



© K. Oborny/Thieme

## **Kapitel 2**

### **Einrichtungen**

2.1	Gesundheitsschutz	27
2.2	Stationäre und teilstationäre Einrichtungen	28
2.3	Ambulante Einrichtungen	34
2.4	Versorgungsverträge	43
2.5	Fragen und Aufgaben	44

## 2 Einrichtungen

Das Gesundheitswesen gehört aufgrund seiner Betriebs- und Beschäftigtenzahl heute zu einem der wichtigsten Wirtschaftszweige in Deutschland. Die im Jahr 2019 rund 5,7 Millionen Beschäftigten im Gesundheitswesen teilen sich wie folgt auf die nachstehenden Einrichtungen auf (► Tab. 2.1). Im Folgenden werden einige Einrichtungen exemplarisch herausgegriffen und näher betrachtet.

### 2.1 Gesundheitsschutz

Der *Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD)* ist die Organisation von Dienststellen auf Bundes-, Länder-, Kreis- und Gemeindeebene, die dem Schutz der Gesundheit der Gemeinschaft und des Einzelnen dient. Der ÖGD wird auch als dritte Säule des Gesundheitswesens neben der ambulanten und stationären Versorgung bezeichnet. Die Aufgaben des ÖGD liegen in den Bereichen:

- Gesundheitsschutz und Hygieneüberwachung
- Umwelthygiene und Toxikologie
- Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge
- Jugend- und Schulgesundheitspflege
- sozialmedizinischer Dienst
- amtsärztlicher Dienst und gutachterliche Aufgaben
- Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie

Der ÖGD wird hauptsächlich von den Gesundheitsämtern, aber auch von anderen Ämtern wie den Umweltschutzämtern wahrgenommen. Neben den staatlichen und kommunalen Einrichtungen des ÖGD gibt es noch mittelbare Träger der Staatsverwaltung (Körperschaften, Anstalten oder Stiftungen). Hinzu treten weitere Einrichtungen, die von den Trägern der unmittelbaren oder mittelbaren Staatsverwaltung errichtet und getragen werden (z. B. Verbände, Vereine).

Tab. 2.1 Gesundheitspersonal 2019 nach Einrichtungen in 1000.

Einrichtung	insgesamt	Einrichtung	insgesamt
Gesundheitsschutz	39	Rettungsdienste	75
Ambulante Einrichtungen	2364	Verwaltung	220
• Arztpraxen	708	Sonstige Einrichtungen	428
• Zahnarztpraxen	359	Vorleistungsindustrien	569
• Praxen sonstiger medizinischer Berufe	532	• pharmazeutische Industrie	158
• Apotheken	229	• medizintechnische/augenoptische Industrie	171
• Einzelhandel	128	• Großhandel/Handelsvermittlung	144
• ambulante Pflege	407	• medizinische/zahnmedizinische Laboratorien	95
		<b>Einrichtungen insgesamt</b>	<b>5749</b>
Stationäre/teilstationäre Einrichtungen	2055		
• Krankenhäuser	1194		
• Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	122		
• stationäre/teilstationäre Pflege	739		

Statistisches Bundesamt, 2022

### 2.2 Stationäre und teilstationäre Einrichtungen

Entsprechend der Einteilung des Statistischen Bundesamtes (► Tab. 2.1) werden im Bereich der stationären und teilstationären Versorgung u. a. folgende Einrichtungen unterschieden:

#### 2.2.1 Krankenhäuser

##### Definition

[ ]

##### Krankenhaus

Für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird der Begriff „Krankenhaus“ im § 107 Abs. 1 SGB V definiert: Ein Krankenhaus ist eine Einrichtung, die der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dient, fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichend diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeitet. Ziel dieser Einrichtung ist es, mit Hilfe überwiegend ärztlicher und pflegerischer Leistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festzustellen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten. Zu diesen Leistungen tritt die Verpflichtung hinzu, für Unterbringung und Verpflegung zu sorgen.

In ähnlicher Form definiert auch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) den Begriff „Krankenhaus“ (§ 2 Nr. 1 KHG).

#### Zuordnung des Krankenhauses

Die Einteilung erfolgt grundsätzlich in allen Bundesländern nach den gleichen Kriterien. Gelegentlich sind die Bezeichnung und Abgrenzung der Gruppen etwas unterschiedlich. Im Allgemeinen können Krankenhäuser u. a. nach dem Träger, der Versorgungsstufe oder der Art der Zulassung eingruppiert werden (► Abb. 2.1):

#### Art der Zulassung

Die Gesetzlichen Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlungen nur durch zugelassene Krankenhäuser erbringen lassen. Man unterscheidet:

- *Hochschulkliniken*
- *Plankrankenhäuser*, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind.
- *Krankenhäuser mit einem Versorgungsvertrag*, die aufgrund eines Versorgungsauftrags mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen zur Krankenhausbehandlung Versicherter zugelassen sind.
- *sonstige Krankenhäuser*, die nicht unter die oben genannten Kategorien fallen und somit nicht zu den zugelassenen Krankenhäusern gemäß § 108 SGB V zählen.

#### Art der Versorgungsstufen (Anforderungsstufe)

Je nach landesrechtlicher Ausgestaltung werden Krankenhäuser nach Grundversorgung, Regelversorgung, Schwerpunktversorgung und Zentral- bzw. Maximalversorgung sowie nach Fachkrankenhäusern gegliedert. Die Differenzierung wird auch unter dem Begriff „Versorgungsstufe“ (Anforderungsstufe) zusammengefasst und bezieht sich auf das vom Krankenhaus angebotene Leistungsspektrum (► Abb. 2.2):

- *Krankenhäuser der Grundversorgung* sichern in jeder Region wohnortnah die Versorgung für die am häufigsten auftretenden Krankheitsfälle. Diese Häuser führen i. d. R. die Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe.
- *Regelversorgungskrankenhäuser* verfügen über ein größeres Leistungsspektrum als Krankenhäuser der Grundversorgung. Sie dienen der spezialisierten Versorgung für eine Teilregion innerhalb eines Versorgungsgebiets.
- *Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung* sind in mittleren und größeren Städten lokalisiert. Sie nehmen eine überregionale Versorgungsfunktion wahr. Ihr medizinisches Leistungsangebot umfasst gegenüber den Krankenhäusern der Regelversorgung weitere Fachrichtungen, zum Teil mit Subspezialisierungen.
- *Zentralkrankenhäuser und Krankenhäuser der Maximalversorgung* sind meist Universitätskliniken. In diesen Krankenhäusern sind alle für die Versorgung von Patienten wichtigen Fachgebiete vertreten. Sie weisen ein breites Spektrum an Spezialisierungen auf. Hieraus resultiert eine großräumige Bedeutung, die oft über die Landesgrenzen hinausreicht. Alle Fachgebiete werden hauptamtlich geleitet.

