
2.1 Gesundheitsbetriebliche Umwelt

2.1.1 Politische Umweltbedingungen

Es gibt wohl kaum einen Politikbereich in Deutschland, der so häufig in der Diskussion steht, wie die sich mit der Funktionalität, Planung, Organisation, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitssystems beschäftigende **Gesundheitspolitik**. Ihre wesentlichen Ziele sind die Sicherstellung eines effizienten und kostengünstig arbeitenden Gesundheitssystems, die Vermeidung von Krankheiten und Unfällen durch Prävention, die Erzielung einer qualitativ hochwertigen, einkommensunabhängigen Gesundheitsversorgung, gute Arbeitsbedingungen für das Personal im Gesundheitssektor sowie die Zufriedenheit der Bevölkerung mit den Leistungen des Gesundheitssystems, die insgesamt mitunter zu Zielkonflikten mit Leistungsträgern und -erbringern führen können.

Beispiel

„Das politische System ist in erster Linie an einer reibungslosen Abarbeitung der öffentlichen Aufgabe sowie an einer Kostenstabilisierung interessiert, während die mit der Krankenbehandlung befassten Institutionen ihren Gewinn, ihr Einkommen und ihre Macht auch zulasten anderer Organisationen zu steigern und zu erweitern suchen. Diese Grundkonflikte im Gesundheitswesen haben Auswirkungen bis auf die individuelle Ebene der handelnden Personen. Niedergelassene Ärzte agieren ihrem Selbstverständnis nach als selbständige und freie Unternehmer. In ihrem Handeln haben sie ihre ökonomischen mit ihren sozialen Interessen zu verbinden, was weitreichende Folgen für ihr individuelles Vorgehen hat. Sie stehen vor dem Dilemma das Wohl ihrer Patienten als handlungsleitende Wertvorstellung mit ihren ökonomischen Interessen nach Einkommensstabilisierung und -maximierung in Einklang zu bringen“ (Perschke-Hartmann 2009, S. 5).

Auf den Gesundheitsbetrieb wirken sich unmittelbar Gesetze und Verordnungen aus, die nach oft langwierigen Verhandlungen mit Ärzte- und Apothekerverbänden, Verbänden der Pharmaindustrie Krankenkassenverbänden, Krankenhausträgern und vielen anderen mehr hauptsächlich in der Zuständigkeit des *Bundesministeriums für Gesundheit* erlassen werden.

Beispiel

Auszug aus der Aufgabenbeschreibung des *Bundesministeriums für Gesundheit*:

„Zu den zentralen Aufgaben zählt, die Leistungsfähigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie der Pflegeversicherung zu erhalten, zu sichern und fortzuentwickeln.

Des Weiteren ist die Reform des Gesundheitssystems eine der wichtigsten Aufgaben des Ministeriums; Ziel ist es, die Qualität des Gesundheitssystems weiterzuentwickeln, die Interessen der Patientinnen und Patienten zu stärken, die Wirtschaftlichkeit zu gewährleisten und die Beitragssätze zu stabilisieren“ (Bundesministerium für Gesundheit 2016, S. 1).

Zahlreiche **Reformversuche** im Gesundheitswesen dienen dazu, die Kosten des Gesundheitssystems unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklungen zu begrenzen. In der Diskussion stehen insbesondere

- die Modelle der Bürgerversicherung und der Gesundheitsprämie,
- die Überprüfung der Dualität von *Privater Krankenversicherung (PKV)* einerseits und *Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV)*, sowie der Familienmitversicherung andererseits,
- die individuelle Bewertung der PKV, ab einer Beitragsbemessungsgrenze Risiken nach Krankheitsgeschichte, Alter, Geschlecht etc. pro Versicherungsnehmer festzulegen,
- die Überprüfung von Transferleistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung zu anderen sozialen Sicherungssystemen,
- die Kosten nicht mehr wie bislang auf alle gesetzlich Versicherten und die Arbeitgeber paritätisch zu verteilen,
- die Senkung der Lohnnebenkosten durch Senkung der Krankenkassenbeiträge

und viele andere Themen mehr.

Als ein wesentlicher **Trend** in der Gesundheitspolitik, der sich im Ergebnis auf den Gesundheitsbetrieb auswirkt, lässt sich zum einen die Abkehr von der reinen Kostendämpfungspolitik ausmachen. Während bis in die neunziger Jahre die gewachsenen Strukturen und Anreize in der GKV weitgehend unangetastet blieben und auf der Seite der Gesundheitsbetriebe aufgrund der geltenden Vergütungs- und Finanzierungsformen (Selbstkostendeckungsprinzip in der stationären Versorgung, Einzelleistungsvergütung im ambulanten Sektor etc.) starke Anreize zur Mengenausweitung ausgingen, wurden durch das *Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)* eine Reihe von Steuerungsinstrumenten installiert:

- Verlust der Bestandsgarantie für die Krankenkassen aufgrund freier Kassenwahl und Individualisierung des Beitragssatzes,
- Einführung von Pauschalen bzw. Individualbudgets bei der Vergütung der Leistungserbringer,
- Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen zur Einführung von Selbsthalten und Beitragsrückerstattungen,
- Privatisierung von Krankenbehandlungskosten (beispielsweise durch Ausgliederung des Zahnersatzes für alle unter 18-Jährigen aus der Erstattungspflicht der Krankenkassen),
- Möglichkeit, Verträge mit einzelnen Gruppen von Ärzten – und nicht mehr ausschließlich mit der *Kassenärztlichen Vereinigung (KV)* als regionaler ärztlicher Monopolvertretung – abzuschließen bzw. auch Verträge mit einzelnen Krankenhäusern zu kündigen.

Für die Gesundheitsbetriebe bedeutsames Ziel dieser Steuerungsinstrumente ist es letztendlich Anreize zu schaffen, sich auf der Basis ihrer finanziellen Interessen am Ziel einer Ausgaben- und Mengenbegrenzung zu orientieren, um zwischen dem gesundheitspolitischen Globalziel der Kostendämpfung und den individuellen Handlungsrationalitäten bei der Erbringung, Finanzierung und Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen eine Ausgleich zu schaffen.

Zu den neueren gesundheitspolitischen Vorgaben der Legislative zählen insbesondere die Gesetze

- zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (*Krankenhausstrukturgesetz – KHSG*) mit dem Ziel, die Qualität der Krankenhausversorgung zu verbessern,
- für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (*E-Health-Gesetz*), das mit einem Fahrplan zur Einführung einer digitalen Infrastruktur die Digitalisierung im Gesundheitswesen voran bringen soll,
- zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (*GKV-Versorgungsstärkungsgesetz*), das auch in Zukunft eine gut erreichbare medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten auf hohem Niveau sicherstellen soll.

Da viele gesundheitspolitischen Ziele den Staat nicht nur alleine betreffen bzw. auch nicht in seine alleinigen Kompetenzen fallen, werden die Interessen der Gesundheitsbetriebe bei der Mitgestaltung der politischen Vorgaben auf verschiedenen Ebenen vertreten.

Beispiel

Auszüge aus den gesundheitspolitischen Leitsätze der Ärzteschaft (Ulmer Papier, Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages 2008):

„Die Krankheiten der Patienten sind zum Geschäftsgegenstand geworden und Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige der anderen Gesundheitsberufe zu Gliedern einer Wertschöpfungskette. Dabei ist der merkantile Gewinn und nicht etwa die Genesung der Erkrankten das eigentliche Ziel der Wertschöpfung. Durch die Zentralisierung medizinischer Entscheidungsprozesse bei staatlichen und substaatlichen Institutionen einerseits und die Ausrafung des Preiswettbewerbs unter den Leistungserbringern andererseits ist ein überbordendes Vorschriften- und Kontrollsystem entstanden, das Zeit in der Patientenversorgung kostet und den Druck zur Rationierung bis ins Unerträgliche erhöht.“ ...„Im Mittelpunkt eines funktionierenden Gesundheitswesens muss wieder der kranke Mensch stehen und nicht mehr der Geschäftsgegenstand Diagnose. Nur dann besteht die Chance, auch unter den Bedingungen einer verschärften Mittelknappheit, gute Patientenversorgung und ärztliche Berufszufriedenheit herzustellen. Dann werden Ärztinnen und Ärzte sowohl ihre Kompetenz, als auch Empathie und Zuwendung für Patientinnen und Patienten noch umfangreicher einbringen können“ (Bundesärztekammer 2008, S. 35).

2.1.2 Strukturelle Umweltbedingungen

Der Gesundheitsbetrieb ist in das deutsche **Gesundheitssystem** integriert, welches die Beziehungen im Gesundheitswesen zwischen dem Staat mit Bund, Ländern, Kommunen, den einzelnen Krankenkassen, den Privatversicherungen, den Unfall-, Pflege- und Rentenversicherungen, den kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Vereinigungen, den Arbeitgeber- und -nehmerverbänden, den versicherten Patienten, ihren Verbänden und ihre Selbsthilfeorganisationen, sonstigen im Gesundheitswesen tätigen Interessenverbänden, den Leistungserbringern, also Ärzte, Pflegepersonal, Apotheker usw., und anderen eingebundenen Gruppierungen regelt. Seine Aufgabe ist die

- Förderung und Erhaltung der Gesundheit,
- Behandlung von Krankheiten,
- Krankheitsvorbeugung und,
- Wiedereingliederung in die soziale Teilhabe,

aufbauend auf staatliche und nicht staatliche Institutionen, die gesundheitsbezogene Dienstleistungen für die Bevölkerung zur Verfügung stellen (vgl. Haubrok 2009, S. 27).

Beispiel

„Während einige Staaten, zumeist in der westlichen Welt, fast allen Bürgern ein reichhaltiges Portfolio an Gesundheitsdienstleistungen von der Grund- bis zur hoch spezialisierten Versorgung zur Verfügung stellen, sind die Leistungen in anderen Staaten, meist mit solchem mit mittlerem oder geringem Staatseinkommen, deutlich beschränkter. Während einzelne Staaten, so etwa Deutschland, diese Gesundheitsdienstleistungen

über die eine oder andere Form der Sozialversicherungen finanzieren, generieren andere Staaten, so etwa Großbritannien, Einnahmen über allgemeine Steuern. Wieder andere hingegen, so wohl am ausgeprägtesten die USA, überlassen diese Aufgabe weitgehend privaten Versicherungen. Eine kleine Gruppe (vornehmlich südostasiatischer Staaten) verpflichten ihre Bürger gesetzlich dazu, gewisse Summen selbst zu sparen, die sie dann für Gesundheitsdienstleistungen einsetzen können. Ebenso unterscheiden sich Gesundheitssysteme in der Leistungserbringung. So organisieren einige Staaten die Gesundheitsversorgung ausschließlich, oder fast ausschließlich, staatlich, während andere sich auf private Organisationen der Leistungserbringung verlassen und wieder andere einen Mix aus verschiedenen Trägerschaften anstreben“ (Ochs et al. 2013, S. 18).

Die Gesundheitsbetriebe in Deutschland sind somit hauptsächlich dem Staat oder dem Privatsektor zuzuordnen. Der **Staat** erbringt nur einen Teil der Versorgungsleistungen mit der Aufsicht über die ärztliche Selbstverwaltung und die Versicherungseinrichtungen, den kommunalen Krankenhäusern, den Hochschulkliniken oder den Gesundheitsbehörden. Im **Privatsektor** überwiegen freiberuflich geführte Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Apotheken, heilpraktische und sonstige ambulante Praxen, sowie private und/oder gemeinnützige Krankenhäuser, Kliniken und sonstige stationäre Einrichtungen.

Bei der **Finanzierung** aller von Gesundheitsbetrieben erbrachter Gesundheitsleistungen beträgt der Anteil der Versicherten in der PKV knapp 10 %. Außerhalb der Versicherungsleistungen hat sich mittlerweile ein erheblicher, privat finanzierter Gesundheitsmarkt für *Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)* entwickelt, der insbesondere nicht erstattungsfähige Leistungen in den Bereichen alternativer Heilverfahren, medizinischer Zusatzleistungen, Kosmetik, Wellness oder Esoterik umfasst. Weitere 2,5 % sind anderweitig versichert oder ohne Krankenversicherungsschutz. Der überwiegende Teil wird allerdings neben Selbstbeteiligungen, Zuzahlungen von Patienten, Zuschüssen bzw. Kostenbeteiligungen durch den Staat oder durch gemeinnützige Organisationen hauptsächlich durch die GKV erbracht, die sich aus den Versicherungsbeiträgen der Arbeitnehmer und Arbeitgeber finanziert.

Beispiel

„Das Gesundheitswesen in westlichen Ländern basiert wesentlich auf einem Krankenversicherungsschutz und einem sich daraus ableitenden Anspruch auf Zugang zu gesundheitlichen Leistungen oder deren Erstattung. Dieses Zusammenspiel von Beitragszahlung und Leistungsanspruch wird oftmals gegenübergestellt als Einnahmenseite und Ausgabenseite des Gesundheitswesens. Die Einnahmenseite behandelt somit Aspekte der Mittelherhebung. In Deutschland ist die Mittelherhebung geprägt durch die Erhebung von Krankenversicherungsbeiträgen und die Verteilung auf (gesetzliche) Krankenkassen an die Leistungserbringer, also insbesondere Vertragsärzte und Krankenhäuser. Weitere Leistungsbereiche sind ambulant verschriebene Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel und auch Leistungen der Prävention oder Rehabilitation“ (Lüngen und Büscher 2015, S. 11).

Tab. 2.1 Ausgewählte Strukturdaten zu den Umweltbedingungen von Gesundheitsbetrieben (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2015)

	2011	2012	2013
Bevölkerungsentwicklung in Deutschland	80.328.000	80.524.000	80.767.000
Krankenstand der Pflichtmitglieder in der GKV in Prozent aller GKV-Mitglieder (Jahresdurchschnitt)	3,64	3,78	3,68
Werte je GKV-Arzneimittelverordnung	47,51 €	48,05 €	48,89 €
Verordnungen im GKV-Arzneimittelmarkt	625,4 Mio.	633,5 Mio.	644,9 Mio.
Umsatz im GKV-Arzneimittelmarkt	29.716 Mio. €	30.442 Mio. €	31.524 Mio. €
Berufstätige Zahnärzte	68.502	69.236	69.730
Berufstätige Ärzte	342.063	348.695	357.252
Krankenhäuser	2045	2017	1996
Krankenhausbetten	502.029	501.475	500.671
Zahl der gesetzl. Krankenkassen	156	146	134
Gesundheitsausgaben	295,5 Mrd. €	302,8 Mrd. €	314,9 Mrd. €

Die **Beschäftigten** in Gesundheitsbetrieben setzen sich überwiegend beispielsweise aus ärztlichem, nichtärztlichem Personal und Pflegepersonal in Kliniken, niedergelassenen Zahn-, Haus- und Fachärzten sowie nichtärztlichem Personal in den Arzt- und Zahnarztpraxen zusammen (vgl. Tab. 2.1).

2.1.3 Medizinische Umweltbedingungen

Die medizinischen Umweltbedingungen der Gesundheitsbetriebe bestehen zum einen aus dem **Gesundheitszustand** und den gesundheitlichen Risiken der deutschen Bevölkerung. Daraus lassen sich Schwerpunkte für die betriebliche, medizinische Leistungserstellung ableiten.

