrückende Ärzte die Gefahr, dass Kassenverträge nicht mehr objektiv ausgeschrieben werden, sondern dass es im Belieben der Gesellschafter einer Ärztekooperation liegt, zu welchen Bedingungen sie im Falle eines Ausscheidens eines Arztes einen neuen Gesellschafter aufnehmen. Hier ist einerseits zu berücksichtigen, dass den Betreibern einer Ärztegesellschaft natürlich nicht zugemutet werden kann, einen neuen Gesellschafter aufzunehmen, mit dem sie nicht zusammenarbeiten wollen und können. Auf der anderen Seite muss darauf geachtet werden, dass trotzdem ein objektiv geregelter Zugang zu Kassen-

verträgen aufrecht bleibt. Vor allen Dingen aber muss vor allem für Zeitperioden, in denen ein Überhang an Nachfrage nach Kassenstellen besteht, sichergestellt sein, dass der frei werdende Anteil am Kassenvertrag zu einem fairen Preis weitergegeben wird. Es ist auf der einen Seite verständlich, dass der ausscheidende Gesellschafter dafür entschädigt werden möchte, dass ein Nachrückender in einen bereits aufgebauten und laufenden Betrieb einsteigen kann. Auf der anderen Seite darf es zu keiner Lizitation um Kassenverträge bzw. Anteile daran kommen. Es muss daher auf kollektiver Ebene im Gesamtvertrag sichergestellt werden, dass die Übergabebedingungen auch bei Weitergabe von Anteilen einer Kassengruppenpraxis fair bleiben.

7. Leistungsorientierung im Honorarsystem

Über Jahrzehnte waren die Krankenversicherungsträger vor allem bemüht, Überarztung, also das Anbieten unnötiger ärztlicher Leistungen dadurch zu vermeiden, dass sie durch Pauschalierungen und Limitierungen Mehrleistungen unattraktiv bzw. betriebswirtschaftlich unmöglich gemacht haben. Mittlerweile haben sich die Zeiten insoweit geändert, als die Versicherten darauf angewiesen sind, dass die immer geringere Zahl von Ärzten bereit ist, eine zunehmende Arbeitsbelastung auf sich zu nehmen. Erklärtes Ziel von ärztlichen Kooperationsformen ist es ja auch, den Einsatz ärztlicher Arbeitskraft effektiver zu machen, um Versorgungslücken zu schließen. Es ist daher kontraproduktiv, für ärztliche Kooperationsformen spezielle Limitierungsbestimmungen oder sogar Pauschalien einzuführen, weil damit das angestrebte Wirkungspotenzial wieder zunichte gemacht wird.

8. Finanzierungsbeteiligung der öffentlichen Hand

Mit der Forcierung von ärztlichen Kooperationsformen verbunden ist die Zielsetzung, Spitalsambulanzen zu entlasten und Leistungen in den extramuralen Bereich zu transferieren. Tatsächlich sind es nicht fehlende Rechtsgrundlagen oder das Desinteresse der Ärzte an Kooperationsformen, die das Entstehen von ärztlichen Zusammenschlüssen behindern. Das Hauptproblem liegt darin, dass die Sozialversicherungsträger für Spitalsleistungen nur einen Pauschalbetrag entrichten, der sich bei Auslagerung von Leistungen nicht automatisch reduziert, sodass die Auslagerung von Leistungen aus Sicht der Sozialversicherungsträger zu einem Mehraufwand führt. Die Sozialversicherungsträger haben daher die Errichtung von Gruppenpraxen in der jüngeren Vergangenheit nicht forciert, sondern teilweise sogar durch scharfe Rabattierungsregelungen behindert. Vertreter der Sozialversicherungsträger betonen auch immer wieder, dass ein Ausbau der extramuralen Leistungen nur dann möglich ist, wenn „Geld der Leistung folgt“, also öffentliche Mittel der Länder zur Finanzierung dieser Leistungen beitragen. Der Erfolg von Zusammenschlüssen im ärztlichen Bereich und die damit erwartete Steigerung des Leistungspotenzials des extramuralen Bereiches werden daher davon abhängig sein, dass die wesentlichen Finanzierer im Gesundheitssystem, also die Länder und die Sozialversicherungsträger, einen Konsens darüber finden, in welchem Ausmaß sie sich an der Stärkung dieser Leistungen beteiligen.