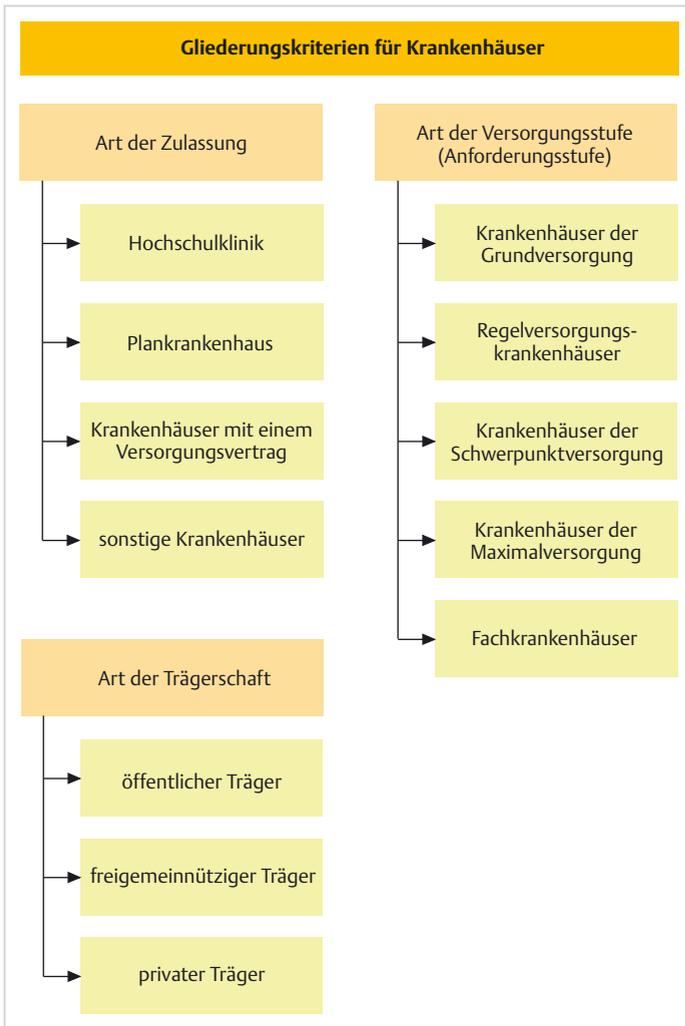


Abb. 2.1 Gliederungskriterien für Krankenhäuser.

- **Fachkrankenhäuser** schließlich sind auf ein bis drei Fachgebiete spezialisiert. Sie behandeln nur Kranke bestimmter Krankheitsarten, die eine Behandlung durch Spezialisten erforderlich machen, z. B. Herzzentren. In der Regel haben sie einen die Versorgungsregionen übergreifenden, teilweise landesweiten Versorgungsauftrag. Fachkrankenhäuser sind keiner bestimmten Versorgungsstufe zugeordnet.
- **öffentliche Einrichtungen**, die von Gebietskörperschaften (Bund, Land, Kreis, Gemeinden), von Zusammenschlüssen solcher Körperschaften wie Arbeitsgemeinschaften oder Zweckverbänden oder von Sozialversicherungsträgern wie Berufsgenossenschaften betrieben oder unterhalten werden. Die Kliniken in öffentlicher Trägerschaft machen ca. 30 % aller Krankenhäuser in Deutschland aus und stellen fast die Hälfte aller Krankenhausbetten.
- **freigemeinnützige Einrichtungen**, die von freien gemeinnützigen Organisationen wie Trägern der kirchlichen oder freien Wohlfahrtspflege, Kirchengemeinden, Stiftungen oder Vereinen unterhalten werden. So gibt es Krankenhäuser, die

### Art der Trägerschaft

Träger eines Krankenhauses ist derjenige, der die Verantwortung für die Leitung, Organisation und Finanzierung des Krankenhauses trägt. Nach der Trägerschaft werden unterschieden:

	Versorgungsstufe I	Versorgungsstufe II	Versorgungsstufe III	Versorgungsstufe IV
	<b>Grundversorgung</b>	<b>Regelversorgung</b>	<b>Schwerpunktversorgung</b>	<b>Maximalversorgung</b>
Fachabteilung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Innere Medizin</li> <li>• Chirurgie</li> <li>• Gynäkologie/ Geburtshilfe</li> </ul>	zusätzlich: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anästhesie</li> <li>• Augenheilkunde</li> <li>• Geriatrie</li> <li>• HNO</li> <li>• Intensivmedizin</li> </ul>	zusätzlich: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dermatologie</li> <li>• Neurologie</li> <li>• Pädiatrie</li> <li>• Psychiatrie</li> <li>• Orthopädie</li> <li>• Urologie</li> <li>• spezielle Disziplinen</li> </ul>	zusätzlich: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Labormedizin</li> <li>• Nuklearmedizin</li> <li>• Strahlendiagnostik/-therapie</li> <li>• Pathologie</li> <li>• spezielle Disziplinen</li> </ul>
Einzugsgebiet	Ort bzw. Stadt	Kreis	Bezirk	landesweit

Abb. 2.2 Versorgungsstufen der Krankenhäuser. Einteilung der Versorgung anhand der Merkmale Fachabteilungen und Einzugsgebiet.

beispielsweise von der evangelischen oder katholischen Kirche, der Arbeiterwohlfahrt oder dem Deutschen Roten Kreuz geführt werden.

- *private Einrichtungen*, die als gewerbliches Unternehmen eine Konzession nach § 30 der Gewerbeordnung benötigen. Beispiele für private Träger sind Klinikketten wie Helios, Asklepios oder Sana.

Bei Krankenhäusern mit unterschiedlicher Trägerschaft wird der Träger angegeben, der überwiegend beteiligt ist oder die Hauptgeldlast trägt.

### Exkurs: Das triale Organisationsmodell eines Krankenhauses

Die meisten Krankenhäuser gliedern sich in die Bereiche ärztlicher Dienst, Pflegepersonal sowie Wirtschafts- und Versorgungsdienst. Bei dieser berufsgruppenorientierten Aufteilung spricht man auch von einem trialen Organisationsmodell. Dieser organisatorische Aufbau wird in vielen deutschen Krankenhäusern umgesetzt (► Abb. 2.3).

In den meisten Krankenhäusern spiegelt sich die Dreiteilung der Organisation im Krankenhausdirektorium (in der Krankenhausbetriebsleitung) wider. Das Direktorium besteht in der Regel aus dem ärztlichen Direktor, dem Verwaltungsdirektor und der Pflegedienstleitung. Sie führen gemeinsam die laufenden Geschäfte. Dabei hängt die Handlungsfähigkeit und Eigenverantwortung des Direktoriums stark von der Rechtsform des Krankenhauses ab. Nach innen übernimmt jeder die Verantwort-

ung für seinen Wirkungsbereich. So steht der Verwaltungsdirektor unmittelbar den Bereichen Verwaltung und Versorgung vor. Die ärztliche Leitung übernimmt die Verantwortung für die medizinischen Aspekte des Krankenhauses, während die Pflegedienstleitung Entscheidungen hinsichtlich des Pflegedienstes trifft.