Beispiel

„In 40 Jahren werden ca. 30 % der Weltbevölkerung älter als 65 Jahre sein. Als Folge dieser Entwicklung werden sich die Anforderungen an die Gesundheitsversorgung stark verändern. Im Hinblick auf die in Zukunft immer älter werdenden Patienten ergeben sich multiple Krankheitsbilder, die eine Multimedikation und hohe Pflegebedürftigkeit mit sich bringen“ (Greiling und Muszynski 2008, S. 13).

Nach Angaben des *Statistischen Bundesamtes* wurden 2014 in insgesamt 19.632.764 Fällen Patienten und Patientinnen im Rahmen stationärer Krankenhausaufenthalte behandelt. Die häufigste Einzeldiagnose nach *ICD-10* war die Herzinsuffizienz (I50) mit 432.893 Fällen,

gefolgt von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) mit 340.500 Fällen und Vorhofflimmern und Vorhofflattern (I48) mit 289.791 Fällen. Vollstationär behandelt wurden 10.334.188 Frauen und 9.298.558 Männer. Die durchschnittliche Verweildauer lag bei 7,4 Tagen (vgl. Tab. 2.2).

Zu den medizinischen Umweltbedingungen der Gesundheitsbetriebe zählen ferner die Unterstützungsmöglichkeiten bei der medizinischen Leistungserbringung und damit die Entwicklungen in der **Medizintechnik**.

Nach einer Studie des *Bundesministeriums für Bildung und Forschung* zur Medizintechnik wird erwartet, dass die Entwicklungen im Bereich diagnostischer Leistungen und im ambulanten chirurgischen Bereich stärker fortschreiten, als im stationären Bereich. Begründet wird dies insbesondere mit der zunehmenden Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich, der Spezialisierung in der Leistungserbringung und der Förderung sekundärpräventiver Leistungen (Entdeckung klinisch noch symptomloser Erkrankungen und ihre erfolgreiche Frühtherapie). Daneben ist der stationäre Pflegemarkt angesichts der veränderten Altersstruktur als weiterer Fortschrittsbereich anzusehen,

Tab. 2.2 Häufigste Hauptdiagnosen der 2014 vollstationär behandelten Patienten nach *ICD-10* (vgl. Statistisches Bundesamt 2016a)

ICD-10-Nr.	Diagnose/Behandlungsanlass	Anzahl Patienten
I50	Herzinsuffizienz	432.893
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	340.500
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	289.791
S06	Intrakranielle Verletzung	267.186
I20	Angina Pectoris	248.015
I63	Hirninfarkt	245.147
I10	Essenzielle (primäre) Hypertonie	233.525
K80	Cholelithiasis	228.376
J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	227.709
M54	Rückenschmerzen	223.641
I21	Akuter Myokardinfarkt	219.492
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	216.891
I70	Atherosklerose	195.736
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	194.64
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	192.445
M17	Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes)	185.399
S72	Fraktur des Femurs	175.320
K40	Hernia inguinalis	168.005
M16	Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenkes)	167.500
E11	Diabetes mellitus, Typ 2	167.287

während hingegen der zahnärztliche Bereich und die Hilfsmittel weiter an relativer Bedeutung einbüßen werden (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung 2005, S. 4 ff.).

Als die wichtigsten zukunftsrelevanten medizintechnischen **Schlüsseltechnologien** werden in der Studie genannt:

- Nanotechnologie,
- Zell- und Biotechnologie,
- Informationstechnologie,
- neue Materialien,
- Mikrosystemtechnik (Chip-Systeme, molekulare Bildgebung, Hochdurchsatz-Systeme und Vor-Ort-Diagnostik),
- Optische Technologien.

Für die **Therapie** zeichnen sich als zukünftige Innovationsschwerpunkte insbesondere Fortschritte beim Organersatz (Zell- und Gewebetechnik) sowie bei Implantaten und Wirkstoff-Freisetzungssystemen (Drug Delivery Systems wie Mikrosystemtechnik, Nanotechnologie) ab.

Generelle **Trends** bei der Weiterentwicklung der relevanten Schlüsseltechnologien sind (vgl. Abb. 2.1):

- Miniaturisierung: Verstärkte Nutzung der Mikrosystemtechnik, der Nanotechnologie und der optischen Technologien,
- Digitalisierung: Zunehmende Bedeutung der Informations- und Kommunikationstechnologie als herausragende Basistechnologie für nahezu alle Bereiche der Medizintechnik,
- Molekularisierung: Fortschritte für die biomolekularen Primärfunktionen insbesondere bei der Biotechnologie, aber auch in der Zell- und Gewebetechnik (tissue engineering).

Aus diesen Entwicklungstendenzen ergeben sich für den Gesundheitsbetrieb insbesondere folgende **Anforderungen**:

- Integration: Integration der vielfältigen Aspekte der Entwicklungen in der Medizintechnik durch regelmäßige Informationen über aktualisierte medizinische Perspektiven und Entwicklungsansätze, das Fortschreiben von medizinischen Prozessdokumentationen.
- Innovationsentwicklung: Der Gesundheitsbetrieb muss darauf achten, stärker bedarfsinduzierte Innovationsentwicklungen anzustoßen, um nicht in erster Linie technologiegetriebenen nachkommen zu müssen.

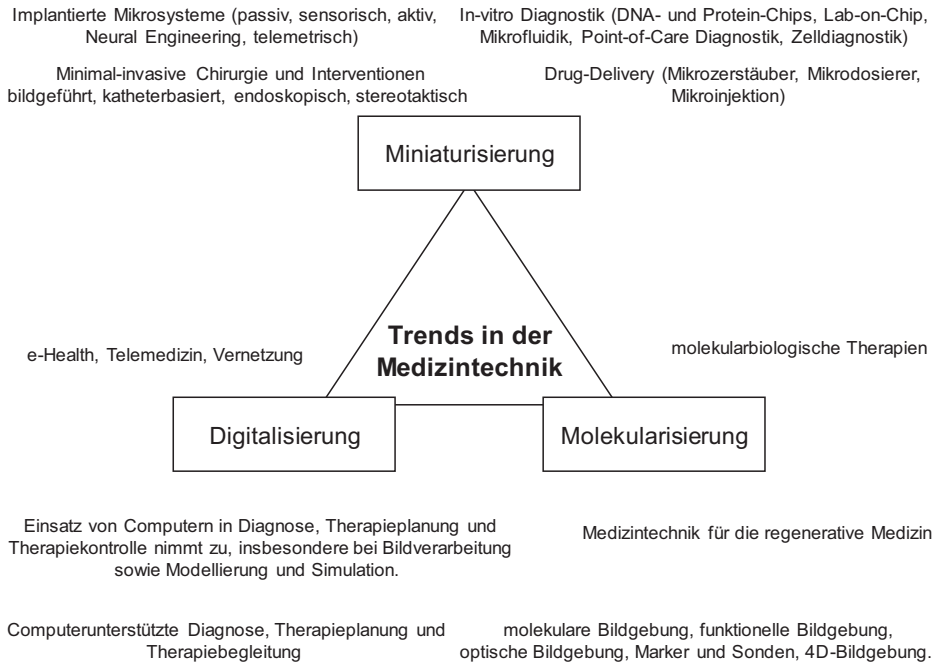


Abb. 2.1 Trends bei der Weiterentwicklung medizintechnischer Schlüsseltechnologien (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung 2005, S. 16 f.)

- Interdisziplinarität: Die Anforderungen an das Miteinander der Fachärzte und der medizinischen Disziplinen steigen; Interdisziplinäre Kommunikation wird zum kritischen Erfolgsfaktor für medizinische Innovationsprozesse.

2.1.4 Ökologische Umweltbedingungen

Gesundheitsbetriebe haben eine besondere Verantwortung im Bereich des Umweltschutzes, da sie Aufgaben im Rahmen der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsprophylaxe wahrnehmen. Bemühen sie sich nicht, die Belastungen der Umwelt bei der medizinischen Versorgung so gering wie möglich zu halten, konterkarieren sie ihre Aufgaben im Rahmen der Vorsorge und Heilung.

Ein nicht unbeträchtliches Problempotenzial stellen umweltrelevante Stoffe und Arbeitsabläufe in einem Gesundheitsbetrieb dar. Es sind dabei nicht nur umweltrechtliche Vorgaben einzuhalten, sondern auch wirtschaftliche Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Die Entsorgung von oft als Sondermüll zu deklarierenden Abfällen aus Krankenhäusern oder Arztpraxen, der Energieverbrauch durch Klima-, Heizungs- und Lüftungsanlagen oder Gebühren für steigende Frischwasser- und Abwassermengen belasten die ökonomische Situation einzelner Betriebe zusätzlich.

Insofern ist der **Umweltschutz** zwar nicht als primäre Aufgabe eines Gesundheitsbetriebs anzusehen. Andererseits bestehen allerdings sowohl rechtliche als auch gesellschaftliche Anforderungen, die ein **Umweltmanagement** im Gesundheitsbetrieb rechtfertigen.

Als Hauptaufgaben eines betrieblichen Umweltmanagements sind daher anzusehen:

- Risiken von Stör- und Unfällen reduzieren: Insbesondere durch umweltgerechte Prozesse beim Arbeiten in Laboratorien, bei der Anwendung medizinischer Technik, beim Umgang mit Chemikalien, Abfällen, Mikroorganismen, Radionukliden und sonstigen radioaktiven Materialien, beim Arbeiten in Krankenhausküchen und –wäschereien, bei Abluft, Abwasser und Haustechnik.
- Einsparpotenziale realisieren: Verringerung von Kosten und der Umweltbelastung durch Material- und Energiesparmaßnahmen.
- Mitarbeitermotivation verbessern: Umsichtige, vorbildlich umweltgerechte Betriebsführung fördert die Identifikation mit dem Gesundheitsbetrieb.
- Haftungsrisiken vermindern: Nachweis der Einhaltung der Sorgfaltspflicht durch Dokumentationen, Vorschriften und Dienstanweisungen und sonstigen Nachweisen über einen ordnungsgemäßen Betrieb.

Beispiel

Beispielsweise schreiben Wasserhaushaltsgesetze häufig die Reinigung von Abwasserströmen nach dem Stand der Technik und möglichst wassersparende Verfahrensweisen vor. Sie enthalten oft rechtliche und technische Auflagen, sowie Einleitgrenzwerte für abwasserbelastende Stoffe wie Desinfektionsmittel, Laborchemikalien und Medikamente, insbesondere Zytostatika und Diagnostika, cyanidhaltigen Chemikalien bei der Hämoglobinbestimmung oder jodhaltige Diagnostika in der Computertomografie. Für den Umgang mit wassergefährdenden Stoffen gibt es in der Regel ebenfalls Vorschriften.

Für den Gesundheitsbetrieb setzt das **Umweltrecht** die rechtlichen ökologischen Rahmenbedingungen. Es ist nicht in einem einheitlichen Umweltgesetzbuch geregelt, sondern besteht aus einer Vielzahl von Einzelgesetzen, die durch Verordnungen oder auch durch allgemeine Verwaltungsvorschriften konkretisiert und dem jeweiligen Kenntnisstand entsprechend angepasst werden. Die Verordnungen und Verwaltungsvorschriften enthalten im Vergleich zu den Gesetzen oft konkrete, technisch-naturwissenschaftlich begründete Inhalte, etwa zur erlaubten Luft- oder Lärmbelästigung. Zusätzlich werden technische Regelwerke, wie etwa *DIN*-Vorschriften oder *VDI*-Regelungen zum Ausfüllen unbestimmter Rechtsbegriffe herangezogen.

Das *Kreislaufwirtschaftsgesetz (KrWG)* stellt eine wichtige rechtliche Grundlage der Organisation der Entsorgung und des Umweltschutzes für den Gesundheitsbetrieb dar. Nach § 6 KrWG stehen die Maßnahmen der Vermeidung und der Abfallbewirtschaftung in der Rangfolge Vermeidung, Vorbereitung zur Wiederverwendung, Recycling, sonstige Verwertung, insbesondere energetische Verwertung und Verfüllung, Beseitigung.

Für den Gesundheitsbetrieb gilt somit als wichtiges Gebot, Abfälle erst gar nicht entstehen zu lassen, sondern diese wenn möglich zu vermeiden. Wenn eine Vermeidung nicht möglich erscheint, so ist die Verwertung der Beseitigung vorzuziehen. Lediglich der gesundheitsbetriebliche Abfall, der nicht mehr verwertet werden kann, ist auf Depo-nien oder durch Verbrennung zu beseitigen.

2.2 Rechtliche Grundlagen

2.2.1 Allgemeine betriebliche Rechtsgrundlagen

Die allgemeinen betrieblichen Rechtsgrundlagen von Gesundheitsbetrieben sind zunächst im **Wirtschaftsrecht** verankert. Es stellt die Gesamtheit aller privatrechtlichen, öffentlich-rechtlichen und strafrechtlichen Rechtsnormen und Maßnahmen dar, die die Erwerbstätigkeit von Gesundheitsbetrieben betreffen (vgl. Abb. 2.2).

Das **Wirtschaftsverfassungsrecht** stellt Verfassungsvorschriften dar, welche die Wirtschaft und damit die Gesundheitsbetriebe betreffen. Das *Grundgesetz (GG)* enthält keine systematische Zusammenstellung dieser Verfassungsbestimmungen. Das

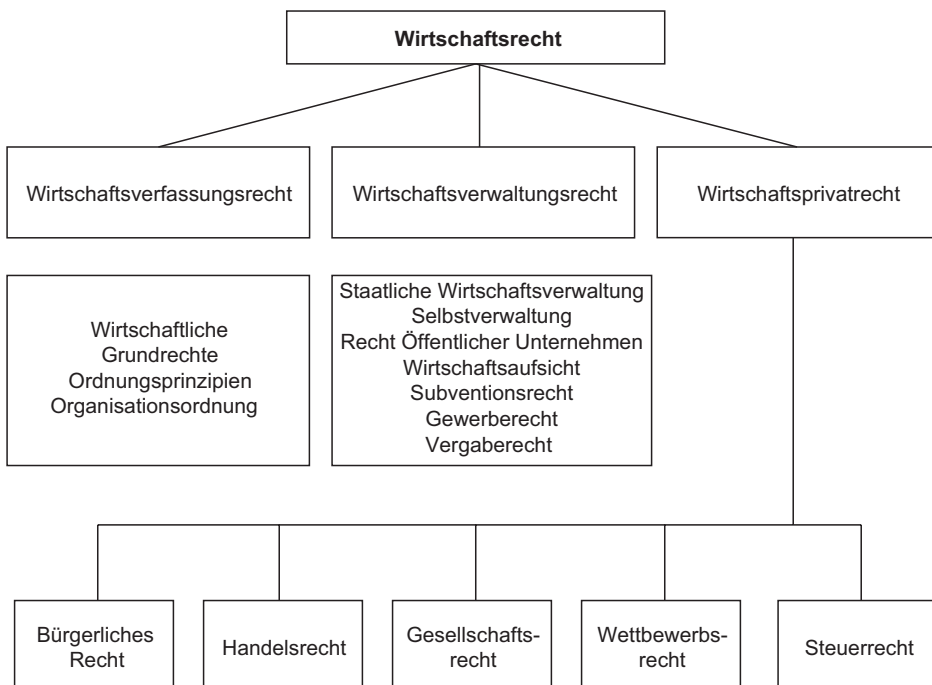


Abb. 2.2 Wirtschaftsrechtliche Grundlagen

Wirtschaftsverfassungsrecht des Gesundheitsbetriebs ist daher beispielsweise geprägt durch wesentliche **Grundrechte**:

- Artikel 2: Freie Entfaltung der Persönlichkeit und damit wirtschaftliche Grundfreiheiten, Unternehmens- und Vertragsfreiheit zur Bildung von Gesundheitsbetrieben,
- Artikel 9: Wirtschaftliche und betriebliche Vereinigungsfreiheit,
- Artikel 11: Wirtschaftliche und betriebliche Freizügigkeit,
- Artikel 12: Recht auf freie Berufsausübung in Gesundheitsbetrieben,
- Artikel 13: Schutz der Geschäftsräume von Gesundheitsbetrieben,
- Artikel 14: Recht auf wirtschaftliches und betriebliches Eigentum.