9. Investitionsschutz

Einzelordinationen und traditionelle Gruppenpraxen haben aufgrund des Sozialversicherungsrechts einen erhöhten Kündigungsschutz. Ihre Verträge können nur aus sachlichen Gründen aufgelöst werden. Dieser Kündigungsschutz erklärt sich daraus, dass von niedergelassenen Ärzten als eigenständige Unternehmer Investitionen erwartet werden, die auf die lokal zu versorgenden Kassenpatienten zugeschnitten sind und im Falle einer Kündigung in der Regel wertlos werden. Der Gesetzgeber hat sich entschlossen, den Bestand von Kassenverträgen besonders zu schützen, um sicherzustellen, dass im Interesse der Patientenversorgung die entsprechenden Investitionen getätigt werden. Dieser Investitionsschutz muss

natürlich in noch höherem Ausmaß für ärztliche Zusammenschlüsse gelten. Gerade von diesen wird ja erwartet, dass sie noch mehr als Einzelordinationen in ihre Infrastruktur investieren sollen. Bietet man keinen Einzelordinationen den gleichwertigen Kündigungsschutz, werden die Ärzte nicht bereit sein, im gesundheitspolitisch gewünschten Ausmaß langfristige Investitionen durchzuführen.

10. Beteiligung von Nicht-Ärzten?

Im Zusammenhang mit ambulanten Kooperationsformen wird auch regelmäßig die Beteiligung nicht ärztlicher Gesundheitsberufe an den Gesellschaften, aber auch die Beteiligung von bloßen Kapitalgebern diskutiert. In der Diskussion wird dabei übersehen, dass die berufs- und die gesellschaftsrechtliche Seite auseinandergehalten werden muss. Inwieweit die Angehörigen von Gesundheitsberufen verpflichtet sind, untereinander Anordnungen zu befolgen bzw. gegenseitige Aufsichtspflichten haben, ist in den jeweiligen Berufsgesetzen geregelt. An diesen Verantwortlichkeiten würden sich auch nichts ändern, wenn Angehörige unterschiedlicher Gesundheitsberufe gemeinsam eine Gesellschaft betreiben. Zu erinnern ist in diesem Zusammenhang an das Apothekenrecht. § 12 ApothekenG ermöglicht zwar den Betrieb einer öffentlichen Apotheke in der Rechtsform einer Personengesellschaft. Diese Vorschrift stellt aber gleichzeitig sicher, dass der Apotheker über eine Beteiligung am gesamten Apothekenunternehmen von mehr als der Hälfte verfügt und dass dem Apotheker ausschließliche Geschäftsführungs- und Vertretungsbefugnis zukommen müssen. Auch bei Ärztegesellschaften wäre es daher undenkbar, das Berufsrecht gesellschaftsrechtlich „nachzusteuern“. In Ärztegesellschaften müssen, auch wenn Nicht-Ärzte daran beteiligt sind, die ärztegesetzlichen Verantwortungen gewahrt bleiben und daher die Entscheidungsbefugnisse in medizinischen Fragen ausschließlich den ärztlichen Gesellschaftern übertragen bleiben. Die Beteiligung von Nicht-Ärzten würde daher nur als Kapitalgeber Sinn machen. Da eine Kapitalbeteiligung als Gesellschafter in der Regel mit einem höheren Risiko verbunden ist als als bloßer Kreditgeber, würden allerdings Nicht-Ärzte, die sich an einer Gesellschaft beteiligen, von einer höheren Renditeerwartung ausgehen als Kreditgeber, auf die der Arzt bzw. die Ärzte einer Ärztekooperation am Finanzmarkt zugreifen könnten. Die Beteiligung von Nicht-Ärzten an ärztlichen Gesellschaften würde daher tendenziell den Aufwand erhöhen und damit diametral dem gesundheitspolitischen Anliegen entgegenlaufen, durch Kooperationsformen ärztliche Leistungen effizienter zu machen.