Zunehmend werden Krankenhäuser von einem Geschäftsführer geleitet, der dem Krankenhausdirektorium vorsteht.

► **Ärztlicher Dienst.** Der Ärztliche Dienst ist in den meisten Krankenhäusern hierarchisch geordnet, an der Spitze steht der Ärztliche Direktor. Die Krankenhausabteilungen werden von einem Arzt geleitet, der als Chefarzt oder leitender Arzt bezeichnet wird. Der Chefarzt leitet die Fachabteilung in eigener Verantwortung. Als Vorgesetzter ist er gegenüber den nachgeordneten Ärzten und allen in der Abteilung tätigen Mitarbeitern, also auch gegenüber dem medizinischen/technischen und dem Pflegepersonal, fachlich weisungsberechtigt. Im Hierarchiegefüge lässt sich der Ärztliche Dienst in folgende Ebenen gliedern:

- Chefarzt
- Oberarzt
- Facharzt
- Stationsarzt bzw. Assistenzarzt

► **Pflegedienst.** Der Pflegedienst ist die Schnittstelle zwischen den Patienten und den Abteilungen des Krankenhauses. Die Aufgaben des Pflegedienstes sind vielfältig und reichen von der

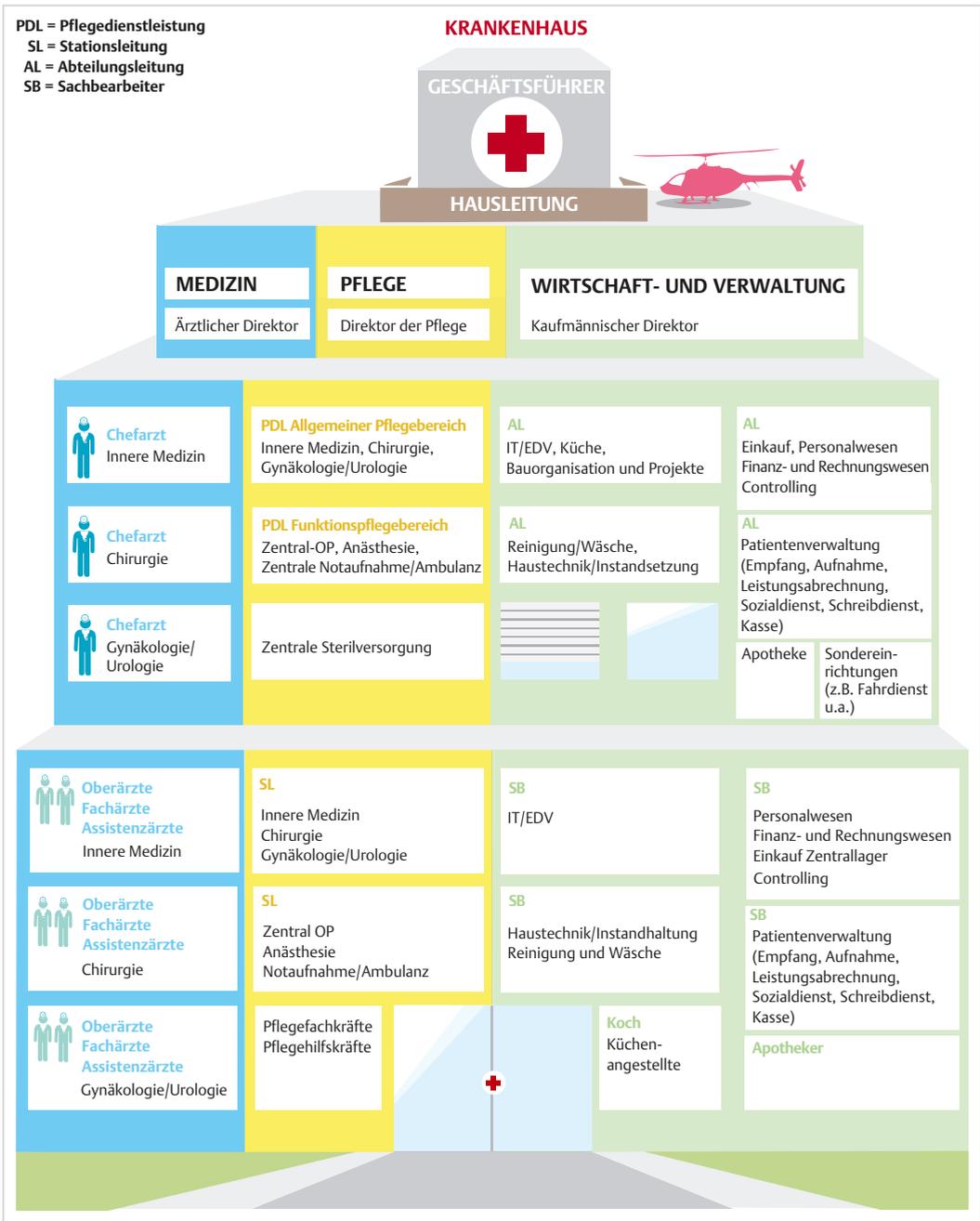


Abb. 2.3 Organisationsstruktur eines Krankenhauses. (Abb. nach: I care Pflege. 2., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Thieme; 2020)

Koordination der Patiententermine über die Sicherstellung der Stationsversorgung (Speiseversorgung, Reinigung) bis zur Verbindung zur Verwaltung (Patientenaufnahme, Einkauf).

An der Spitze steht die Pflegedienstleitung. Sie ist Mitglied des Krankenhausdirektoriums und vertritt dort die Interessen des Pflegedienstes. Dem Pflegepersonal gegenüber übt sie Arbeitgeberfunktion aus.

Untergeordnet ist in der Regel die Stationsleitung, der die Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte und sonstiges Hilfspersonal unterstellt sind.

Zusätzlich zur hierarchischen Unterstellung innerhalb des Pflegedienstes sind die Pflegekräfte auch an die fachlichen Anordnungen der Ärzte gebunden.

► **Wirtschafts- und Verwaltungsdienst.** Die dritte Säule des Krankenhausbetriebes ist der Wirtschafts- und Verwaltungsdienst. Zu seinen Aufgabengebieten gehören:

- die Patientenverwaltung wie u. a. der Empfang, die Aufnahme sowie Leistungserfassung und -abrechnung
- das Finanz- und Rechnungswesen
- das Controlling und die Interne Revision
- die Personalabteilung
- das Archiv und der Schreibdienst
- der technische Dienst (Betriebs- und Medizintechnik)
- das Beschaffungswesen/Materialwirtschaft
- die Speiseversorgung
- die Wäscheversorgung und der Reinigungsdienst
- der Transportdienst
- die Seelsorge und die Sozialbetreuung usw.

Die enge Verzahnung der Bereiche Patientenverwaltung oder Speiseversorgung mit den ärztlichen und pflegerischen Aufgaben stellt hohe Anforderungen an die Koordination. An der Spitze des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes steht der Verwaltungsleiter. Je nach Größe des Hauses finden sich unterhalb des Verwaltungsdirektors die Hierarchiestufen Abteilungsleiter, Referatsleiter, Gruppenleiter und Sachbearbeiter.