Auch die fundamentalen **Ordnungsprinzipien** (Rechtsstaatsprinzip etc.) und die **Organisationsordnung** (Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes für das Wirtschaftsrecht, Verwaltungskompetenzen der Länder etc.) des Grundgesetzes wirken sich mittelbar auf die rechtlichen Rahmenbedingungen des Gesundheitsbetriebs aus.

Das **Wirtschaftsverwaltungsrecht** umfasst Rechtsnormen, die staatliche Einheiten zur Einwirkung auf die Wirtschaft und damit auf Gesundheitsbetriebe berechtigen oder verpflichten und diese Kontrolle etc. organisieren. Dazu zählen im Hinblick auf den Gesundheitsbetrieb insbesondere

- Organisation der staatlichen Wirtschaftsverwaltung,
- Organisation der Selbstverwaltung (Ärzte-/Zahnärztekammern und -verbände, Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen),
- Recht Öffentlicher Unternehmen,
- Wirtschaftsaufsicht,
- Subventionsrecht,
- Gewerberecht,
- Vergaberecht.

Beispiel

Ein Krankenhaus in der Rechtsform einer öffentlich-rechtlichen Anstalt muss sich als öffentliches Unternehmen beispielsweise bei der Vergabe von Aufträgen nicht nur an das allgemein gültige *Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB)* halten (vgl. § 1 GWB) sondern darüber hinaus auch die *Vergabeverordnung* (vgl. § 1 VgV) oder beispielsweise in Bayern die *Richtlinien über die Berücksichtigung von Umweltgesichtspunkten bei der Vergabe öffentlicher Aufträge (Umweltrichtlinien Öffentliches Auftragswesen – öAUmwR)* berücksichtigen.

Im **Wirtschaftsprivatrecht** finden sich die Regeln des Güter- und Leistungsaustausches auf dem Markt zwischen den Gesundheitsbetrieben, deren Lieferanten und Patienten wieder, die insbesondere durch folgende Rechtsgebiete vorgegeben sind:

1. Buch: Allgemeiner Teil

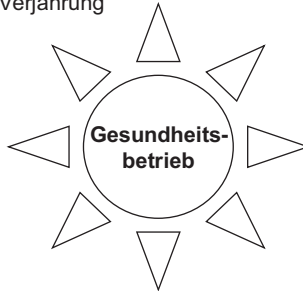
Grundtatbestände, Rechtsbegriffe, Fristen, Vollmachten, Rechtsgeschäfte, Stellvertretungen, natürliche und juristische Personen, Personenvereinigungen, Verjährung

2. Buch: Schuldrecht

Schuldverhältnisse, Gläubiger, Schuldner, Tausch, Kauf, Miete, Pacht, Werkvertrag, Dienstvertrag

3. Buch: Sachenrecht

Eigentum, Besitz, Pfandrecht, Grundstücke, dingliche Rechte an beweglichen und unbeweglichen Sachen

**4. Buch: Erbrecht**

Erbvertrag, Testament, Erbfolge, Vermögensübergang, rechtliche Stellung der Erben

5. Buch: Familienrecht

Familienangelegenheiten, Ehe, Vormundschaft, Verwandtschaft, persönliche und wirtschaftliche Stellung von Familienmitgliedern

Abb. 2.3 Rechtliche Grundlagen durch das BGB (vgl. § 1 ff. BGB)

- Bürgerliches Recht,
- Handelsrecht,
- Gesellschaftsrecht,
- Wettbewerbsrecht,
- Steuerrecht.

Das **Bürgerliche Recht** regelt im *Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB)* die Rechtsverhältnisse der Bürger untereinander und enthält damit auch zahlreiche Vorgaben für den Gesundheitsbetrieb (vgl. Abb. 2.3).

Beispiel

Wird eine Arztpraxis vererbt, so regelt das Erbrecht im BGB beispielsweise die Erbfolge, den Vermögensübergang und die rechtliche Stellung der Erben. Vergibt ein Krankenhaus einen Werkvertrag an einen externen Programmierer, so ist auch dieser im Grunde nach im BGB geregelt (vgl. Frodl 2013, S. 35 ff.).

Im *Handelsgesetzbuch (HGB)* regelt das **Handelsrecht** die kaufmännischen Angelegenheiten des Gesundheitsbetriebs. Dabei ist es nahezu unerheblich, ob der Gesundheitsbetrieb beispielsweise mit medikamentösen, medizinischen oder pharmazeutischen Heilmitteln und sonstigen Stoffen einen Handel im engeren Sinne betreibt oder nicht. Es findet in der Regel unabhängig davon immer dann Anwendung, wenn die **Kaufmannseigenschaft** vorliegt. Relevant für den Gesundheitsbetrieb sind insbesondere die ersten

drei Bücher des HGB, in denen Handelsstand, Handelsgesellschaft und stille Gesellschaft, Handelsbücher sowie die Handelsgeschäfte geregelt sind (vgl. Abb. 2.4).

Je nach Art und Weise, wie der Gesundheitsbetrieb kaufmännisch eingerichtet ist bzw. in welcher Rechtsform er betrieben wird, sind die dort tätigen Gewerbetreibenden nach dem HGB auch als **Vollkaufmann** anzusehen (vgl. Tab. 2.3).

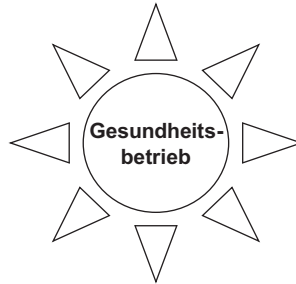
Das Innen- und Außenverhältnis von gesellschaftlich organisierten Gesundheitsbetrieben ist im **Gesellschaftsrecht** geregelt. Es wird dabei zwischen Personengesellschaften, Kapitalgesellschaften, Stiftungen und Mischformen unterschieden. Für den Gesundheitsbetrieb in der jeweiligen Rechtsform bedeutsame gesellschaftliche Regelungen finden sich insbesondere im

1. Buch: Handelsstand

Handelsregister, Firmenrecht, Prokura, Kaufmannseigenschaft, Handelsvertreter

2. Buch: Handelsgesellschaft und stille Gesellschaft

Recht der Personengesellschaften OHG, KG, stille Gesellschaft



3. Buch: Handelsbücher

Vorschriften zur Buchführung und Bilanzierung

4. Buch: Handelsgeschäfte

Sondervorschriften für Handelsgeschäfte, Lager-, Kommissions-, Fracht-, Speditionsgeschäfte, Handelskauf

Abb. 2.4 Handelsrechtliche Grundlagen

Tab. 2.3 Vollkaufleute im Gesundheitsbetrieb nach HGB

Art	Definition	Relevanz
Muss-Kaufmann	Grundhandelsgewerbe (bspw. Bankgewerbe, Versicherungsgewerbe, Produktion, Bearbeitung, Anschaffung und Weiterveräußerung von Waren)	Handel treibende Gesundheitsbetriebe
Soll-Kaufmann	Gewerbe erfordert einen in kaufmännischer Weise eingerichteten Geschäftsbetrieb	Gesundheitsbetriebe, die nach kaufmännischen Gesichtspunkten wirtschaften
Kann-Kaufmann	Bestimmte Betriebe der Land- und Forstwirtschaft	Geringe Relevanz
Formkaufmann	Aufgrund der Rechtsform (bspw. GmbH, AG, KG, OHG etc.)	Gesundheitsbetriebe in entsprechender Rechtsform

- Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB): Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR),
- Genossenschaftsgesetz (GenG): Eingetragene Genossenschaft (eG),
- Aktiengesetz (AktG): Aktiengesellschaft (AG), Kommanditgesellschaft auf Aktien (KGaA),
- GmbH-Gesetz (GmbHG): Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH),
- Mitbestimmungsgesetz (MitbG): AG, KGaA, GmbH, Erwerbs- und Wirtschaftsgenossenschaft mit in der Regel über 2000 Mitarbeitern, mit Verpflichtung zur paritätischen Besetzung des Aufsichtsrats,
- Handelsgesetzbuch (HGB): Offene Handelsgesellschaft (OHG), Kommanditgesellschaft (KG), Einzelunternehmung, Stille Gesellschaft, Kapitalgesellschaft.

Im Gesellschaftsrecht sind für Gesundheitsbetrieb beispielsweise die Rechnungslegung, die Gewinn- und Verlustverteilung, die Gründung und Beendigung, die Kapitalerhöhung, die Haftung oder auch die Vertretungsbefugnis der Gesellschafter bzw. Organe geregelt.

Die für den Gesundheitsbetrieb bedeutsamen Regelungen des **Wettbewerbsrechts** beziehen sich im Wesentlichen auf die Verhinderung von Wettbewerbsbeeinträchtigungen aufgrund von Kartellbildung, Preisbindung, den Gesundheitsmarkt beherrschende Positionen, diskriminierendes Verhalten, Schutz von Mitbewerbern oder Patienten vor unfairen Geschäftspraktiken durch das *Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB)*, sowie Regelungen oder Schadenersatz bei irreführender Werbung, unwahre Behauptungen über Mitbewerber oder Erwecken falscher Qualitätsvorstellungen durch das *Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (vgl. § 3 UWG)*. Medizintechnische Entwicklungen oder neue Produktentwicklungen im pharmazeutischen Bereich werden insbesondere durch das **Gebrauchsmuster-, Patent- und Warenzeichenrecht** geschützt.

Das **Steuerrecht** regelt die Festsetzung und Erhebung der Steuern des Gesundheitsbetriebs und beeinflusst damit die betriebliche Entscheidungen wesentlich (vgl. Abb. 2.5).

Der steuerliche **Gewinn** zählt dabei zu wichtigen Besteuerungsgrundlagen des Gesundheitsbetriebs und ist maßgeblich bei der Ermittlung der Einkommen-, Körperschafts- und Gewerbeertragsteuer. Er wird in der Regel durch eine Steuerbilanz ermittelt und ist nach dem *Einkommensteuergesetz (vgl. § 4 f. EStG)* definiert als um den Wert der Entnahmen vermehrten und um den Wert der Einlagen verminderten Unterschiedsbetrag zwischen dem Vermögen des Gesundheitsbetriebs am Schluss des Wirtschaftsjahres und dem am Schluss des vorangegangenen Wirtschaftsjahres. Der **Einkommensteuer (ESt)** unterliegen Gesundheitsbetriebe in der Rechtsform von Personengesellschaften nicht selbst, sondern ihre Gesellschafter mit den ihnen zugerechneten Anteilen am erzielten Gewinn. Gesundheitsbetriebe in der Rechtsform von Kapitalgesellschaften sind als juristische Personen Steuersubjekte der **Körperschaftsteuer (KSt)**; die anteilige Gewinnausschüttung wird jedoch beim jeweiligen Anteilseigner der Einkommensteuer unterworfen. Die **Gewerbesteuer (GewSt)** besteuert den Ertrag des gewerblichen Gesundheitsbetriebs und richtet sich nach dem Ertrag, der aus dem einkommen- oder körperschaftsteuerlichen Gewinn aus Gewerbebetrieb abgeleitet wird. Die **Umsatzsteuer (USt)** ist eine Steuer auf Lieferungs- und Leistungsumsätze des Gesundheitsbetriebs. Ihr unterliegen



Abb. 2.5 Einflüsse des Steuerrechts auf den Gesundheitsbetrieb

medizinische Leistungen und Lieferungen, soweit sie nicht im Rahmen der Kassen – und Privatliquidation davon befreit sind.

Neben dem deutschen Wirtschaftsrecht gewinnt das **Europäische Wirtschaftsrecht** als weitere allgemeine betriebliche Rechtsgrundlage des Gesundheitsbetriebs zunehmend an Bedeutung. So ist im Bereich des europäischen Gesellschaftsrechts für nationenübergreifende Kooperationen im Gesundheitswesen die *Europäische Aktiengesellschaft (Societas Europaea)* nennenswert, aber auch europaweite Regelungen für Forschung und Technologie, Monopole und Subventionen, europäisches Niederlassungs- und Dienstleistungsrecht, Wettbewerbsregeln sowie Steuerrecht.

Während das Wirtschaftsrecht die *Erwerbstätigkeit* von Gesundheitsbetrieben regelt, befasst sich das **Arbeitsrecht** im Gesundheitsbetrieb mit dem *Arbeitsverhältnis* zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Dazu zählen auch der Arbeitsschutz im Gesundheitsbetrieb, Folgen bei Arbeitsunfall, Mitbestimmungsrechte, Jugendarbeits- und Mutterschutz und vieles andere mehr. Zu den wichtigsten Rechtsgrundlagen zählen:

- Arbeitszeitgesetz (ArbZRG),
- Berufsbildungsgesetz (BBiG),
- Bundesurlaubsgesetz (BUrlG),
- Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG),
- Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG),
- Kündigungsschutzgesetz (KSchG),
- Lohnsteuerdurchführungsverordnung (LStDV),

- Mutterschutzgesetz (MuSchG),
- Tarifvertragsgesetz (TVG),
- Ausbildungsverordnungen.

Die *Arbeitsorganisation* von Gesundheitsbetrieben wird in allgemeiner Hinsicht in zahlreichen Einzelgesetzen geregelt. Dazu zählen beispielsweise

- Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG),
- Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG),
- Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV),
- Bildschirmarbeitsverordnung (BildscharbV),
- Bundesdatenschutzgesetz (BDSG),
- Gefahrstoffverordnung (GefStoffV),
- Gewerbeordnung (GewO).

Beispiel

Nach § 30 Abs.1 GewO beispielsweise bedürfen Unternehmer von Privatkranken- und Privatentbindungsanstalten sowie von Privatnervenkliniken einer Konzession der zuständigen Behörde.

2.2.2 Besondere betriebliche Rechtsgrundlagen im Gesundheitswesen

Die Rechtsgebiete, die über die allgemeinen betrieblichen Rechtsgrundlagen hinaus spezielle Rahmenbedingungen für den Gesundheitsbetrieb darstellen, sind vielfältig. Sie betreffen insbesondere die betriebliche Organisation, die Betriebsangehörigen, die betriebliche Leistungserstellung, die Gebühren – und damit die Situation der Einnahmenerzielung – sowie die Patienten. Beispielhaft sind in Tab. 2.4 nur einige Rechtsgebiete und dazugehörige Rechtsnormen genannt.