11. Keine Konkurrenzierung durch öffentlich finanzierte Einrichtungen

Nach der Grundkonzeption des Kassenarztwesens soll die extramurale Medizin durch Gesundheitsberufe, insbesondere Ärzte, erbracht werden, die selbständig unternehmerisch tätig sind. Ärzte (und gleichermaßen andere selbständig tätige Gesundheitsberufe) müssen sich dabei ausschließlich aus ihren Honoraren finanzieren und haben keinerlei Anspruch auf Abdeckung allfälliger Abgänge aus öffentlichen Mitteln. Dies im Unterschied zu öffentlichen Krankenanstalten oder Kassenambulatorien, die ohne unternehmerisches Risiko arbeiten, weil letztlich Defizite durch Steuern oder Sozialversicherungsbeiträge ausgeglichen werden. Der Gesetzgeber hat daher öffentlichen Krankenanstalten und Kassenambulatorien nur dann die Möglichkeit zugestanden, ambulante Leistungen zu erbringen, wenn diese nicht durch die bestehende Struktur der niedergelassenen Ärzteschaft abgedeckt werden können. Kooperationsformen, die ambulante Leistungen erbringen, müssen daher weiterhin auf eine subsidiäre Funktion beschränkt bleiben, weil es andernfalls zu einer auch europarechtlich problematischen Konkurrenzierung privater Unternehmer durch öffentlich finanzierte Einrichtungen kommt.

12. Einbindung ambulanter Kooperationsformen in den Gesamtvertrag

Die Sozialversicherungsgesetze sehen schon seit ihrer Stammfassung vor, dass die Arbeitsbedingungen und Honorare der niedergelassenen Ärzte durch einen Gesamtvertrag geregelt werden, der zwischen den Krankenversicherungsträgern und den Ärztekammern abgeschlossen wird. Dahinter steht die Überlegung, dass dem Nachfragemonopol der gesetzlichen Krankenversicherungsträger ein gleichwertiger Verhandlungspartner gegenübergestellt werden muss, um im In-

teresse der Versorgung der Patienten den Verhandlungsdruck des Monopolisten abzuschwächen. Faktisch sind die Verhandlungspositionen auch so aufgeteilt, dass die Krankenversicherungsträger, die vorrangig an ihrem wirtschaftlichen Erfolg gemessen werden, vor allem daran interessiert sind, Leistungen möglichst billig einzukaufen und daher primär die Preiskomponente im Auge haben. Auf der anderen Seite sind es die Ärztevertreter, die Interesse an einem möglichst breiten Leistungsspektrum in der ambulanten Medizin haben und daher eine Ausweitung des Leistungsangebotes anstreben. Kippt die Balance zwischen den Verhandlungspartner daher zugunsten der Krankenversicherungsträger und setzen diese einseitig ihre Interessen durch, hat dies nicht nur für die Ärzte, sondern auch für die Versicherten negative Konsequenzen, weil dann das Korrektiv fehlt, das die Versicherungen zum Ausbau und zur Modernisierung der extramuralen Leistungen zwingt. Eine ausgewogene Verhandlungsposition liegt ja nicht nur im Interesse der Ärzte, sondern auch im Interesse der zu versorgenden Bevölkerung. Diese Balance der Verhandlungsstärke gründet sich nicht nur darauf, dass die Tarife kollektiv ausverhandelt werden. Die Balance ergibt sich vor allem daraus, dass die Aufrechterhaltung des Sachleistungssystems an sich schon davon abhängig ist, dass ein Konsens und damit ein Gesamtvertrag zustande kommt. Ein ausgewogener Gesamtvertrag setzt einerseits voraus, dass beide Partner kompromissfähig, auf der anderen Seite aber gleichem Druck ausgesetzt sind, zu einem Kompromiss zu kommen. Auf Kassenseite entsteht dieser Druck gerade dadurch, dass die Versicherten großes Interesse an der Aufrechterhaltung des Sachleistungssystems haben, was wieder wesentlicher Antrieb für die Kassen ist, zu einem Vertragsabschluss mit den Ärzten zu kommen. Dieser Druck bricht weg, wenn es den Kassen möglich ist, am Gesamtvertrag vorbei individuelle Vereinbarungen mit konkurrenzierenden Leistungsanbietern abzuschließen. Da eine Zerstörung der Verhandlungsbalance nicht nur für die Ärzte unzumutbar ist, sondern auch für die Bevölkerung gravierende negative Konsequenzen hätte, müssen ärztliche Kooperationsformen gleichermaßen wie Einzelordinationen im Rahmen von Gesamtverträgen zwischen den Kassen und den Ärztekammern vollinhaltlich und umfassend geregelt werden.