### 2.2.2 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Abhängig von der Krankheit, der Behandlungsart und dem Leistungsträger kann eine Rehabilitation ambulant oder stationär durchgeführt werden.

Ambulante Rehabilitationsleistungen finden beispielsweise in Praxen von Krankengymnasten und Masseuren statt; stationäre Rehabilitation in Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.

#### Definition



##### Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Nach § 107 Abs. 2 Satz 1 SGB V dienen Vorsorgeeinrichtungen der stationären Behandlung der Patienten, um eine Schwächung der Gesundheit, die zu einer Krankheit führen könnte, zu beseitigen.

Rehabilitationseinrichtungen haben primär die Funktion, im Anschluss an die Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern und zu festigen. Daneben sollen sie Krankheiten heilen, eine Verschlimmerung der Krankheit verhüten oder Krankheitsbeschwerden lindern. Ein weiteres Ziel ist, einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Die Behandlungen finden unter ständiger ärztlicher Verantwortung statt und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal, um den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan zu verbessern. Vorwiegend werden Heilmittel einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie angewendet, aber auch die geistige und seelische Heilung wird unterstützt. Weitere Merkmale einer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung sind, dass Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte geholfen wird und dass sie in den Einrichtungen untergebracht und gepflegt werden können.

Zu den Rehabilitationseinrichtungen zählen auch Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation wie Berufsförderungswerke, Berufsbildungswerke und Werkstätten für behinderte Menschen sowie Einrichtungen zur Ausführung von Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (heilpädagogische Einrichtungen).

### 2.2.3 Stationäre und teilstationäre Pflege

Es lassen sich folgende Einrichtungen der Altenhilfe gemäß § 71 SGB XI unterscheiden:

- ambulante Pflegeeinrichtungen
- ambulante Betreuungseinrichtungen
- teilstationäre Pflegeeinrichtungen
- vollstationäre Pflegeeinrichtungen

► **Ambulante Pflegeeinrichtungen.** Ambulante Pflegeeinrichtungen dienen der ambulanten (vorübergehenden) pflegerischen Versorgung von zu Hause lebenden kranken und hilfsbedürftigen Menschen. Die ambulante Pflege hat in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen. Hauptmerkmal ambulanter Pflegeeinrichtungen ist, dass sie unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft stehen. Die Pflegekassen dürfen ambulante Pflegeleistungen nur durch zugelassene Pflegeeinrichtungen sicherstellen (§ 72 SGB XI). Ambulante Dienste werden von unterschiedlichen Anbietern erbracht. Neben den Sozialstationen, die meist von Wohlfahrtsverbänden, Kirchen oder Kommunen getragen werden, existieren Gemeindegrenzenpflegestationen, mobile Hilfs- und Pflegedienste sowie private ambulante Pflegedienste.

► **Ambulante Betreuungseinrichtungen.** Seit Mai 2019 können „[...] ambulante Betreuungseinrichtungen, die für Pflegebedürftige dauerhaft pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung erbringen (Betreuungsdienste) [...]“ zur Versorgung zugelassen werden (§ 71 Abs. 1a SGB XI). Betreuungsdienste sind auf Dauer angelegte organisatorisch und wirtschaftlich selbstständige Einrichtungen, die unter der ständigen Verantwortung einer qualifizierten Leitungskraft (verantwortliche Fachkraft) stehen. Sie muss keine Pflegekraft sein. Als verantwortliche Fachkräfte können qualifizierte, fachlich geeignete sowie zuverlässige Fachkräfte mit zweijähriger Berufserfahrung im erlernten Beruf, vorzugsweise aus dem Gesundheits- und Sozialbereich (z. B. Heilpädagogen, Sozialarbeiter, Sozialtherapeuten), beschäftigt werden (§ 71 Abs. 3 SGB XI).

Dieser neue Anbietertyp ist eine sinnvolle und hilfreiche Erweiterung und Ergänzung des vorhandenen Angebotsspektrums in der häuslichen Pflege. Ziel war und ist, in unterversorgten Regionen die Versorgung zu sichern sowie ambulante Pflegedienste zu entlasten. Seitdem können ambulan-

te Betreuungsdienste für die Erbringung pflegerischer Betreuungsmaßnahmen (z. B. Begleitung beim Spaziergang, Vorlesen, Unterstützung bei der Versorgung von Haustieren, Handarbeit, Spiele, Ausflüge, Gespräche etc.) und Hilfen bei der Haushaltsführung anerkannt werden und diese Hilfen über das Sachleistungsbudget nach § 36 SGB XI abrechnen. Bisher durften solche Leistungen nur durch Pflegedienste angeboten werden. Dazu vereinbaren die Landesverbände der Pflegekassen mit ambulanten Anbietern Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen in Einvernehmen mit den zuständigen Trägern der Sozialhilfe.

Pflegerische Betreuungsleistungen sind ausgerichtet auf Pflegebedürftige mit Beeinträchtigungen in den Bereichen der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (Modul 2 des Begutachtungsinstruments [► Abb. 18.2]), der Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen (Modul 3) sowie der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (Modul 6). Körperbezogene Pflegemaßnahmen gehören nicht zum Leistungsspektrum. Sie bleiben weiterhin im Zuständigkeitsbereich von Pflegediensten. Ergänzend dürfen Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI nicht von Betreuungsdiensten durchgeführt werden (§ 37 Abs. 9 SGB XI).

► **Teilstationäre Pflegeeinrichtungen.** Zur teilstationären Altenhilfe gehören Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige nur tagsüber oder nur nachts untergebracht sind und gepflegt werden. Tages- und Nachtpflege bildet das Zwischenglied zwischen häuslicher Pflege und der Unterbringung in einem Heim. Dabei wird vorausgesetzt, dass einerseits die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann, andererseits die Betreuung und Versorgung zu Hause während der Nacht bzw. des Tages sichergestellt ist. Der Vorteil sowohl für den Pflegebedürftigen als auch für die Pflegenden liegt darin, dass die gewohnte familiäre Umgebung und die gewachsenen sozialen Beziehungen aufrechterhalten werden. Tagespflegeeinrichtungen machen es beispielsweise möglich, dass pflegende Angehörige tagsüber ihrem Beruf nachgehen können. Nachts und am Wochenende sorgt die Familie zu Hause für die Pflege. Ziel der Tagespflege und auch der Nachtpflege ist es, die stationäre Unterbringung eines Hilfsbedürftigen hinauszuzögern, abzukürzen oder im besten Fall zu verhindern.