Tab. 2.4 Beispiele für spezielle gesundheitsbetriebliche Rechtsgrundlagen

Rechtsgebiete	Einzelne Rechtsnormen
Arzneimittel- und Medizinproduktrecht	Arzneimittelgesetz (AMG), Medizinproduktegesetz (MPG), Medizinproduktegesetz-Betreiberverordnung (MPBetreibV)
Berufsrecht	Hebammengesetz (HebG), Heilpraktikergesetz (HeilprG), (Muster-) Berufsordnung für Ärzte (M-BOÄ), Psychotherapeutengesetz (PsychThG), Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO), Zahnheilkundengesetz (ZHG), Bundesärzteordnung (BÄO), Approbationsordnung für Zahnärzte (ZÄPrO)
Gebührenrecht	Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), Bundespflegesatzverordnung (BPfV)

(Fortsetzung)

Tab. 2.4 (Fortsetzung)

Rechtsgebiete	Einzelne Rechtsnormen
Werberecht	Heilmittelwerbe-gesetz (HWG)
Krankenhausrecht	Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV)
Krankenpflegerecht	Krankenpflegegesetz (KrPflG)
Patientenrecht	Patientenbeteiligungsverordnung (PatBeteiligungsV)
Pflegerecht	Sozialgesetzbuch (SGB)- Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung, Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, Pflege-Buchführungsverordnung (PflegeBuchV), Pflege-Statistikverordnung (PflegeStatV)
Privatversicherungsrecht (PKV)	Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) – Krankenversicherung
Recht der gesetzlichen Krankenversicherung	Sozialgesetzbuch (SGB)- Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung, Arzneimittel-ausgaben-Begrenzungsgesetz (AABG)
Allgemeines Gesundheitsrecht	Reichsversicherungsordnung (RVO), Röntgenver-ordnung (RöV), Transplantationsgesetz (TPG), Transfusionsgesetz (TFG), Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Tab. 2.5 Rechtsebenen auf dem Gebiet medizinischer Hygiene

Ebene	Norm
Bund	Infektionsschutzgesetz (IfSG)
Land	Z. B. Krankenhaushygieneverordnung Nordrhein-Westfalen
Berufsgenossenschaften	Z. B. TRBA 250
Technische Einrichtungen	Z. B. DIN-Normen zu Wasserleitungen, RLT-Anlagen, Sterilisation; VDI-Vorschriften zu RLT-Anlagen; DVGW-Arbeitsblätter zu Legionellen in Wassersystemen
Fachgesellschaften	Z. B. RKI-Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionspräven-tion; Leitlinien von DGKH, DGSV

Darüber hinaus konkretisieren spezielle Rechtsgebiete wie beispielsweise das Biomedizin- und Fortpflanzungsrecht die spezifische Leistungserstellung des Gesundheitsbetriebs. Am Beispiel der medizinischen Hygiene wird ferner besonders deutlich, dass es auch Rechtsnormen auf unterschiedlichen staatlichen und fachlichen Ebenen gibt (vgl. Tab. 2.5).

2.3 Betriebliche Rechtsformen

2.3.1 Öffentliche Rechtsformen für Gesundheitsbetriebe

Ein großer Teil der Gesundheitsbetriebe in Deutschland befindet sich in öffentlicher bzw. gemeinnütziger Trägerschaft. Daher sind die öffentlich-rechtlichen Organisationsformen für diese Betriebe von besonderer Bedeutung.

Beispiel

Nach Angaben der *Deutschen Krankenhausgesellschaft* gab es beispielsweise 2014 1980 Krankenhäuser, davon 589 in öffentlicher, 696 in freier-gemeinnütziger und 695 in privater Trägerschaft (vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft 2015).

Gesundheitsbetriebe in öffentlicher Rechtsform können sowohl Unternehmen *mit* oder *ohne* eigene Rechtspersönlichkeit sein.

Zu den öffentlichen Gesundheitsbetrieben *mit* eigener Rechtspersönlichkeit (juristische Personen des öffentlichen Rechts) zählt die **Anstalt (AdöR)**. Sie wird aufgrund eines Gesetzes errichtet, erfüllt eine bestimmte öffentliche Aufgabe im Gesundheitswesen, und ihr genaues Tätigkeitsgebiet wird in ihrer Satzung festgelegt.

Insbesondere Länder oder Kommunen entschließen sich, Leistungen im Gesundheitswesen durch rechtlich selbstständige Gesundheitsbetriebe in Form von Anstalten zu erbringen. Sie müssen als Träger sicherstellen, dass diese Betriebe in der Lage sind, ihre Aufgaben zu erfüllen. Dazu zählen im Rahmen der Anstaltslast die Ausstattung mit den zur Aufgabenerfüllung nötigen finanziellen Mitteln sowie die Erhaltung der Funktionsfähigkeit für die Dauer ihres Bestehens. Ferner haftet das Land oder die Kommune im Rahmen der Gewährträgerhaftung für die Verbindlichkeiten der Anstalt. Während landesunmittelbare Gesundheitsbetriebe in Form von Anstalten eher selten anzutreffen sind, kommen kommunale Krankenhäuser in Form von Anstalten des öffentlichen Rechts als die von den Gemeinden ausgegliederten Teilaufgaben kommunaler Daseinsvorsorge häufiger vor. Bei einer nicht rechtsfähigen Anstalt des öffentlichen Rechts kann im Streitfall nicht der Gesundheitsbetrieb selbst verklagt werden kann, sondern nur ihre Trägerin. Die Gesundheitsbetriebe in Form von Anstalten des öffentlichen Rechts regeln ihre eigenen Angelegenheiten selbst durch den Erlass von Satzungen, deren Genehmigung entweder dem Verwaltungsrat, dem Vorstand oder der Aufsichtsbehörde vorbehalten ist.

Beispiel

Die *St. Hedwig-Krankenhaus* (AdöR), Berlin, ist beispielsweise als Anstalt des öffentlichen Rechts bereits 1887 gegründet worden und mit dem Erzbistum Berlin verbunden. Träger ist eine kirchliche Bruderschaft. Nach außen vertreten wird die Anstalt durch den Vorstand, dem acht Mitglieder angehören (vgl. St. Hedwig-Krankenhaus 2016, S. 1).

Bei der **Körperschaft (KdöR)** handelt es sich ebenfalls um eine öffentliche Rechtsform für Gesundheitsbetriebe, die über eine eigene Rechtspersönlichkeit verfügt. Sie ist mitgliederschaftlich organisiert und besteht unabhängig vom Wechsel ihrer Mitglieder. Die Körperschaft wird hauptsächlich dann angewendet, wenn ursprünglich staatliche Aufgaben von den Betroffenen eigenverantwortlich geregelt werden sollen. Dazu werden diese organisatorisch aus der staatlichen Verwaltungshierarchie ausgegliedert und mit der Körperschaft einer rechtsfähigen Organisation übertragen. Auch kann der Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts Organisationen verliehen werden, die nicht staatliche Aufgaben erledigen, sondern Teil der Gesellschaft sind, um ihnen beispielsweise als Anerkennung für geleistete Arbeit ein besonderes Ansehen zukommen zu lassen. Gesundheitsbetriebe in der Rechtsform von Körperschaften haben

- Dienstherrnfähigkeit: Ernennung von Beamten,
- Satzungshoheit: Rechtsetzungsbefugnisse,
- Abgabehoheit: Erhebung von Beiträgen und Gebühren.

Als Gesundheitsbetriebe sind sie meist landesunmittelbare Körperschaften des öffentlichen Rechts, wobei Träger ein Bundesland ist, das auch die Rechts- bzw. Fachaufsicht ausübt.

Beispiel

Mit einem Strukturgesetz ist das Universitäts-Krankenhaus Eppendorf im Jahre 2001 in das *Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf*, einer rechtsfähigen Körperschaft des öffentlichen Rechts, umgewandelt worden. Sie ist gleichzeitig eine sogenannte Gliedkörperschaft der Universität Hamburg, deren zuständige Aufsichtsbehörde die *Behörde für Wissenschaft, Forschung und Gleichstellung (BWFG)* in Hamburg ist (vgl. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf 2016, S. 1).

Zu den Gesundheitsbetrieben *ohne* eigene Rechtspersönlichkeit zählen öffentliche Eigen- und Regiebetriebe. Bei dem **Eigenbetrieb** handelt es sich um eine organisatorisch und finanzwirtschaftlich, aber nicht rechtlich selbstständige Form auf der Grundlage der Gemeinde- bzw. der Kreisordnungen der Bundesländer. Ein Gesundheitsbetrieb in dieser Rechtsform stellt aus der jeweiligen Kreis- oder Gemeindeverwaltung ausgegliedertes Sondervermögen dar. Seine rechtlichen Grundlagen sind in den Eigenbetriebsgesetzen bzw. Eigenbetriebsverordnungen der Bundesländer zu suchen. Sie werden darüber hinaus durch die Gemeinden jeweils in Betriebssatzungen konkretisiert. Die Leitung eines Gesundheitsbetriebs in dieser Rechtsform obliegt einer Werkleitung (Betriebsleitung), die die laufende Betriebsführung, die Vertretung des Betriebs und die Vollziehung von Beschlüssen des übergeordneten Werkausschusses (Betriebsausschuss) wahrnimmt. Für grundsätzliche Entscheidungen ist der jeweilige Kreis- oder Gemeinderat zuständig und für grundsätzliche Rechtsgeschäfte der jeweilige Hauptverwaltungsbeamte (Landrat, Bürgermeister etc.). Als kommunales Sondervermögen wird

der Gesundheitsbetrieb in Form eines Eigenbetriebs nicht im kommunalen Haushalt geführt und stellt einen eigenen Wirtschaftsplan auf, der sich aus einem Erfolgs- und Kostenplan sowie einer Stellenübersicht zusammensetzt.

Beispiel

Das *Klinikum Südstadt Rostock* ist ein Eigenbetrieb der Hansestadt Rostock und zugleich akademisches Lehrkrankenhaus der Rostocker Universität (vgl. Klinikum Südstadt Rostock 2016, S. 1).

Da der **Regiebetrieb** Bestandteil der staatlichen oder kommunalen Verwaltung ist und damit weder rechtlich noch organisatorisch von der Verwaltung getrennt von Bediensteten geführt wird, kommen Gesundheitsbetriebe in dieser Rechtsform eher selten vor.

Zu den öffentlichen Rechtsformen zählen streng genommen auch die Formen der Zusammenarbeit nach dem öffentlichen Kassenarztrecht.

Die **Praxisgemeinschaft** stellt den Zusammenschluss niedergelassener Ärzte zur gemeinsamen Nutzung von Praxiseinrichtung und Personal bei der Behandlung von Patienten dar. Es handelt sich dabei um keine eigenständige zivilrechtliche Rechtsform. Zivilrechtlich gesehen stellt sie eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) dar, sofern sie nicht als Partnerschaft gegründet ist. Es ist eine Rechtsform des Kassenarztrechts, in der die Praxiskosten nach einem zu vereinbarenden Schlüssel verteilt werden. Die jeweiligen Patientengruppen sind dabei strikt voneinander zu trennen, da eine gemeinsame Karteiführung unzulässig ist. Eine Behandlung der jeweils anderen Kassenpatienten macht daher eine Überweisung erforderlich. Der Gewinn wird in der Praxisgemeinschaft getrennt ermittelt. Eine gegenseitige Vertretung ist möglich.

Beispiel

„Die Praxisgemeinschaft ist die einfachste Form der Kooperation zwischen Ärzten. Hier steht im Vordergrund, Synergieeffekte zu generieren, indem Räume, Praxiseinrichtung, Apparate oder Personal gemeinsam genutzt werden. Allein zu diesem Zweck schließen sich die Partner einer Praxisgemeinschaft in der Regel zu einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) zusammen. Davon abgesehen agieren die beteiligten Ärzte weitestgehend eigenständig und treten auch gegenüber der KV wie Einzelpraxen auf. Die Partner einer Praxisgemeinschaft müssen nicht zwangsläufig der gleichen Fachgruppe angehören. Sie haben getrennte Patientenstämme, rechnen separat ab und führen auch eigene Konten“ (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg 2015, S. 1).

Die **Berufsausübungsgemeinschaft** ist auf die frühere Gemeinschaftspraxis gefolgt, die eine häufig vorkommende Kooperationsform zwischen niedergelassenen Ärzten darstellte.

Beispiel

„Eine Berufsausübungsgemeinschaft oder auch Teilberufsausübungsgemeinschaft wird üblicher Weise in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) oder einer Partnerschaftsgesellschaft gegründet. Unabhängig von der Rechtsform müssen die Gesellschafter einen Gesellschaftervertrag schließen. Dieser definiert auch den Gesellschaftszweck. Dabei ist besonders zu beachten, dass es sich um eine auf Dauer angelegte systematische Kooperation, getragen vom Willen der gemeinsamen Berufsausübung handeln muss. Bei Teilberufsausübungsgesellschaften sollte die gemeinsam zu erbringenden Leistungen im Gesellschaftsvertrag genau beschrieben werden.

Darüber hinaus müssen folgende Kriterien für eine Berufsausübungsgemeinschaft erfüllt werden:

- gemeinsame Patientenbehandlung
- Außenankündigung der Gesellschaft (Praxisschild)
- Abrechnung und Dokumentation der erbrachten Leistungen durch die Gemeinschaft
- Haftung der Gemeinschaft im Außenverhältnis
- Beteiligung aller Ärzte an unternehmerischen Risiken und Chancen
- gemeinsames Personal
- gemeinsame Räume und Praxiseinrichtung“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2015a, S. 1).

Bei der **Klinik** oder **Poliklinik** handelt es sich um keine eigenständige, öffentliche Rechtsform, sondern ähnlich wie bei dem **Ambulatorium** um eine Organisationsform der medizinischen Zusammenarbeit. Während die Klinik ursprünglich ein Krankenhaus zur Unterrichtung von Medizinstudenten war, innerhalb der die Poliklinik einen Bereich darstellte, in dem hauptsächlich die städtischen (polis) Bürger behandelt wurden, verstand man später unter der Poliklinik auch die Zusammenfassung verschiedener Fachärzte in einer Einrichtung. Kleinere Polikliniken wurden auch als Ambulatorien bezeichnet und beide Organisationsformen als die im Beitrittsgebiet bestehenden ärztlich geleiteten kommunalen, staatlichen und freigemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen der ehemaligen *DDR* im *Sozialgesetzbuch (SGB)* berücksichtigt.

Öffentlich-rechtlich geregelt ist auch das **Medizinische Versorgungszentrum (MVZ)**. Es stellt den Zusammenschluss von zur kassenärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen dar, um gesetzlich und privat versicherte Patienten zu behandeln. Nach § 95 SGB V sind sie fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches

Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz). MVZ können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen oder von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gegründet werden. Ihre Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung möglich.

Beispiel

„Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sollen durch die strukturierte Zusammenarbeit mehrerer ärztlicher Fachgebiete eine patientenorientierte Versorgung aus einer Hand ermöglichen.

Für MVZ gelten folgende Grundsätze:

- MVZ sind fachübergreifende Einrichtungen. Das bedeutet, dass in einem MVZ mindestens zwei Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind.
- MVZ müssen ärztlich geleitet werden. Der ärztliche Leiter muss in dem MVZ selbst als angestellter Arzt oder Vertragsarzt tätig sein. Sind in einem MVZ unterschiedliche ärztliche Berufsgruppen gemeinsam tätig (beispielsweise Ärzte und Psychotherapeuten), kann das MVZ auch in kooperativer Leitung geführt werden.
- In einem MVZ können Vertragsärzte und/oder angestellte Ärzte tätig werden“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung [2015b](#), S. 1).

2.3.2 Privatrechtsformen für Gesundheitsbetriebe

Zu den Privatrechtsformen für Gesundheitsbetriebe zählen die meisten Formen von Personen- und Kapitalgesellschaften.

Die **Personengesellschaft** stellt den Zusammenschluss mehrerer Personen zu einem Gesundheitsbetrieb dar und gründet auf der fortgesetzten Mitgliedschaft ihrer einzelnen Gesellschafter. Sie ist keine juristische Person und über ihr Vermögen können die Gesellschafter nur gemeinsam verfügen. Daneben haften die Gesellschafter persönlich und unbeschränkt mit ihrem Privatvermögen für die Schulden des Gesundheitsbetriebs. Steuerlich wird er als Gewerbebetrieb behandelt, unterliegt aber nicht selbst der Einkommensteuer und der Vermögensteuer, da die Steuerpflicht die einzelnen Gesellschafter trifft.

Als Personengesellschaft kommt zunächst die **Einzelgesellschaft** infrage, deren Eigenkapital von einer natürlichen Person aufgebracht wird und deren Inhaber den Gesundheitsbetrieb verantwortlich leitet, das Risiko alleine trägt und unbeschränkt für alle Verbindlichkeiten haftet.

Die **Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR)** stellt eine Verpflichtung von mindestens zwei Gesellschaftern eines Gesundheitsbetriebs dar, den genau bestimmten gemeinsamen Gesellschaftszweck zu fördern. Ein Gesundheitsbetrieb in Form einer GbR ist

nicht rechtsfähig. Da der Gesellschaftsvertrag grundsätzlich formfrei ist und auch ohne ausdrückliche Absprache (konkludent) erfolgen kann, liegt rechtlich oftmals eine GbR vor, ohne dass diese Tatsache den Beteiligten bewusst ist. Die Mitglieder der GbR können sowohl natürliche Personen, als auch juristische Personen und/oder andere Personengesellschaften sein.

Die **Partnerschaft** ist eine eigenständige Kooperationsform nach dem *Partnerschaftsgesellschaftsgesetz (PartGG)*, die ebenfalls als Rechtsform einer ärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft in Betracht kommt und zu der sich Angehörige freier Berufe zur Berufsausübung zusammenschließen können. Als Personengesellschaft setzt sie den Abschluss eines schriftlichen Partnerschaftsvertrages voraus, der rechtlich dem Gesellschaftsvertrag anderer Personengesellschaften entspricht und nach § 3 PartGG folgenden Mindestinhalt haben muss:

- Schriftform,
- Namen und den Sitz der Partnerschaft,
- Namen und den Vornamen sowie den in der Partnerschaft ausgeübten Beruf und den Wohnort jedes Partners,
- Gegenstand der Partnerschaft.

Im Außenverhältnis wird sie erst durch gerichtliche Eintragung in das Partnerschaftsregister wirksam. Sie kann beispielsweise unter ihrem Namen Rechte erwerben und Verbindlichkeiten eingehen, klagen und verklagt werden und wird grundsätzlich durch jeden Partner allein vertreten. Zwar haften die Partner neben dem Gesellschaftsvermögen persönlich als Gesamtschuldner, in Abweichung zu den übrigen Personengesellschaften sind aber Haftungsbeschränkungen zugelassen.

Bei einer **Genossenschaft** handelt es sich um einen Gesundheitsbetrieb mit grundsätzlich nicht beschränkter Mitgliederzahl, welcher die Förderung seiner Mitglieder mittels gemeinschaftlichen Betriebes bezweckt. Sein Zweck ist somit in der Regel nicht die eigene Gewinnerzielung, sondern die Unterstützung seiner Mitglieder. Das Eigenkapital ergibt sich aus der Summe der von den Genossen entrichteten Einlagen und Rücklagen. Die Genossenschaft muss die Bezeichnung „eingetragene Genossenschaft (eG)“ aufweisen und sie erlangt erst mit der Eintragung in das Genossenschaftsregister ihre Rechtsfähigkeit. Zu den wichtigsten Organen zählen Vorstand, der Aufsichtsrat und die Mitgliederversammlung.

Beispiel

„Von Anfang an war das “Krankenhaus Salzhausen” eine Genossenschaft. Ihr gehören heute zahlreiche Einzelpersonen aus Salzhausen und den umliegenden Dörfern an, zum Teil bereits in dritter Generation. Die Gemeinden im Einzugsgebiet des Krankenhauses gehören ebenso zu den Mitgliedern wie die Patienten und zahlreiche Mitarbeiter des Krankenhauses Salzhausen“ (Deutscher Genossenschafts- und Raiffeisenverband 2016, S. 1).

Wird der Gesundheitsbetrieb in Form einer **Kommanditgesellschaft (KG)** geführt, so haftet mindestens ein Gesellschafter als Komplementär voll und mindestens ein weiterer Gesellschafter als Kommanditist nur mit seiner Kapitaleinlage. Beide können auch eine juristische Person oder eine andere Personenhandelsgesellschaft sein, wobei für die Position des Kommanditisten keine GbR in Betracht kommt. Eine Handelsregistereintragung ist erforderlich.

Besteht der Gesundheitsbetrieb aus mindestens zwei Gesellschaftern, deren eigentlicher Zweck auf den Betrieb eines Handelsgewerbes ausgerichtet ist und die unbeschränkt, auch mit ihrem Privatvermögen persönlich haften, so handelt es sich um eine **Offene Handelsgesellschaft (oHG)**. Der Gesundheitsbetrieb in Form einer oHG kann Rechte erwerben und Verbindlichkeiten eingehen, Eigentum oder andere Rechte an Grundstücken begründen sowie vor Gericht klagen und auch selbst verklagt werden.

Eine für die Finanzierung von Gesundheitsbetrieben nicht unbedeutende Rolle spielt die **Stille Gesellschaft**, die als Personengesellschaft eine Beteiligung eines Teilhabers an dem Gesundheitsbetrieb darstellt, indem die geleistete Einlage in das Vermögen des tätigen Gesellschafters übergeht und der stille Gesellschafter dafür am Gewinn des Betriebes beteiligt ist. Sie tritt nach außen als Gesellschaft nicht in Erscheinung, dient als Instrument der mittelfristigen Geldbeschaffung und dem stillen Gesellschafter als Kapitalanlagemöglichkeit.

Im Gegensatz zur Personengesellschaft stellt der Gesundheitsbetrieb in Form einer **Kapitalgesellschaft** eine körperschaftlich verfasste Personenvereinigung mit eigener Rechtspersönlichkeit (juristische Person) dar. Ihre wesentlichen Kennzeichen sind:

- Pflicht zur Abführung von Körperschaftsteuer,
- Kapitalbeteiligung steht im Vordergrund,
- Anteile sind grundsätzlich frei veräußerlich,
- Geschäftsführung und Vertretung können durch Nichtgesellschafter vorgenommen werden,
- persönlich haftender Gesellschafter fehlt (Ausnahme: Komplementär einer KGaA).

Der Gesundheitsbetrieb als **Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)** ist eine juristische Person, hat eine körperschaftlich verfasste Organisationsstruktur sowie ein Stammkapital, das aus der Summe der von den Gesellschaftern zu leistenden Stammeinlagen besteht:

- Gesetzlich vorgesehene Mindest-Stammkapital: 25.000 EUR,
- Stammeinlage jedes Gesellschafters mindestens 100 EUR.

Als mögliche Gesellschafter kommen natürliche oder juristische Personen, KG, oHG und GbR infrage. Für die Verbindlichkeiten haftet nur das Gesellschaftsvermögen. Die GmbH besitzt stets Kaufmannseigenschaften, ihre Gründung erfordert den Abschluss

eines notariellen Gesellschaftsvertrages und die Eintragung in das Handelsregister. Zu den Organen des Gesundheitsbetriebs in Form einer GmbH zählen:

- ein oder mehrere Geschäftsführer,
- Gesellschafterversammlung,
- Aufsichtsrat (AR), wenn im Gesellschaftsvertrag oder in gesetzlichen Regelungen so vorgesehen.

Beispiel

Während das *Klinikum Ingolstadt* beispielsweise als „normale“ GmbH firmiert (vgl. *Klinikum Ingolstadt 2016*, S. 1), trägt das *Krankenhaus Düren gem. GmbH* als akademisches Lehrkrankenhaus der *RWTH Aachen* und in kommunaler Trägerschaft mit den Gesellschaftern Stadt und Kreis Düren den Zusatz einer gemeinnützigen GmbH (vgl. *Krankenhaus Düren 2016*, S. 1).

Die haftungsbeschränkte **Unternehmergesellschaft (UG)** – umgangssprachlich „Mini-GmbH“ – ist eine GmbH mit einem geringeren als dem Mindestkapital gemäß GmbHG. Das Stammkapital insgesamt muss mindestens einen Euro betragen. Ab 25.000 EUR wird keine Unternehmergesellschaft mehr gegründet, sondern eine „normale“ GmbH.

Die Rechtsform einer **Aktiengesellschaft (AG)** bedeutet für den Gesundheitsbetrieb, dass es sich um eine juristische Person mit einem in Aktien zerlegtes Grundkapital handelt, an dem die Gesellschafter mit Einlagen beteiligt sind. Für die Verbindlichkeiten wird nur mit dem Gesellschaftsvermögen haftet. Die Aktien werden zur Refinanzierung eingesetzt. Umfangreiche Regelungen werden durch das Aktiengesetz bestimmt: Aufsichtsrat (AR), Bekanntmachungen, Hauptversammlung (HV), Aktienübertragung.

Beispiel

Während die *Rhön-Klinikum AG* als renditeorientierter Konzern eine Vielzahl von Krankenhäusern betreibt (vgl. *Rhön-Klinikum 2016*, S. 1), trägt das *Klinikum Fulda* den Zusatz gAG in seiner Gesellschaftsbezeichnung und wird als gemeinnützige Aktiengesellschaft im Eigentum der Stadt Fulda sowie als akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Marburg und der Hochschule Fulda geführt (vgl. *Klinikum Fulda 2016*, S. 1).

Zu den für den Gesundheitsbetrieb relevanten **Mischformen** zählt in häufigen Fällen die **GmbH & Co. KG**. Es handelt sich dabei um eine Kommanditgesellschaft und somit um eine Personengesellschaft, an der eine GmbH als Komplementär beteiligt ist. Die Haftung für ihre Verbindlichkeiten ist somit auf die Kommanditisten bis zur Höhe ihrer Einlage und auf die GmbH mit ihrem auf einen Haftungshöchstbetrag begrenzten Vermögen beschränkt.

Beispiel

Rechtliche Mischformen weisen beispielsweise die *Dr. Schweckendiek GmbH Klinik KG* in Marburg auf (vgl. Dr. Schweckendiek GmbH Klinik KG 2016, S. 1) oder die *Inselsberg-Klinik Michael Wicker GmbH u. Co. OHG* in Tabarz/Thüringen (vgl. Inselsberg-Klinik 2016, S. 1).

Vereine und **Stiftungen** sind in ihrer Häufigkeit eher untergeordnete Rechtsformen für Gesundheitsbetriebe. So stellen der eingetragene Verein (e.V.) und die rechtsfähige Stiftung zwar juristische Personen, aber keine Kapitalgesellschaften dar.

Beispiel

Bereits 1852 wurde die *Stiftung Krankenhaus Bethanien* für die Grafschaft Moers gegründet. Es handelt sich dabei um ein akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Duisburg-Essen (vgl. Stiftung Krankenhaus Bethanien 2016, S. 1).

Auch Rechtsformen nach Europäischem Recht, wie die **Europäische Gesellschaft (Societas Europaea, SE)**, als nach weitgehend einheitlichen Rechtsprinzipien gestaltbare Aktiengesellschaft in der EU, sind als Rechtsformen für Gesundheitsbetriebe zwar grundsätzlich auswählbar, kommen bislang aber eher selten vor.

Beispiel

Die Schön Klinik SE ist die Konzernholding der Schön Klinik Gruppe in Prien am Chiemsee (vgl. Schön Klinik 2016, S. 1).

Tab. 2.6 fasst die öffentlichen und privaten Rechtsformen für Gesundheitsbetriebe nochmals zusammen.

2.3.3 Rechtsformwahl

Bei jeder Gründung eines Gesundheitsbetriebes wird seine Rechtsform festgelegt. Dabei geht es insbesondere um die Klärung der Fragen nach

- Leitung,
- Haftung,
- Kapitalausstattung,
- Finanzierungssituation,
- Steuerbelastung,
- Mitbestimmung,
- Prüfungs- und Publizitätsverpflichtungen.

Tab. 2.6 Rechtsformen für Gesundheitsbetriebe

Öffentliche Rechtsformen	Anstalt des öffentlichen Rechts (AdöR)	
	Körperschaft des öffentlichen Rechts (KödR)	
	Eigenbetrieb	
	Regiebetrieb	
	Gemeinschaftspraxis	
	Praxisgemeinschaft	
	Medizinisches Versorgungszentrum	
	Stiftung öffentlichen Rechts	
Private Rechtsformen	Personengesellschaften	Einzelgesellschaft
		Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR)
		Partnerschaftsgesellschaft
		Kommanditgesellschaft (KG)
		Offene Handelsgesellschaft (oHG)
		Berufsausübungsgemeinschaft als Partnerschaftsgesellschaft oder GbR
		Praxisgemeinschaft als Partnerschaftsgesellschaft oder GbR
		Medizinisches Versorgungszentrum als Partnerschaftsgesellschaft, GbR etc.
	Kapitalgesellschaften	Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)
		Unternehmergesellschaft (UG) – „Mini-GmbH“
		Aktiengesellschaft (AG)
		Medizinisches Versorgungszentrum als GmbH, AG etc.
	Mischformen	Bspw. GmbH & Co. KG
	Vereine und Stiftungen	Bspw. eingetragener Verein (e.V.), rechtsfähige Stiftung
Nach EU-Recht	Bspw. Societas Europaea, SE	

Im Rahmen der Frage nach der **Leitung** des Gesundheitsbetriebs ist zu klären, ob die Geschäftsführungs- und Vertretungsbefugnis durch die Anteilseigner (Personengesellschaft) oder durch eigene Organe (Kapitalgesellschaft) wahrgenommen werden soll.

Bei der Frage nach der **Haftung** geht es insbesondere darum, ob nur das Gesellschaftsvermögen des Gesundheitsbetriebs im Rahmen einer *beschränkten* Haftung herangezogen werden kann, oder inwieweit die Anteilseigner des bereit sind, mit ihrem Privatvermögen *persönlich, unbeschränkt* zu haften.

Kapitalgesellschaften verfügen gegenüber Personengesellschaften über bessere Möglichkeiten am Kapitalmarkt, insbesondere was den Kapitalumfang und die Übertragbarkeit

von Kapitalanteilen betrifft, sodass hiervon die **Kapitalausstattung** und die **Finanzierungssituation** des Gesundheitsbetriebs beeinflusst werden können. Bei der **Steuerbelastung** von Gesundheitsbetrieben bestehen zwischen Personen- und Kapitalgesellschaften insbesondere folgende Unterschiede:

- Einkommens- und Körperschaftsteuer: Besteuerung der Unternehmensgewinne bei Kapitalgesellschaften über Körperschaftsteuer, bei Personengesellschaften über Zurechnung der Ertragsanteile bei den Anteilseignern.
- Vermögenssteuer: Bezieht sich bei Kapitalgesellschaften sowohl auf das Gesellschaftsvermögen als auch auf die Geschäftsanteile der Anteilseigner.
- Gewerbesteuer: Abweichende Bemessungsgrundlagen beispielsweise bei Berücksichtigung von Geschäftsführergehältern.