► **Vollstationäre Pflegeeinrichtungen.** Stationäre oder geschlossene Altenhilfe umfasst alle Formen der Betreuung, die mit einem Wechsel des sozialen Lebensraums verbunden sind. Früher wurde eine strikte Funktionszuweisung nach Bedürftigkeitsgrad der Bewohner in Heimtypen vorgenommen und in folgende Wohnformen unterschieden:

- **Altenwohnheim** (Zusammenschluss in sich abgeschlossener Wohnungen, die in ihrer Anlage und in ihrer Ausstattung den Bedürfnissen älterer Menschen Rechnung tragen; ermöglicht eine selbstständige Haushaltsführung; bei Bedarf werden Verpflegung, Versorgung und Betreuung gewährleistet)
- **Altenheim** (Bewohner haben ein Zimmer oder Kleinappartement und erhalten zusätzlich Verpflegung und Betreuung; häufig mit eigener Pflegeabteilung)
- **Altenpflegeheim** (dient der umfassenden Pflege, Betreuung und Versorgung chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen; einzelne private Einrichtungengegenstände)

Heute gilt der Leitsatz: „Es wird gepflegt, wo gewohnt wird.“ Demzufolge findet man in den meisten Einrichtungen der stationären Altenhilfe eine Kombination der traditionellen Heimtypen „Altenwohnheim“, „Altenheim“, „Altenpflegeheim“ unter einem Dach. Dabei ist das Altenpflegeheim sowohl nach der Anzahl als auch nach der Platzzahl die bedeutendste Wohnform für Senioren außerhalb der normalen Wohnungen.

Tab. 2.2 Träger der Altenhilfe.

Trägerart	Träger
öffentliche Träger	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bund</li> <li>• Länder</li> <li>• Städte und Gemeinden</li> </ul>
freie Träger	kirchliche Träger wie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diakonisches Werk der evangelischen Kirche</li> <li>• Deutscher Caritasverband</li> </ul> Träger, die anderen Wohlfahrtsverbänden angeschlossen sind, wie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeiterwohlfahrt</li> <li>• Deutsches Rotes Kreuz</li> <li>• paritätischer Wohlfahrtsverband</li> </ul>
sonstige Träger	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbsthilfegruppen</li> <li>• private Leistungsanbieter</li> </ul>

nach Haubrock, 2009

Die Nachfrage der Senioren nach dem klassischen Altenheim geht stark zurück. Viele Altenheime wurden in Altenpflegeheime oder in Wohnheime/Betreutes Wohnen umgewandelt.

Eine Übersicht über die Träger der Altenhilfe gibt ► Tab. 2.2.

## 2.3 Ambulante Einrichtungen

### 2.3.1 Haus-, Fach- und Zahnärzte

Die ambulante ärztliche Versorgung wird überwiegend von Haus- und Fachärzten sowie von Zahnärzten erbracht. Die ärztliche Versorgung durch den niedergelassenen Arzt umfasst Leistungen, die von der Feststellung und Bestätigung der Gesundheit bis hin zur Veranlassung von Hilfeleistungen durch andere Gesundheitsberufe reichen.

## Kooperationsformen

Die Ausübung einer ambulanten ärztlichen Tätigkeit außerhalb von Krankenhäusern ist an die Niederlassung in einer Praxis (Praxissitz) gebunden (§ 17 MBO). Neben der herkömmlichen Einzelpraxis sind ärztliche Kooperationen (► Abb. 2.4) auf vielfältige Weise möglich.

► **Einzelpraxis.** Das ärztliche Leistungsangebot und die Praxisführung richten sich bei der Einzelpraxis an der Person des Praxisinhabers aus. Sie ist die „klassische Form“ der Praxisführung. Die Einzelpraxis bietet den Vorteil der hohen Unabhängigkeit und Selbstständigkeit. Insbesondere bei der Bestimmung von:

- Praxisort
- Art und Umfang der Praxiseinrichtung
- Zahl und Qualifikation des Personals
- Praxisorganisation
- Arbeitszeit und Freizeit
- Kostenaufwand für die Praxisführung
- Honorargestaltung bei Privatpatienten

Somit ist der gesamte Betrieb von einer Person abhängig. Ausfallzeiten durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildungen lassen die Betriebskosten weiterlaufen. Die Vertretung des Praxisinhabers durch andere Praxen birgt u.U. die Gefahr, dass Patienten abwandern bzw. deren diagnostische Unterlagen der Vertretung nicht zur Verfügung stehen.

Immer häufiger entscheiden sich Einzelpraxen zur Kooperation in Form einer Praxisgemeinschaft