Nach dem *Mitbestimmungsgesetz (MitbestG)* bestehen bei Personen- und Kapitalgesellschaften unterschiedliche Möglichkeiten bei der **Mitbestimmung** von Arbeitnehmern oder deren Vertretern an Entscheidungen im Gesundheitsbetrieb (vgl. § 1 ff. MitbestG).

Unterschiede bei den möglichen Rechtsformen eines Gesundheitsbetriebs bestehen auch hinsichtlich **Prüfungs- und Publizitätsverpflichtungen**, wie etwa bei der Prüfung des Jahresabschlusses durch unabhängige Prüfer und bei der Veröffentlichung der Jahresabschlüsse.

Beispiel

Am Beispiel der umsatzsteuerlichen Rahmenbedingungen eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) wird die Komplexität des Entscheidungsproblems zur Rechtsformauswahl und konkreten Ausgestaltung deutlich: Liegt ein MVZ als Kapitalgesellschaft mit Vertragsärzten vor, ist das MVZ umsatzsteuerlich ärztlicher Leistungserbringer. Zwar ist seine Leistung gegenüber dem Patienten umsatzsteuerfrei, jedoch die vom Vertragsarzt eingekaufte Leistung nicht, da es zu einem Leistungsaustausch zwischen MVZ und Vertragsarzt kommt, der mangels direktem Arzt-Patienten-Verhältnis nicht von der Umsatzsteuer befreit ist. Bei einer Kapitalgesellschaft mit angestellten Ärzten, ist das MVZ gegenüber dem Patienten Partner des Behandlungsvertrags, rechnet gegenüber der KV ab, ist damit umsatzsteuerlich ärztlicher Leistungserbringer, was bedeutet, dass seine Leistung gegenüber dem Patienten umsatzsteuerfrei ist. Bei einem MVZ in Form einer Personengesellschaft mit Vertragsärzten, ist das MVZ gegenüber den Patienten Partner des Behandlungsvertrags, rechnet gegenüber der KV ab, wobei die Leistung durch den Vertragsarzt erfolgt, der auch Gesellschafter ist. Somit liegt ein umsatzsteuerfreier Leistungsaustausch MVZ – Patient vor, hingegen ist der Leistungsaustausch Vertragsarzt – MVZ mangels direkter Leistungsbeziehung Arzt – Patient nicht umsatzsteuerfrei. Bei einer Personengesellschaft mit angestellten Ärzten ist das MVZ gegenüber den Patienten Partner des Behandlungsvertrags, rechnet gegenüber der KV ab, womit ein umsatzsteuerfreier Leistungsaustausch MVZ – Patient vorliegt (vgl. Wendland 2016, S. 1).

2.4 Betriebsstandort

2.4.1 Standortfaktoren für Gesundheitsbetriebe

Der **Standort** von Gesundheitsbetrieben, als geografischer Ort ihrer betrieblichen Leistungserstellung, ist abhängig von zahlreichen speziellen Faktoren, wie dem potenziellen Einzugsbereich oder der Möglichkeit zur vertragsärztlichen Niederlassung.

Bei dem **Einzugsgebiet** eines Gesundheitsbetriebs handelt es sich um einen zusammenhängenden räumlichen Bereich, aus dem sich potenzielle Nachfrager medizinischer Leistungen und Patienten generieren. Es kann auf einen regionalen Bereich hin ausgerichtet sein, jedoch auch weiter entfernte Patienten ansprechen. Die Planung eines Einzugsgebiets obliegt im öffentlichen Bereich der jeweiligen Gebietskörperschaft bzw. unterliegt dem ärztlichen Niederlassungsrecht und im privatwirtschaftlichen Bereich der Strategie des jeweiligen Gesundheitsbetriebs, als Ergebnis einer Erforschung des Marktes. Je spezieller der Gesundheitsbetrieb ausgerichtet ist, desto weiter und auch verzweigter ist im Regelfall sein Einzugsgebiet.

Je nach Art des Gesundheitsbetriebs ist ein wesentlicher Faktor in diesem Zusammenhang die standortrelevante Frage nach einem freien Vertragsarztsitz bzw. nach der Situation im jeweiligen Planungsbereich.

Die vertragsärztliche **Niederlassung** ist in der Regel zunächst mit einer Eintragung in das Arztregister des jeweiligen KV-Bezirks verbunden. Die üblicherweise anschließende Eintragung in die Warteliste für eine Zulassung im jeweiligen Fachgebiet dokumentiert die Wartezeit auf einen Praxissitz in von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereichen und ist gleichzeitig ein Kriterium für Auswahlentscheidungen im Nachbesetzungsverfahren. Um gesetzlich Krankenversicherte behandeln zu können, wird eine Zulassung für einen **Vertragsarztsitz** benötigt. Hierbei sind Zulassungsbeschränkungen für Planungsbereiche zu beachten. Häufig wird im Auftrag von niedergelassenen Ärzten und anderen Leistungserbringern, die ihre Praxis an einen Nachfolger übergeben wollen, deren Vertragsarztsitz öffentlich ausgeschrieben. Die öffentliche Ausschreibung für Praxisübergaben ist in von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereichen gesetzlich vorgeschrieben. Nachdem die Bewerbungsfrist abgelaufen ist, werden dem ausschreibenden Praxisinhaber die Kontaktdaten des Bewerbers bekannt gegeben, damit sich beide in Verbindung setzen können. Da ein großer Teil aller diagnostischen und therapeutischen Kassenleistungen (beispielsweise ambulantes Operieren, Ultraschalluntersuchungen, Darmspiegelung, invasive Kardiologie, Schmerztherapie, Zytologie etc.) einer zusätzlichen Qualitätskontrolle unterliegen, sind sie somit in der Regel zusätzlich genehmigungspflichtig. Ärzte und andere Leistungserbringer, die eine oder mehrere qualitätsgesicherte Leistungen erbringen wollen, müssen einen Antrag auf Abrechnungsgenehmigung bei der jeweiligen KV stellen und besondere fachliche, apparative und gegebenenfalls auch räumliche Voraussetzungen nachweisen. Erst nach Erteilung der schriftlichen Genehmigung sind diese Leistungen abrechnungsfähig und

werden auch honoriert. Für viele dieser genehmigungspflichtigen Leistungen werden Qualitätsprüfungen in Form von Praxisbegehungen, Hygienekontrollen oder stichprobenartige Prüfungen der Untersuchungsergebnisse vorgenommen. Werden die geforderten Qualitätskriterien nicht dauerhaft nachgewiesen, kann es auch zu einer Rücknahme der Abrechnungsgenehmigung kommen.

Beispiel

„Bei der Beantragung der Zulassung muss der Arzt und Psychotherapeut auch einen Vertragsarztsitz angeben. Das heißt, er muss zu diesem Zeitpunkt bereits wissen, an welcher Adresse er künftig praktizieren wird.

Sollte jemand eine Praxis übernehmen oder in eine bestehende einsteigen, ist dies in der Regel kein Problem. Wer allerdings eine neue Praxis gründen möchte, muss im Vorfeld einen geeigneten Standort suchen.

Dabei ist auch die Bedarfsplanung zu beachten:

- **Praxisstandort in offenen Planungsbereichen**
In offenen Planungsbereichen können Sie sich jederzeit niederlassen. Sie können entweder eine Praxis neu gründen oder einen bereits vorhandenen Arztsitz übernehmen. In jedem Fall müssen Sie, sofern Sie bereits im Arztregister eingetragen sind, Ihre Zulassung für einen konkreten Praxisarzt, d. h. mit Benennung einer Praxisadresse, beim Zulassungsausschuss beantragen.
- **Praxisstandort in gesperrten Planungsbereichen**
In gesperrten Planungsbereichen können Sie sich in der Regel nur niederlassen, wenn Sie die Praxis eines Vorgängers übernehmen. Die Übergabe der Praxis kann nur durch ein Nachbesetzungsverfahren erfolgen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen veröffentlichen die Ausschreibungen in ihren Mitteilungsblättern und/oder auf ihren Internetseiten“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016, S. 1).

Bei Standortfragen größerer Gesundheitsbetriebe wie Kliniken oder Krankenhäuser ist die **Versorgungsdichte** über die Berücksichtigung der Standortfaktoren hinaus von grundsätzlicher Bedeutung (vgl. Tab. 2.7).

Tab. 2.7 Ausgewählte Zahlen zur Versorgungsdichte (vgl. Statistisches Bundesamt 2016b)

	1994	2004	2014
Krankenhausbetten insgesamt	618.176	531.333	500.680
Je 100.000 Einwohner	759,2	644	618,3
Ärztinnen und Ärzte insgesamt	326.760	394.432	481.174
Je 100.000 Einwohner	400,74	478,09	592,60
Zahnärztinnen und Zahnärzte insgesamt	74.644	81.175	91.330
Je 100.000 Einwohner	91,5	98,4	112,5

Um für die Klärung einer Standortfrage zu aussagefähigen Ergebnissen zu kommen, sind die Angaben zur allgemeinen Versorgungsdichte zu regionalisieren bzw. zu lokalisieren.

Weitere wichtige Standortfaktoren für Gesundheitsbetriebe sind:

- **Infrastrukturfaktoren:** Für eine Klinik oder Praxiseinrichtung geeignete Immobilien, günstige Verkehrsinfrastruktur zur optimalen Erreichbarkeit des Gesundheitsbetriebs, geeignete Versorgung mit Energie, Elementar- und Sonderstoffen, Möglichkeiten zur Entsorgung von Sonderabfällen etc.
- **Agglomerationsfaktoren:** Clusterisierung medizinischer Einrichtungen mit optimierten Forschungs- und fachübergreifenden Behandlungsmöglichkeiten, Nutzung des Vorhandenseins von Gesundheitsbetrieben (beispielsweise in einem Ärztehaus) als positiven Standorteffekt für Neuansiedlungen etc.
- **Beschaffungsfaktoren:** Verfügbares, qualifiziertes medizinisches Personal in Standortnähe, geeignete Lieferbezugsquellen für medizinisches und nicht-medizinisches Verbrauchsmaterial, kurze Lieferwege etc.
- **Wirtschaftliche Faktoren:** Unterstützungsmöglichkeiten durch die Gebietskörperschaft, örtliche Gewerbesteuersituation, regionale Preisverhältnisse für den Bezug von Lieferungen, Dauer von Genehmigungsverfahren etc.
- **Ökologische Faktoren:** Klimatische Heilbedingungen (Luftbewegung, -feuchtigkeit, -reinheit etc.), Vorhandensein von Thermal- oder Heilquellen, Gewinnung natürlicher Heilmittel etc.
- **Soziologische Faktoren:** Bevölkerungsstruktur, Durchschnittsalter, demografische Entwicklung im Einzugsgebiet.

2.4.2 Standortwahl

Die Situation einer erforderlichen Standortwahl entsteht für den Gesundheitsbetrieb insbesondere bei seiner Gründung (ärztliche Niederlassung, Neugründung einer Klinik, Krankenhausansiedlung etc.), bei seiner Verlagerung beispielsweise aufgrund der Kündigung von Mietverträgen oder bei seiner Dezentralisierung beispielsweise durch Bildung von Behandlungszentren im Stadtzentrum oder in Stadtrandlagen, um das Einzugsgebiet zu erweitern oder die Patientennähe zu erhöhen. Häufig kommen betriebswirtschaftliche Überlegungen auch erst dann ins Spiel, wenn der Gesundheitsbetrieb wächst und an neuen Standorten expandieren will. Die Aufgabe der Standortwahl stellt sich also erst dann, wenn der Betrieb sich in einer expansiven Phase befindet.

Beispiel

„Die Standortwahl ist häufig bei weitem nicht so rational wie dies gemeinhin angenommen wird. In früheren Zeiten determinierte häufig die Verfügbarkeit von öffentlichen Grundstücken die Standortwahl. da es kaum Krankenhausneugründungen

gibt, bleibt nur die Möglichkeit, bestehende, suboptimale Standorte zu verlagern. Angesichts des großen Flächenbedarfs von Krankenhäusern ist dies häufig schwierig. Bestehende Modelle der Standortplanung (z. B. varignonscher Apparat, thünensche Kreise, Steiner-Weber-Modell) sind zwar für das Verständnis des Grundproblems sehr illustrativ, können jedoch für praktische Probleme nur selten eine Hilfestellung sein, da die Zahl der Standortalternativen extrem begrenzt ist“ (Fleßa 2014, S. 194).

Die **Standortentscheidung** ist eine betriebswirtschaftliche Grundentscheidung des Gesundheitsbetriebs. Sie muss nicht nur die Standortfaktoren berücksichtigen, sondern darüber hinaus nach weiteren wichtigen betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten getroffen werden, wie beispielsweise:

- **Kostenminimierung:** Durch die Standortwahl sollen die zukünftigen betrieblichen Kosten und die mit der Standortentscheidung verbundenen Kosten (Umzug, Immobilienkauf, Pendlerkosten für Mitarbeiter etc.) möglichst gering gehalten werden.
- **Ertragssteigerung:** Die Standortentscheidung soll möglichst dazu führen, dass sich die Ertragssituation verbessert.

Da mit zunehmender Anzahl an Standortfaktoren, die zudem häufig qualitativer Natur und damit quantitativ kaum messbar sind, die Komplexität einer mathematisch, rationellen Standortentscheidung nur schwierig zu bewältigen ist, unterstützt die betriebswirtschaftliche Standorttheorie nicht die Standortoptimierung, sondern in erster Linie die Standortsuche.

Der Standortwahl geht in der Regel eine **Standortanalyse** voraus, die die Standortfaktoren erhebt, gewichtet und bewertet. Dazu dient üblicherweise ein stufenweises Vorgehen, das beispielsweise von einer regionalen Auswahl als Grobplanung, über eine Auswahl des Ballungszentrums bis hin zu einer Wahl des Stadtteils und konkreten Immobilienobjektes als Feinplanung reichen kann. Die Datenerhebung, Gewichtung und Bewertung der einzelnen Standortfaktoren kann anhand eines vorbereiteten Kataloges erfolgen, beispielsweise im Sinne einer Nutzwertanalyse (NWA). Man teilt die Standortfaktoren dazu üblicherweise in harte oder weiche Faktoren ein, in Abhängigkeit davon, ob sie etwa objektiv messbare Tatsachen (Grundstückspreise, Grundstücksgröße, Einwohnerzahl etc.), oder eher qualitative Einschätzungen (Anziehungskraft des Standorts, Patientennähe, Synergieeffekte, Nutzenpotenziale etc.) darstellen.

Beispiel

„Als Alternativen zum Standort Georgsheil wurden Aurich und Ihlow geprüft. Doch der Gutachter lässt keinen Zweifel daran, dass Georgsheil die beste Lösung wäre. Um die Erreichbarkeit für Patienten aus dem Landkreis Aurich und der Stadt Emden zu untersuchen, hatte er vier Radien mit verschiedenen Anfahrtszeiten (40, 30, 25 und 20 min) um die möglichen Klinikstandorte gelegt und festgestellt: In der 40-Minuten-Zone gibt es kaum Unterschiede zwischen Georgsheil und Aurich, in den Radien 30, 25 und 20 min jedoch hat Georgsheil aufgrund seiner zentralen Lage innerhalb des

Kreisgebietes und seiner Nähe zu Emden klare Vorteile gegenüber Aurich und Ihlow. Der Gutachter betrachtete auch die Wettbewerbssituation. Ergebnis: Ein Klinik-Standort Aurich würde das Risiko vergrößern, dass Patienten aus Emden nach Leer abwandern. Er rechnete das anhand heutiger Patientenzahlen und -ströme genau aus: Demnach würden bei einem Standort Aurich 3747 Patienten nach Leer abwandern, bei einem Standort Georgsheil 1107 Patienten nach Wittmund. Das heißt: Die Verluste aus Emden in Richtung Leer wären bei einem Standort Aurich gut dreimal so groß wie die Verluste aus Aurich in Richtung Wittmund bei einem Standort Georgsheil.

Der Gutachter stellte auch die Fahrtzeiten für Patienten gegenüber. Ergebnis: Nach Georgsheil würden insgesamt 304 776 Minuten Fahrt zurückgelegt, nach Aurich 407 674 Minuten. Die Wege nach Aurich wären also eindeutig weiter“ (Luppen 25. Oktober 2014).

Mit zunehmender Anzahl an Standortfaktoren, die bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden, nimmt auch die Schwierigkeit zu, klare Vorhersagen für den optimalen Standort zu treffen. Daher stellen Standortentscheidungen für einen Gesundheitsbetrieb häufig auch Kompromisse zwischen einzelnen Standortfaktoren dar.

2.5 Ethische Grundsatzfragen

2.5.1 Allgemeine Ethik im Gesundheitswesen

Die **Ethik** im Gesundheitswesen betrifft alle in ihm tätigen Einrichtungen und Menschen und befasst sich mit den sittlichen Normen und Werte, die sich Ärzte, Patienten, Pflegekräfte, Institutionen und Organisationen, letztendlich die gesamte Gesellschaft in Gesundheitsfragen setzen. Im Zentrum stehen dabei die Unantastbarkeit der Menschenwürde und der Lebensschutz, die Patientenautonomie, das allgemeine Wohlergehen des Menschen, sowie das Verbot, ihm zu schaden.

Sie befasst sich somit nicht nur mit dem Schutz vor kriminellen Missbrauch ärztlichen Wissens und Ehrgeizes, sondern muss sich insbesondere den Herausforderungen durch die neuen Entwicklungen in der Medizin stellen und den Fragen nach dem Umgang mit knappen Ressourcen im Gesundheitswesen.

Beispiel

„Bei der Diskussion in der Öffentlichkeit über ärztlich-ethische Fragen wird nicht selten von Laien auf den hippokratischen Eid als Vertrauensgrundlage verwiesen. Ihnen ist dabei offensichtlich nicht bewusst, dass der angehende Arzt heutzutage an keiner Stelle seines Berufslebens mit diesem Eid konfrontiert wird – abgesehen von nicht obligaten medizingeschichtlichen Vorlesungen – und dass er schon gar keinen Eid oder ein Gelöbnis ablegt. Im Wesentlichen besteht der Eid aus vier Teilen: Anrufung der Götter, Versprechen gegenüber Lehrern und Schülern, Verhalten gegenüber den Patienten sowie Folgen von Wohl und Fehlverhalten“ (Eigler 2003, S. A 2203).

Die Ethik im Gesundheitswesen wird beeinflusst durch eine Pluralität von unterschiedlichen Weltanschauungen und Herangehensweisen, die auf individuellen Sozialisationen, unterschiedliche Werten, Grundwerten und Motiven beruhen. Sie findet daher mitunter unterschiedliche Antworten auf Fragen wie beispielsweise, wann das menschliche Leben beginnt, auf die moralischen Probleme der Stammzellenforschung, der Schwangerschaftsunterbrechung, der Organtransplantation, der Menschen- und Tierversuche oder, ob erst der Herz- oder bereits der Hirntod das Ende des Lebens bedeuten.

Beispiel

„In vielen Fällen, in denen es um Leben und Tod oder um die Qualität des Lebens an und für sich geht, steht nicht von vornherein und gleichsam selbstverständlich fest, was dem Leben dient. Pflegende wie auch Ärzte und Gesundheitspolitiker stehen vor mehreren Alternativen, die hinsichtlich ihrer Wirksamkeit, ihrer Konsequenzen und ihrer Kosten unterschiedlich zu beurteilen sind. Im einen Fall geht es um das Leben, Weiterleben oder Sterben eines Einzelnen, im anderen (oder besser im grundsätzlich denkbaren) Fall geht es um das Leben vieler Menschen, deren Krankheit gegen andere Kostenfaktoren aufgerechnet werden kann“ (Städtler-Mach und Devrient 2005, S. 2).

Mit den ethischen Fragen im Gesundheitswesen befassen sich zahlreiche Ethikkommissionen, die auf Bundes- und Landesebene eingerichtet worden und überwiegend in beratender Funktion tätig sind.

So befasst sich das *Zentrum für Medizinische Ethik e.V.* an der *Ruhr-Universität Bochum* mit Forschung, Lehre, Publikation und Dokumentation in der angewandten und biomedizinischen Ethik. Besondere Schwerpunkte bilden interdisziplinäre und internationale Fragestellungen sowie die Entwicklung konkreter Hilfsmittel für Forschung, Klinik und Praxis. Die Angehörigen des Zentrums bieten nicht nur Lehrveranstaltungen und Vorträge zum Thema an, sondern führen auch Beratungen von Berufsverbänden, Ministerien, Trägern von Einrichtungen der Gesundheitspflege und biomedizinischer Forschung in ethischen Fragen durch, wobei Arbeitsschwerpunkte in den Bereichen AIDS, Ethikkommission, Expertensysteme in der Medizin, Fertilitätstechniken in der Humanmedizin und klinische Prüfung liegen (vgl. Zentrum für Medizinische Ethik 2016, S. 1).

Die *Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission)* bei der *Bundesärztekammer* hat zur Aufgabe, Stellungnahmen zu ethischen Fragen abzugeben, die durch den Fortschritt und die technologische Entwicklung in der Medizin und ihren Grenzgebieten aufgeworfen werden oder die unter ethischen Gesichtspunkten im Hinblick auf die Pflichten bei der ärztlichen Berufsausübung von grundsätzlicher Bedeutung sind. Sie steht auch für ergänzende Beurteilungen ethischer Frage von grundsätzlicher Bedeutung zur Verfügung und kann ihre Stellungnahmen auch in Form von Empfehlungen oder Richtlinien abgeben.

Beispiel

Beispiele für Stellungnahmen der *Zentralen Ethikkommission* der *Bundesärztekammer* sind (vgl. Zentrale Ethikkommission 2016, S. 1):

- „Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung. Das Beispiel der Verträge mit leitenden Klinikärztinnen und -ärzten“
- Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis
- Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen
- Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund
- Ärztliche Behandlungen ohne Krankheitsbezug unter besonderer Berücksichtigung der ästhetischen Chirurgie
- Werbung und Informationstechnologie: Auswirkungen auf das Berufsbild des Arztes
- Die neue UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung als Herausforderung für das ärztliche Handeln und das Gesundheitswesen
- Doping und ärztliche Ethik
- Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)
- Finanzierung patientenorientierter medizinischer Forschung in Deutschland
- Ethikberatung in der klinischen Medizin
- Forschungsklonen mit dem Ziel therapeutischer Anwendungen
- Forschung mit Minderjährigen
- Die (Weiter-)Verwendung von menschlichen Körpermaterialien für Zwecke medizinischer Forschung
- Zusammenfassung: Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission: Die (Weiter-)Verwendung von menschlichen Körpermaterialien für Zwecke medizinischer Forschung
- Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission zur Stammzellforschung
- Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden?
- Zur Verwendung von patientenbezogenen Informationen für die Forschung in der Medizin und im Gesundheitswesen
- Übertragung von Nervenzellen in das Gehirn von Menschen
- Schutz nicht-einwilligungsfähiger Personen in der medizinischen Forschung

Das *Deutsche Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (DRZE)* ist für die Erarbeitung der Grundlagen, Normen und Kriterien der ethischen Urteilsbildung in den Biowissenschaften zuständig und wird als zentrale wissenschaftliche Einrichtung der *Universität Bonn* geführt. Es wurde als nationales Dokumentations- und Informationszentrum gegründet, um die wissenschaftlichen Grundlagen für eine qualifizierte bioethische Diskussion im deutschen, europäischen und internationalen Rahmen zu schaffen. Dazu stellt es die wissenschaftlichen Informationen bereit, die für eine qualifizierte Meinungs- und Urteilsbildung im Bereich der Ethik in den Biowissenschaften und der

Medizin erforderlich sind (vgl. Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften 2016, S. 1).

Der *Deutsche Ethikrat* hat zur Aufgabe, die ethischen, gesellschaftlichen, naturwissenschaftlichen, medizinischen und rechtlichen Fragen sowie die voraussichtlichen Folgen für Individuum und Gesellschaft, die sich im Zusammenhang mit der Forschung und den Entwicklungen insbesondere auf dem Gebiet der Lebenswissenschaften und ihrer Anwendung auf den Menschen ergeben, zu verfolgen. Dazu erarbeitet er u. a. Stellungnahmen und Empfehlungen für politisches und gesetzgeberisches Handeln (vgl. Deutscher Ethikrat 2016, S. 1).

Beispiel

Der internationale Ethikkodex für Pflegende wurde vom *International Council of Nurses (ICN)* 1953 verabschiedet und enthält in der 2005 erfolgten Überarbeitung folgende Präambel:

„Pflegende haben vier grundlegende Aufgaben: Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern. Es besteht ein universeller Bedarf an Pflege.

Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich des Rechts auf Leben, auf Würde und auf respektvolle Behandlung. Pflege wird mit Respekt und ohne Wertung des Alters, der Hautfarbe, des Glaubens, der Kultur, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Nationalität, der politischen Einstellung, der ethnischen Zugehörigkeit oder des sozialen Status ausgeübt.

Die Pflegende übt ihre berufliche Tätigkeit zum Wohle des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft aus; sie koordiniert ihre Dienstleistungen mit denen anderer beteiligter Gruppen“ (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2010, S. 1).

2.5.2 Besondere Ethik des Gesundheitsbetriebs

Die Behandlung ethischer Fragen im Gesundheitsbetrieb bezieht sich zum einen auf die betriebliche Ethik im Sinne einer Unternehmens- und Wirtschaftsethik und zum anderen auf die konkreten Problemstellungen, die sich in Zusammenhang mit der Aufgabenwahrnehmung im Gesundheitswesen ergeben.

Die *betriebliche* Ethik fragt nach den moralischen Wertvorstellungen des Gesundheitsbetriebs, nach Gewinnstreben und moralischen Idealen. Für den Gesundheitsbetrieb sind diese Überlegungen nicht unwichtig, da er Gefahr läuft, seine Anerkennung durch die Gesellschaft, zu verlieren, wenn er keine allgemeinen moralischen Wertvorstellungen im Bereich von Solidarität, Humanität und Verantwortung berücksichtigt. Die Auswirkungen seines Handelns auf Mensch und Umwelt wird hierbei nicht nur anhand seines Beitrags für das Gesundheitswesen, sondern auch an Maßstäben sozialer Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit gemessen. Sie werden zum einen durch das verantwortliche Handeln des gesamten Gesundheitsbetriebs beeinflusst und zum anderen durch die Individualethik seiner Mitarbeiter.

Die Konzentration rationellen Handelns im Gesundheitsbetrieb auf ökonomische Ausprägungen, mit vorhandenen Mitteln einen maximalen Nutzen oder ein bestimmtes Ziel mit minimalem Aufwand zu erreichen, birgt die Gefahr, bestimmte Wertebereiche wie Humanität, Solidarität, Gerechtigkeit etc. zu vernachlässigen. Auch die alleinige Ausrichtung auf den Markt als Vorgabe für das Handeln des Gesundheitsbetriebs bietet nicht immer die Möglichkeit, einer ausreichenden Berücksichtigung gesellschaftlicher Werte und sozialer Normen. Negative Auswirkungen derart bestimmter Handlungen auf andere Lebensbereiche wie die Umwelt oder gesellschaftliche Strukturen würden bei einer Vorrangigkeit ökonomischer Ziele vor ethischen Zielen des Gesundheitsbetriebs nahezu unberücksichtigt bleiben.

Beispiel

„Neben der früher überwiegend religiös geprägten Fürsorglichkeit der Pflege und dem Arztethos hat inzwischen die weitgehend dominierende Ökonomie Einzug in das Gesundheitswesen gehalten. Infolgedessen kommt es immer häufiger zu einem Konflikt zwischen Wirtschaftlichkeit und Ethik im Krankenhaus. Tatsächlich handelt es sich dabei aber um das Aufeinanderprallen zweier auseinander liegender Moralvorstellungen: die zumeist von den patientennahen Berufsgruppen vertretene deontologische Moralvorstellung und die eher von den patientenfernen Akteuren verkörperte teleologische beziehungsweise utilitaristische Moralvorstellung. Da die Sozialwissenschaften bislang keine kombinierte, substituierende Moraltheorie entwickelt haben, sind die beiden Moralvorstellungen nicht miteinander vereinbar. Wirtschaftlichkeit und Ethik sind hingegen keineswegs unvereinbar. Im Gegenteil: Sie bedingen einander, will ein Krankenhaus im Wettbewerb nachhaltig erfolgreich sein. Denn einerseits ist die Verschwendung von Ressourcen unethisch, weil mit diesen Mitteln eine bessere Behandlung finanziert werden könnte. Andererseits muss das Krankenhaus die ethischen Anforderungen erfüllen, um eine im Wettbewerb notwendige hohe Behandlungsqualität zu gewährleisten“ (Krüger und Rapp 2006, S. A 320).

Die im umfassenden Sinne soziale Verantwortlichkeit von Gesundheitsbetrieben (Corporate Social Responsibility, CSR) ist ein Beispiel für die Einhaltung moralischer Kriterien, die durch soziale Einzelengagements, Nachhaltigkeitsberichte, Umweltschutzbeiträge etc. über die eigentliche medizinische oder pflegerische Versorgung hinaus eine verantwortungsethische Sichtweise wiedergibt.

Die konkreten ethischen Problemstellungen im Gesundheitsbetrieb, die sich in Zusammenhang mit der Aufgabenwahrnehmung im Gesundheitswesen ergeben, sind häufig Gegenstand betrieblicher Ethikkomitees, sofern sie in den jeweiligen Gesundheitsbetrieben eingerichtet sind.

Beispiel

Nach § 6 des *Hessischen Krankenhausgesetzes (HKHG 2011)* hat das Krankenhaus eine Ethikbeauftragte oder einen Ethikbeauftragten zu bestellen. Ethikbeauftragte

haben die Aufgabe, in ethischen Fragestellungen Entscheidungsvorschläge zu machen. Sie sind im Rahmen dieser Aufgabe der Geschäftsführung unterstellt.