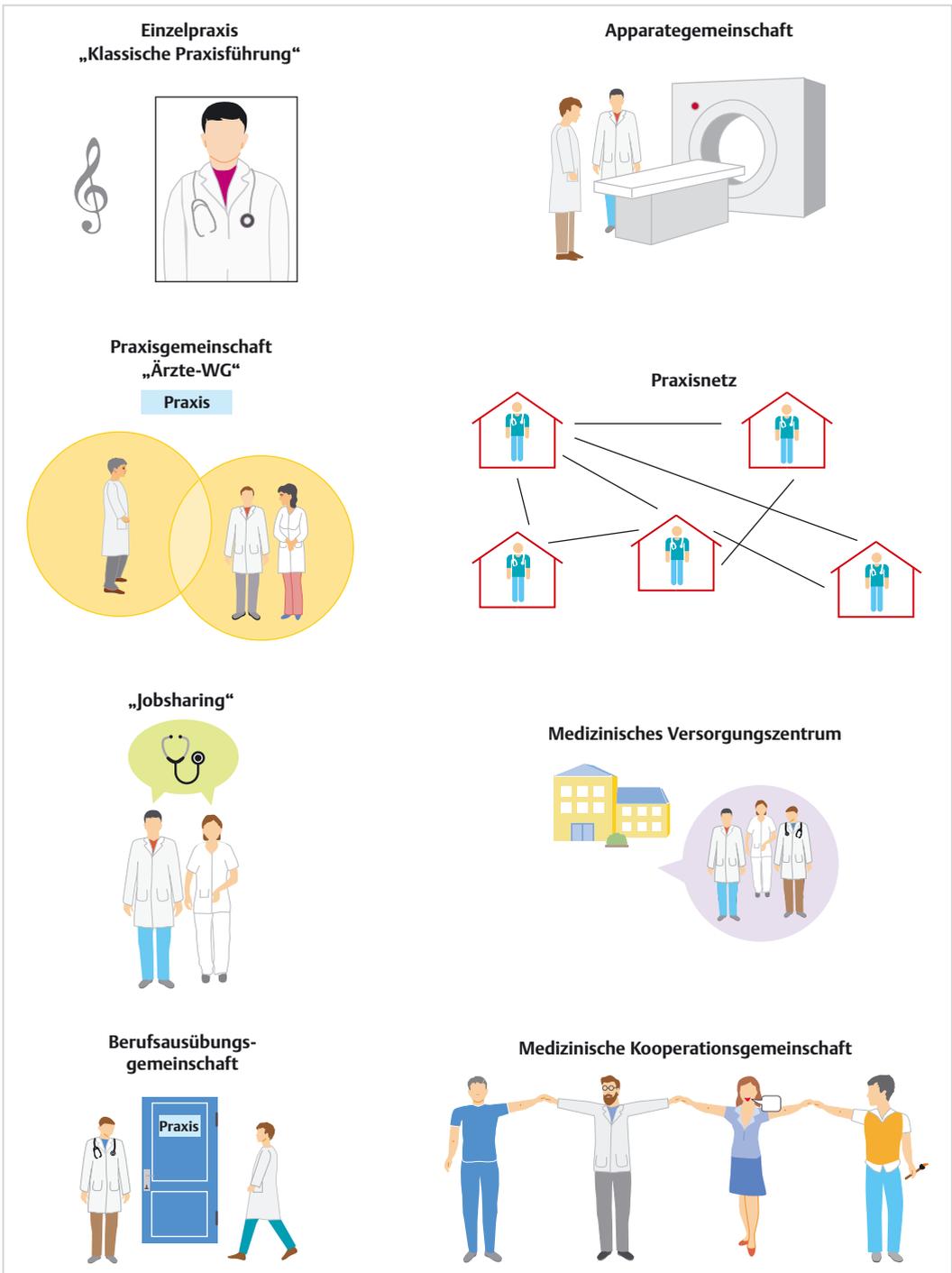


Abb.2.4 Kooperationsformen ärztlicher Zusammenarbeit. Im ambulanten Bereich gibt es unterschiedliche Formen der ärztlichen Niederlassung.

oder mit anderen Ärzten als Praxisnetz. Auch eine Anstellung von Ärzten oder die Ausbildung von Weiterbildungsassistenten sind in der Einzelpraxis möglich.

► **Praxisgemeinschaft.** Mehrere Ärzte gleicher oder verschiedener Fachgebiete nutzen gemeinsam Räume, Einrichtungen wie Sekretariat, Röntgen, EDV und nichtärztliche Mitarbeiter. Ansonsten hat jeder der beteiligten Ärzte eine eigene Patientenklientel, eine eigene Dokumentation, ein eigenes Praxisschild und rechnet seine Leistung mit der KV/KZV in eigenem Namen getrennt ab. Die Praxen bleiben wirtschaftlich getrennt voneinander. Die Praxisgemeinschaft ist somit eine Kooperation zur gemeinsamen Nutzung der Einrichtung und des Personals primär aus wirtschaftlichen Gründen (Kostenreduktion). In Bezug auf ihre ärztliche Tätigkeit bleiben die Partner in einer Praxisgemeinschaft völlig selbstständig. Folglich handelt es sich um eine Organisationsgemeinschaft ohne gemeinsame Berufsausübung. Bei einer Praxisgemeinschaft könnte man auch von einer Art „Ärzte-WG“ sprechen. Die Gründung muss der KV/KZV angezeigt werden.

Den Behandlungsvertrag schließt der Patient nur mit „seinem“ Arzt ab, nicht mit den anderen Partnern. Die gesamtschuldnerische Haftung beschränkt sich somit nur auf den gemeinsam genutzten Bereich. Nutzt eine Praxisgemeinschaft Geräte gemeinschaftlich und kauft ein Röntgengerät dazu, so haftet jeder der Ärzte dem Verkäufer für den Kaufpreis. Der Verkäufer kann somit jeden der Ärzte auf Zahlung des Kaufpreises verklagen. Hingegen haftet jeder Arzt nur für seinen Behandlungsfehler, nicht für die der anderen an der Praxisgemeinschaft beteiligten Kollegen. Infolgedessen sind eindeutige Regelungen über Anschaffungen, Gerätewartungen, Verantwortlichkeiten, Haftungsfragen und die Kostenteilung anzuraten.

► **Berufsausübungsgemeinschaft.** Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, kurz VÄndG, vom 01.01.2007 wurde der Begriff der Gemeinschaftspraxis durch den Begriff „Berufsausübungsgemeinschaft“ (abgekürzt: BAG) ersetzt. Wie der Name sagt, findet bei einer (örtlichen) BAG, die gemeinsame Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit mehrerer zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Leistungserbringer an einem gemeinsamen Vertragsarztsitz statt. Möglich sind Berufsausübungsgemeinschaften unter Ärzten, Ärzten

und Psychotherapeuten und unter bestimmten Bedingungen selbst von mehreren Medizinischen Versorgungszentren (s. u.). Die meisten BAGs werden als Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) oder der Partnerschaftsgesellschaft gegründet. Ungeachtet der Rechtsform müssen die Gesellschafter einen Gesellschaftervertrag schließen.

Die Errichtung einer Berufsausübungsgemeinschaft bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses. Dem Ausschuss ist der Gesellschaftervertrag einzureichen, aus dem der Gesellschaftszweck der gemeinsamen Behandlung von Patienten hervorgeht. Alle Partner nutzen die Praxisräume, die Einrichtung, das Personal gemeinsam und haben eine gemeinsame Patientenkartei, auf die jedes Mitglied der Gemeinschaft zugreifen kann. Die BAG treten abrechnungstechnisch als eine Einheit gegenüber der KV auf, mit Ausnahme der KV-übergreifenden BAG. Sie rechnen alle erbrachten Leistungen über eine KV-Abrechnungsnummer ab und erhalten einen gemeinsamen Gesamthonorarbescheid. Der Behandlungsvertrag wird nicht mit einem einzelnen Arzt der Praxis geschlossen, sondern mit der Gemeinschaft. Entsprechend haften die Partner als Gesamtschuldner (jeder in voller Höhe) für berechnete Ansprüche aus dem Behandlungsvertrag. Nicht der einzelne Arzt, sondern jeder Partner ist verantwortlich und haftbar dafür, dass die vom Patienten in Anspruch genommenen Leistungen ordnungsgemäß erbracht werden.

Neben örtlichen Berufsausübungsgemeinschaften mit einem gemeinsamen Praxissitz sind auch überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften mit unterschiedlichen Vertragsarztsitzen der Beteiligten möglich. Selbst über die Grenzen der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen hinweg kann der Zusammenschluss erfolgen (KV-übergreifende Berufsausübungsgemeinschaft).

Grundsätzlich muss an jedem der Praxissitze mindestens ein Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft eine ausreichende Patientenversorgung gewährleisten. Die Partner bestimmen durch Anzeige gegenüber der KV einen ihrer Vertragsarztsitze als (Haupt-)Betriebsstätte. Alle anderen Vertragsarztsitze werden zu sogenannten Nebenbetriebsstätten. Diese Wahlentscheidung ist für zwei Jahre bindend. Ohne weitere Genehmigung können Mitglieder einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft wechselseitig an den Sitzen ihrer Partner tätig werden, sofern sie die Versorgungspflicht an ihrem Vertragsarztsitz in erforder-

lichem Umfang weiterhin gewährleisten. Der Tätigkeitsumfang am eigenen Vertragsarztsitz muss alle Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes zeitlich insgesamt überwiegen. Jeder Arzt muss wöchentlich mindestens 25 Stunden Sprechstunde am eigenen Vertragsarztsitz anbieten.

Eine Berufsausübungsgemeinschaft ist auch beschränkt auf einzelne Leistungen zulässig (Teilberufsausübungsgemeinschaft). Teilberufsausübungsgemeinschaften kommen dann in Betracht, wenn ein besonderes Versorgungsangebot für spezielle Patientengruppen gebildet werden soll. Solche Teilleistungsgemeinschaften können neben der fortbestehenden Einzelpraxis oder einer schon bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft gebildet werden. Zum Beispiel können ein Kinderarzt und ein Neurologe zur Behandlung kinderneurologischer Erkrankungen eine Teilberufsausübungsgemeinschaft bilden, bei Fortführung der jeweiligen Einzelpraxis. Auch eine Beteiligung an mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften ist möglich. Bisher wurden solche Zusammenschlüsse im Bereich der Schlaflabore und des Mammascreeblings genehmigt. Unzulässig ist die Teil-BAG, wenn sie dazu dient, das Verbot der unerlaubten Zuweisung von Patienten gegen Entgelt oder gegen andere Vorteile zu umgehen.

► **Medizinisches Versorgungszentrum.** Seit dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) zum 01.01.2004 nehmen auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ) an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Medizinische Versorgungszentren zählen zu den Berufsausübungsgemeinschaften. Ziel der Einführung von MVZ war die Verbesserung der ambulanten Versorgung, indem eine enge Kooperation unterschiedlicher ärztlicher Fachgebiete ermöglicht wurde.

**Charakteristika:** Die unmittelbare Rechtsgrundlage aller MVZ bildet § 95 Sozialgesetzbuch V (SGB V). Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind „ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister (...) eingetragen sind, als Angestellte oder als Vertragsärzte tätig sind“. Die Wahrnehmung der vertragsärztlichen Pflichten muss ein ärztlicher Leiter gewährleisten. Er muss selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein und darf in medizinischen Fragen keinen Weisungen unterliegen. Bieten in einem MVZ unterschiedliche Berufsgruppen (Psychotherapeuten, Zahnärzte) Leistungen an, kann dieses

MVZ auch in kooperativer ärztlicher Leitung geführt werden. Dies ist sinnvoll, da dem ärztlichen Leiter in fremden Fachgebieten kein Weisungsrecht zusteht. Zusätzlich zu der ärztlichen Leitung kann eine kaufmännische Geschäftsführung integriert werden.

**Gründungsberechtigung:** Nur zugelassene Ärzte, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen sowie anerkannte Praxisnetze und gemeinnützige Träger, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, dürfen ein MVZ gründen. Dies gilt seit dem Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) sowie des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG). Die Gründungsmöglichkeit für Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen ist auf fachbezogene MVZ beschränkt. Auch Kommunen können ein MVZ gründen. Bestehende Einrichtungen, die in abweichender Trägerschaft stehen, genießen Bestandsschutz. Für sie gilt die Zulassung unabhängig von der Trägerschaft fort.

**Organisationsformen:** Zulässige Rechtsformen sind die Personengesellschaft (Gesellschaft bürgerlichen Rechts, Partnerschaftsgesellschaft), die eingetragene Genossenschaft, eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder eine öffentlich-rechtliche Rechtsform. Auch hier gilt die Bestandsschutzregelung für andere Organisationsformen. Mehrheitlich sind MVZ als Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) oder als GmbH organisiert.

**Zulassung und Bedarfsplanung:** Die Zulassung eines MVZ wie auch die Genehmigung zur Anstellung von Ärzten erfolgt auf Antrag durch den jeweiligen Zulassungsausschuss für den Ort der Betriebsstätte („Niederlassung“). Vor der Zulassung werden die Zulassungsvoraussetzungen überprüft. Sind die Voraussetzungen erfüllt, so muss der Zulassungsausschuss die Gründung eines MVZ genehmigen. Jedoch unterliegt das MVZ ebenso wie alle Vertragsärzte der Bedarfsplanung nach § 103 SGB V. Die Zulassung des Zentrums sowie die spätere Anstellung weiterer Ärzte sind nur möglich, wenn keine Zulassungsbeschränkungen vorliegen. Liegt eine Sperrung vor, dann:

- können bis dahin zugelassene Vertragsärzte auf ihre Einzelzulassung zugunsten eines MVZ verzichten, um sich in diesem MVZ anstellen zu lassen. Der Vertragsarztsitz wird somit vom Zentrum übernommen (§ 103 Abs. 4a SGB V). Diese Variante wird gewählt, wenn andere Leistungserbringer als Vertragsärzte, z. B. ein Kranken-

haus, ein MVZ gründen wollen. In diesem Fall ist die Anstellung des Arztes durch den Zulassungsausschuss zu genehmigen. Das Anrecht besteht allerdings nur, wenn „Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen“. Diese Regelung erlaubt den Zulassungsausschüssen, den Wechsel eines Vertragsarztes in ein MVZ zu verbieten, um ein Versorgungsdefizit am bisherigen Sitz zu verhindern.

Die Anstellung in einem MVZ wird oft von älteren Ärzten bevorzugt. Das Bundessozialgericht (BSG) hat die Voraussetzungen für den Verzicht auf Zulassung gegen Anstellung von Vertragsärzten in einem Urteil konkretisiert. Hintergrund war die bisherige Praxis, wonach Vertragsärzte vor ihrem Ruhestand oft nur wenige Monate in einem MVZ tätig waren. Nach Meinung des BSG steht das Recht zur Nachbesetzung einer in das MVZ eingebrachten Stelle dem MVZ nur zu, wenn der Arzt dort wenigstens drei Jahre tätig war, oder, wenn er früher ausscheidet, ursprünglich die Absicht hatte, dort mindestens drei Jahre tätig zu sein. In der Folge muss der angestellte Arzt regelhaft zumindest 3 Jahre dort arbeiten, bevor die Stelle vom MVZ mit einem anderen anzustellenden Arzt nachbesetzt werden darf. Eine schrittweise Reduzierung des Beschäftigungsumfangs aus Altersgründen um eine Viertelstelle in Abständen von einem Jahr ist indessen unschädlich (vgl. BSG Urt. v. 04.05.2016, Az: B 6 KA 21/15 R.).

- kann sich ein MVZ im Fall einer Praxisnachfolge um die Fortführung der Praxis – unter Einhaltung der Bedingungen der Ausschreibung und Auswahl des Zulassungsausschusses – bewerben (Teilnahme des MVZ an einem Nachbesetzungsverfahren; § 103 Abs. 4 und 4c SGB V).

► Abb. 2.5 zeigt verschiedene Variationen der Etablierung eines MVZ unter Berücksichtigung der Bedarfsplanung.

**Ende der Zulassung:** Die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums endet mit:

- dem Wirksamwerden eines Verzichts
- der Entziehung der Zulassung
- der Auflösung
- dem Ablauf des Befristungszeitraumes
- dem Wegzug eines zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums aus dem Bezirk des Vertragsarztsitzes

► **Apparategemeinschaft (partielle Praxisgemeinschaft).** Zu den Organisationsgemeinschaften zählen auch die Apparategemeinschaften. Hier schließen sich Ärzte zusammen, um kostspielige medizinisch-technische Einrichtungen und Geräte gemeinsam zu nutzen, z. B. einen Computertomografen. Eine Sonderform der Apparategemeinschaft ist die Laborgemeinschaft.