So beraten **Krankenhaus-Ethikkomitees (KEK)** ethische Probleme aus dem klinischen Alltag, bei der medizinischen Behandlung, Pflege und Versorgung von Patienten. Sie werden von der Leitung des Krankenhauses berufen und setzen sich üblicherweise aus den dort arbeitenden Berufsgruppen zusammen. Ihre Aufgabe ist es, Beratung zur Unterstützung bei moralischen Konflikten auf Anforderung der Beteiligten Mitglieder des Behandlungsteams, Patienten und ihren Angehörigen zu geben, wobei die uneingeschränkte Verantwortung und Entscheidungskompetenz bei dem Behandlungsteam verbleibt. Für ethische Fragestellungen, die in der Praxis häufig auftreten, wie der ethische Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden, der Umgang mit Patientenverfügungen, die Regelung des Verzichts auf Herz-Kreislauf-Wiederbelebung, werden häufig durch das KEK spezielle Leitlinien entwickelt.

Beispiel

Die *Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (AEM)* ist eine interdisziplinäre und interprofessionelle medizinethische Fachgesellschaft mit Ärzten, Pflegekräften, Philosophen, Theologen, Juristen sowie Angehörige weiterer Professionen als Mitgliedern. Sie betreibt u. a. die Informations- und Dokumentationsstelle *Ethik in der Medizin (IDEM)* sowie die Arbeitsgruppe *Ethikberatung im Gesundheitswesen* mit Vorschlägen für ein Curriculum Ethikberatung im Krankenhaus und in Einrichtungen der stationären Altenhilfe sowie Empfehlungen zur Dokumentation von Ethik-Fallberatungen und zur Evaluation von Ethikberatung (vgl. Akademie für Ethik in der Medizin 2016, S. 1). Ethische Leitlinien verschiedener Einrichtungen beinhalten Empfehlungen, wie etwa zur Entscheidungsfindung bezüglich der Anlage einer Magensonde, zur Frage der Therapiezieländerung bei schwerstkranken Patienten, zur Therapiebegrenzung auf Intensivstationen oder zum Umgang mit Patientenverfügungen.

Zusammenfassung

Es gibt wohl kaum einen Politikbereich in Deutschland, der so häufig in der Diskussion steht, wie die sich mit der Funktionalität, Planung, Organisation, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitssystems beschäftigende Gesundheitspolitik. Der Gesundheitsbetrieb ist in das deutsche Gesundheitssystem integriert, welches die Beziehungen im Gesundheitswesen zwischen dem Staat, den Kostenträgern, den Leistungserbringern, den versicherten Patienten und anderen, ihren Verbänden und ihren Selbsthilfeorganisationen sowie sonstigen im Gesundheitswesen tätigen eingebundenen Gruppierungen regelt. Die medizinischen Umweltbedingungen der Gesundheitsbetriebe bestehen unter anderem aus dem Gesundheitszustand und den gesundheitlichen Risiken der deutschen Bevölkerung, ferner aus den Unterstützungsmöglichkeiten bei der medizinischen Leistungserbringung und damit den Entwicklungen in der Medizintechnik. Gesundheitsbetriebe haben zudem eine besondere Verantwortung im Bereich des Umweltschutzes, da

sie Aufgaben im Rahmen der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsprophylaxe wahrnehmen. Die allgemeinen betrieblichen Rechtsgrundlagen von Gesundheitsbetrieben sind zunächst im Wirtschafts- und Arbeitsrecht verankert. Die Rechtsgebiete, die über die allgemeinen betrieblichen Rechtsgrundlagen hinaus spezielle Rahmenbedingungen für den Gesundheitsbetrieb darstellen, betreffen insbesondere die betriebliche Organisation, die Betriebsangehörigen, die betriebliche Leistungserstellung, die Gebühren - und damit die Situation der Einnahmenerzielung - sowie die Patienten. Ein großer Teil der Gesundheitsbetriebe in Deutschland befindet sich in öffentlicher bzw. gemeinnütziger Trägerschaft. Daher sind die öffentlich-rechtlichen Organisationsformen für diese Betriebe von besonderer Bedeutung. Zu den Privatrechtsformen für Gesundheitsbetriebe zählen die meisten Formen von Personen- und Kapitalgesellschaften. Der Standort von Gesundheitsbetrieben, als geographischer Ort ihrer betrieblichen Leistungserstellung, ist abhängig von zahlreichen speziellen Faktoren, wie dem potentiellen Einzugsbereich oder der Möglichkeit zur vertragsärztlichen Niederlassung. Die Behandlung ethischer Fragen im Gesundheitsbetrieb bezieht sich zum einen auf die betriebliche Ethik im Sinne einer Unternehmens- und Wirtschaftsethik und zum anderen auf die konkreten Problemstellungen, die sich in Zusammenhang mit der Aufgabenwahrnehmung im Gesundheitswesen ergeben.

Literatur

- Akademie für Ethik in der Medizin (Hrsg.). (2016). Standards und Empfehlungen für Ethikberatung im Gesundheitswesen. Göttingen. http://www.aem-online.de/index.php?new_kat=65&artikel_id=None. Zugegriffen: 28. Febr. 2016.
- Bundesärztekammer (Hrsg.). (2008). Gesundheitspolitischen Leitsätze der Ärzteschaft (Ulmer Papier, Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages 2008). <http://www.baek.de/downloads/Ulmer-PapierDAET111.pdf>. Zugegriffen: 13. Febr. 2016.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.). (2005). Studie zur Situation der Medizintechnik in Deutschland im internationalen Vergleich – Zusammenfassung. Broschüre. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2015). Daten des Gesundheitswesens 2015. Stand: Oktober 2015. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2016). Aufgaben und Organisation des Bundesministeriums für Gesundheit. Bonn. <http://www.bmg.bund.de/ministerium/aufgaben-und-organisation/aufgaben.html>. Zugegriffen: 13. Febr. 2016.
- Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 20. November 2015 (BGBl. I S. 2018) geändert.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG (Hrsg.). (2015). Eckdaten der Krankenhausstatistik. Stand: 10.12.2015. Berlin.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (Hrsg.). (2010). ICN-Ethikkodex für Pflegendende. Berlin.
- Deutscher Ethikrat (Hrsg.). (2016). Auftrag. Berlin. <http://www.ethikrat.org/ueber-uns/auftrag>. Zugegriffen: 21. Febr. 2016.

- Deutscher Genossenschafts- und Raiffeisenverband (Hrsg.). (2016). Krankenhaus Salzhausen. Berlin. <http://www.genossenschaften.de/krankenhaus-salzhausen-eg>. Zugegriffen: 21. Febr. 2016.
- Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (Hrsg.). (2016). Willkommen beim DRZE. Bonn. <http://www.drze.de/>. Zugegriffen: 28. Febr. 2016.
- Dr. Schweckendiek GmbH Klinik KG (Hrsg.). (2016). Willkommen in der Tagesklinik Dr. Schweckendiek. Marburg. <http://www.hno-klinik.de/content/>. Zugegriffen: 21. Febr. 2016.
- Eigler, F. W. (2003). Der hippokratische Eid – Ein zeitgemäßes Gelöbniß? *Deutsches Ärzteblatt*, 100(34–35), A 2203–A 2204.
- Einkommensteuergesetz (EStG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 8. Oktober 2009 (BGBl. I S. 3366, 3862), zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2553) geändert.
- Fleßa, S. (2014). *Grundzüge der Krankenhausbetriebslehre* (Bd. 2, 2. Aufl.). München: Oldenbourg.
- Frodl, A. (2013). *Recht im Gesundheitsbetrieb – Gesetze und Verordnungen für die Betriebsführung im Gesundheitswesen*. Berlin: de Gruyter.
- Greiling, M., & Muszynski, T. (2008). *Strategisches Management im Krankenhaus – Methoden und Techniken zur Umsetzung in der Praxis* (Bd. 2). Stuttgart: Kohlhammer.
- Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 3. März 2010 (BGBl. I S. 254), zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 2. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2158) geändert.
- Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. Juni 2013 (BGBl. I S. 1750, 3245), zuletzt durch Artikel 258 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert.
- Gewerbeordnung (GewO) in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Februar 1999 (BGBl. I S. 202), durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2572) geändert.
- Handelsgesetzbuch (HGB) in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 4100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 22. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2565) geändert.
- Haubrock, M. (2009). Vom Gesundheitssystem zur Gesundheitswirtschaft. In M. Haubrock & W. Schär (Hrsg.), *Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheitswirtschaft* (Bd. 5, S. 25–30). Bern: Huber.
- Hessisches Krankenhausgesetz (KHKG 2011) – Zweites Gesetz zur Weiterentwicklung des Krankenhauswesens in Hessen – vom 21. Dezember 2010. Fundstelle: GVBl. I 2010, 587. Gliederungs-Nr: 351–84.
- Inselsberg-Klinik (Hrsg.). (2016). Kontakt. Tabarz/Thüringen. <http://www.inselsberg-klinik.de/adresse.html>. Zugegriffen: 21. Febr. 2016.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV (Hrsg.). (2015a). Kooperationen – Berufsausübungsgemeinschaft (BAG). Berlin. <http://www.kbv.de/html/berufsausuebungsgemeinschaften.php>. Zugegriffen: 21. Juni 2015.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV (Hrsg.). (2015b). Medizinische Versorgungszentren. Berlin. <http://www.kbv.de/html/mvz.php>. Zugegriffen: 27. Juni 2015.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV (Hrsg.). (2016). Zulassung. Berlin. <http://www.kbv.de/html/zulassung.php>. Zugegriffen: 27. Febr. 2016.
- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (Hrsg.). (2015). Praxisgemeinschaft – Mehrere Einzelpraxen unter einem Dach. Stuttgart. <https://www.kvbawue.de/praxis/niederlassung/niederlassungsoptionen/praxisgemeinschaft/>. Zugegriffen: 21. Juni 2015.
- Klinikum Fulda (Hrsg.). (2016). Wir über uns. Fulda. <http://www.klinikum-fulda.de/wir-ueber-uns.html>. Zugegriffen: 21. Febr. 2016.

- Klinikum Ingolstadt (Hrsg.). (2016). Unternehmen. Ingolstadt. <https://www.klinikum-ingolstadt.de/unternehmen/>. Zugegriffen: 21. Febr. 2016.
- Klinikum Südstadt Rostock (Hrsg.). (2016). Wir über uns. Rostock. <http://www.kliniksued-rostock.de/unternehmen/ueber-uns.html>. Zugegriffen: 21. Febr. 2016.
- Krankenhaus Düren (Hrsg.). (2016). Kompetenz und Verantwortung. Düren. <http://www.krankenhaus-dueren.de/>. Zugegriffen: 21. Febr. 2016.
- Kreislaufwirtschaftsgesetz (KrWG) vom 24. Februar 2012 (BGBl. I S. 212), zuletzt durch Artikel 1a des Gesetzes vom 20. November 2015 (BGBl. I S. 2071) geändert.
- Krüger, C., & Rapp, B. (2006). Ethik im Gesundheitswesen: Behandlungsqualität – oberste Priorität. *Deutsches Ärzteblatt*, 103(6), A 320–A 322.
- Lüngen, M., & Büscher, G. (2015). *Gesundheitsökonomie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Luppen, M. (25. Oktober 2014). Zentralklinik soll nach Georgsheil. *Ostfriesen-Zeitung*.
- Mitbestimmungsgesetz (MitbestG) vom 4. Mai 1976 (BGBl. I S. 1153), zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 24. April 2015 (BGBl. I S. 642) geändert.
- Ochs, A., Jahn, R., & Matusiewicz, D. (2013). Gesundheitssysteme: ein internationaler Überblick. In J. Wasem, S. Staudt, & D. Matusiewicz (Hrsg.), *Medizinmanagement – Grundlagen und Praxis* (S. 11–48). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Partnerschaftsgesellschaftsgesetz (PartGG) vom 25. Juli 1994 (BGBl. I S. 1744), zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 22. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2565) geändert.
- Perschke-Hartmann, C. (2009). Gesundheits- und Sozialpolitik. In C. Conzen, J. Freund, & G. Overlander (Hrsg.), *Pflegemanagement heute – Ökonomie, Personal, Qualität: verantworten und organisieren* (S. 1–30). München: Urban & Fischer/Elsevier.
- Rhön-Klinikum (Hrsg.). (2016). Konzern. Bad Neustadt/Saale. <http://rhoen-klinikum-ag.com/konzern.html>. Zugegriffen: 21. Febr. 2016.
- Richtlinien über die Berücksichtigung von Umweltgesichtspunkten bei der Vergabe öffentlicher Aufträge (Umweltrichtlinien Öffentliches Auftragswesen – öAUmWR) Bekanntmachung der Bayerischen Staatsregierung vom 28. April 2009 Az.: B II 2-5152-15.
- Schön Klinik (Hrsg.). (2016). Unternehmensinformation, Organigramm. Prien/Chiemsee. <http://www.schoen-kliniken.de/karriere/klinikgruppe/investor/>. Zugegriffen: 21. Febr. 2016.
- Städtler-Mach, B., & Devrient, H. (2005). Wirtschaftsethik. In A. Kerres & B. Seeberger (Hrsg.), *Gesamtlehrbuch Pflegemanagement* (S. 1–28). Heidelberg: Springer Medizin.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2016a). Die 20 häufigsten Hauptdiagnosen. Wiesbaden. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/Diagnosen.html>. Zugegriffen: 14. Febr. 2016.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2016b). Gesundheitsberichtserstattung des Bundes – Gesundheitsversorgung. Bonn. http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=67882001&p_sprache=D&p_knoten=TR14501. Zugegriffen: 27. Febr. 2016.
- St. Hedwig-Krankenhaus (Hrsg.). (2016). 125 Jahre AdöR. Berlin. <http://www.shk-berlin-adoer.de/125-jahre-adoer.html>. Zugegriffen: 14. Febr. 2016.
- Stiftung Krankenhaus Bethanien (Hrsg.). (2016). Wir über uns. Moers. <http://www.bethanien-moers.de/krankenhaus/ueber-uns>. Zugegriffen: 21. Febr. 2016.
- Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Hrsg.). (2016). Impressum. Hamburg. <https://www.uke.de/allgemein/impressum/index.html>. Zugegriffen: 21. Febr. 2016.
- Vergabeverordnung (VgV) in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. Februar 2003 (BGBl. I S. 169), zuletzt durch Artikel 259 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert.
- Wendland, H. (2016). Was ist ein MVZ? – Ein rechtlicher Überblick/Medizinisches Versorgungszentrum – Ein neuer Leistungserbringer/Die umsatzsteuerlichen Rahmenbedingungen. Erfstadt. <http://www.mvzberater.de/aspekte-mvz-bwl.php>. Zugegriffen: 21. Febr. 2016.

-
- Zentrale Ethikkommission (Hrsg.). (2016). Stellungnahmen der Zentralen Ethikkommission (Stand: September 2013). Berlin. <http://www.zentrale-ethikkommission.de/page.asp?his=0.1>. Zugegriffen: 28. Febr. 2016.
- Zentrum für Medizinische Ethik (Hrsg.). (2016). Über das Zentrum – Aufgaben und Geschichte. Bochum. <http://www.zme-bochum.de/deutsch/zentrum/index.html>. Zugegriffen: 28. Febr. 2016.



<http://www.springer.com/978-3-658-16563-5>

Gesundheitsbetriebslehre
Betriebswirtschaftslehre des Gesundheitswesens
Frodl, A.
2017, XXII, 433 S. 47 Abb., Softcover
ISBN: 978-3-658-16563-5