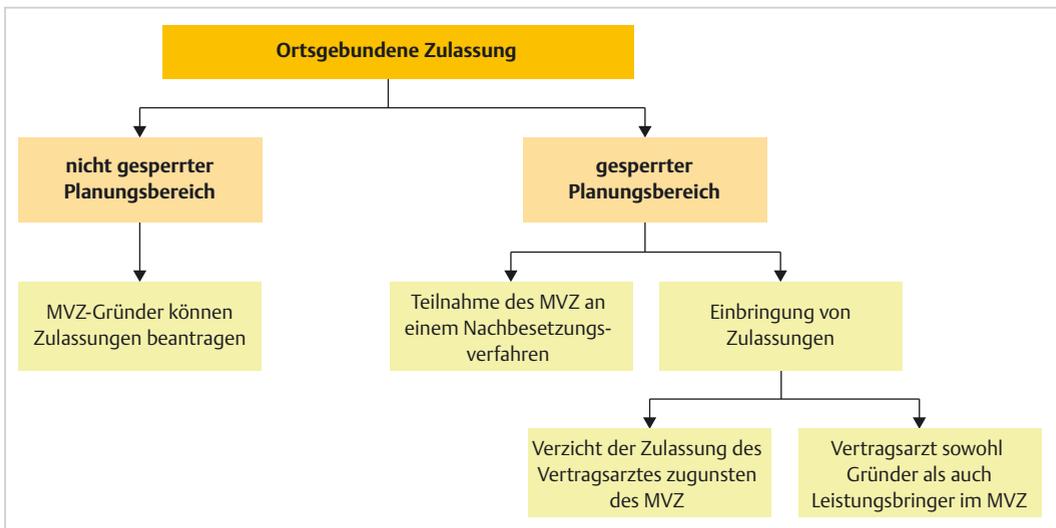


Abb. 2.5 Zulassungsmöglichkeiten eines MVZ.

► **Medizinische Kooperationsgemeinschaft.** Vertragsärzte können sich auch mit Angehörigen anderer Fachberufe zur kooperativen Berufsausübung in sog. medizinische Kooperationsgemeinschaften zusammenschließen (§ 23b MBO-Ä). Kooperationsgemeinschaften können gegründet werden mit Zahnärzten, Psychologen, Biologen, Sozialpädagogen, Logopäden, Ergotherapeuten, Diätassistenten etc. Die medizinische Kooperationsgemeinschaft ist in der Form einer Partnerschaftsgesellschaft, in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder einer juristischen Person des Privatrechts (GmbH, Aktiengesellschaft) erlaubt. Ein Beispiel aus der Praxis ist die Kooperation von Gynäkologen und Biologen im Rahmen der künstlichen Befruchtung.

► **Praxisverbund/Praxisnetz.** Die rechtliche Grundlage für Praxisnetze bildet die Musterberufsordnung-Ärzte (MBO-Ä). Die Anerkennung und Förderung von Praxisnetzen ist in Paragraf 87b SGB V geregelt. Ärzte schließen sich zu Praxisverbänden zusammen, um gemeinsame Versorgungs- und Wirtschaftsziele zu verwirklichen, z. B. die Verbesserung der regionalen Patientenversorgung, den gemeinschaftlichen Einkauf oder die Realisierung eines gemeinsamen Qualitätsmanagements. Hierbei kann auch mit Angehörigen anderer Heilberufe kooperiert werden. So kann eine Zusammenarbeit mit Krankenhäusern helfen, die lokale Versorgung über Schnittstellen hinweg zu stärken. Die einzelnen Praxen bleiben nach wie vor selbstständig, arbeiten jedoch nach selbstdefinierten Regeln mit den anderen „Netzmitgliedern“ zusammen. Die Bedingungen der Kooperation sind in einem schriftlichen Vertrag festzulegen und der jeweils zuständigen Ärztekammer einzureichen. Als Rechtsform für ein Praxisnetz ist die Gesellschaft des bürgerlichen Rechtes, der eingetragene Verein, die eingetragene Genossenschaft oder eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung möglich. Die Wahl der Rechtsform ist vom Zweck des Praxisnetzes oder von der Zahl der Netzärzte abhängig.

► **Jobsharing-Praxis.** Eine Option, in einem gesperrten Gebiet vertragsärztlich zu arbeiten, ist das Jobsharing. Das Jobsharing ist als Kooperationsform zur Praxisübergabe geeignet. Ein weiterer Antrieb kann auch die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf sein.

Bei dieser Form des Zusammenschlusses teilt sich ein bereits zugelassener Vertragsarzt (der sog.

„Senior“) seinen Versorgungsauftrag mit einem weiteren Arzt (dem sog. „Junior“). Job-Sharing ist nur unter Ärzten der gleichen Fachrichtung möglich. Der Job-Sharer kann neue Leistungen in das bisherige Praxispektrum einbringen.

Es sind zwei Varianten des Job-Sharing möglich: Die Ärzte teilen sich als gleichberechtigte Partner einer Berufsausübungsgemeinschaft einen Arztsitz. Der Job-Sharing-„Junior“-Partner erlangt den Vertragsarztstatus durch eine vinkulierte Zulassung (eigene Zulassung, die an die Zulassung des Praxisinhabers und das Bestehen der BAG gebunden ist). Er arbeitet als frei praktizierender Vertragsarzt mit den entsprechenden vertragsärztlichen Rechten und Pflichten und tritt als solcher nach außen in Erscheinung (auf dem Praxischild). In der zweiten Variante stellt der Praxisinhaber einen Job-Sharer als Arbeitnehmer an. Der angestellte Arzt hat keinen Vertragsarztstatus. Er erhält i. d. R. ein Festgehalt und trägt insofern kein unternehmerisches Risiko. Abgerechnet werden die erbrachten Leistungen des Job-Sharers über den anstellenden Vertragsarzt.

Die maximal abrechenbare Leistungsmenge einer Jobsharing-Praxis ist festgelegt. Die Berechnung erfolgt aus den zurückliegenden vier Abrechnungsquartalen der „Senior“-Praxis.

► Abb. 2.6 fasst die Formen der kooperativen Berufsausübung zusammen.

### 2.3.2 Apotheken

#### Definition

[ ]

#### Apotheken

Nach dem Gesetz über das Apothekenwesen haben Apotheken den Auftrag, die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung sicherzustellen (§ 1 ApoG).

Die Voraussetzungen zum Betreiben öffentlicher Apotheken einschließlich des Arzneimittel-Versandhandels sowie zum Betreiben von Krankenhaus- und Bundeswehrapotheken sind im ApoG geregelt. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurde der Mehrbesitz von Apotheken zugelassen, d. h., ein approbierter Apotheker kann neben einer Hauptapotheke bis zu drei Filialapotheken betreiben. Dafür muss er eine Erlaubnis einholen, die an restriktive Bedingungen gebun-