

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	25
1. Teil: Einleitung	29
1. Kapitel: Problemaufriss	29
1. Abschnitt: Gegenstand der Untersuchung	29
A. Terminologie der ambulanten und stationären Patientenversorgung	29
I. Ambulante und stationäre Patientenversorgung	29
1) Grammatische Auslegung	30
2) Systematik des SGB V	30
II. Krankenbehandlung	31
1) Ärztliche Behandlung	31
2) Krankenhausbehandlung	31
3) Abgrenzung zwischen teilstationärer und ambulanter Behandlung	32
4) Entlassmanagement der Krankenhäuser	32
B. Historische Entwicklung der ambulanten Behandlung im Krankenhaus	33
I. Historische Ausgangslage im deutschen Kaiserreich	33
II. Historische Ausgangslage nach dem Zweiten Weltkrieg	34
III. Die Entwicklung in den 1990er Jahren	34
IV. Die aktuelle Entwicklung seit dem Jahr 2000	35
1) MVZ	36
2) ASV	36
3) DMP	37
4) BV	39
5) Neuerungen im Krankenhaussektor	39
2. Abschnitt: Gang der Untersuchung	41
3. Abschnitt: Ziel der Untersuchung	44

2. Kapitel: Grundlagen des SGB V	45
1. Abschnitt: Wesentliche Akteure des Gesundheitsrechts	45
A. Krankenkassen	46
B. Spaltenverband Bund der Krankenkassen	47
C. Landesverbände der Krankenkassen	47
D. Teilnehmer der vertragsärztlichen Versorgung	47
E. Kassenärztliche Vereinigungen	48
F. Kassenärztliche Bundesvereinigungen	48
G. Landesausschüsse	48
H. Zugelassene Krankenhäuser	48
I. Deutsche Krankenhausgesellschaft	49
J. Bundesärztekammer	49
K. Landesärztekammern	50
L. Der Gemeinsame Bundesausschuss	50
2. Abschnitt: Normenhierarchie im Gesundheitsrecht	52
A. Richtlinien des G-BA	52
B. Normenverträge des SGB V	53
I. Begriffsbestimmung	54
II. Beispiel der Krankenhausbehandlung	55
III. Wirkung der Normenverträge	55
1) Vergleichbare Systematik im AktG	56
2) Reichweite der Wirkung	57
3) Abgrenzung zu Selektivverträgen	58
IV. Hierarchische Einordnung	59
2. Teil: Neue Versorgungsformen im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung	61
3. Kapitel: Krankenversicherungsrechtliche Vorgaben zur Vernetzung von ambulanter und stationärem Sektor	61
1. Abschnitt: Die ASV als sektorenverbindender Versorgungstypus	61
A. Persönlicher Anwendungsbereich der ASV für Leistungserbringer	62
I. ASV-Berechtigte	63
II. ASV-Team gemäß § 2 Abs. 1 S. 2 ASV-RL	64
III. Kooperationen nach § 116b Abs. 4 S. 9 bis S. 11 SGB V	67
1) Gegenstand einer ASV-Kooperationsvereinbarung	68

2) Entbehrlichkeit einer ASV-Kooperationsvereinbarung	68
a) Anforderungen an ernsthafte Bemühungen	69
i) Vergleich mit der Rechtsprechung zum Belegarztwesen	69
ii) Übertragung auf ASV-Kooperationsvereinbarungen	70
b) Erfordernis des intersektoralen Vertragsabschlusses	70
i) Wortlaut	71
ii) Historie	71
iii) Telos	72
B. Sachlicher Anwendungsbereich der ASV	74
C. Abgrenzung zu den bestehenden Sektoren	75
I. Dogmatische Einordnung	75
1) Contra eigener ASV-Sektor	75
2) Pro eigener ASV-Sektor	77
3) Eigene Stellungnahme	79
a) Grammatische Auslegung	79
b) Historische Auslegung	80
c) Systematische Auslegung	84
d) Teleologische Auslegung	88
II. Folgen der sektoralen Eigenständigkeit der ASV auf die Erprobung innovativer Behandlungs- und Untersuchungsmethoden	90
1) Ausgangslage im ambulanten Sektor	90
2) Ausgangslage im stationären Sektor	91
3) ASV als eigener Sektor	91
a) Wortlaut des § 5 Abs. 1 S. 4 ASV-RL	92
b) Systematische Auslegung von § 5 Abs. 1 S. 4 ASV-RL	92
c) Systematischer Vorrang von § 116b Abs. 1 S. 3 SGB V	93
d) Systematik von § 116b Abs. 4 SGB V zu § 116b Abs. 1 S. 3 SGB V	93
e) Auslegung des Wortlauts von § 116b Abs. 1 S. 3 SGB V	94
f) Stellungnahme	95

III.	Schnittstellenbildung der ASV mit den übrigen Sektoren	96
1)	Ambulanter Versorgungssektor	96
2)	Stationärer Versorgungssektor	97
D.	Würdigung der ASV	99
I.	Erwägungen zu einer Teilnahme von Krankenhäusern an der ASV	99
1)	Argumente für eine ASV-Teilnahme	99
2)	Argumente gegen eine ASV-Teilnahme	101
3)	Zwischenfazit	102
II.	Stand Dezember 2019	102
2.	Abschnitt: Vergleichende Betrachtung zwischen Organisationsvernetzung, Behandlungsvernetzung und ASV	108
A.	Organisationsvernetzung anhand des MVZ unter Beteiligung von Krankenhäusern	108
I.	Historische Entwicklung des MVZ	109
II.	Änderungen durch das TSVG	111
III.	Begriffsbestimmung und gesetzliche Grundlagen des Krankenhaus-MVZ	112
1)	Gründungsberechtigung	112
2)	Gründungsberechtigung eines MVZ für weitere MVZ	113
a)	Literaturmeinung	113
b)	Rechtsprechung	114
c)	Stellungnahme	114
IV.	Gründung eines Krankenhaus-MVZ	115
1)	Rechtsformwahl des MVZ	116
2)	Mindestanzahl der im MVZ tätigen Ärzte	118
3)	Anforderungen an die ärztliche Einrichtung	119
4)	Bestimmung eines ärztlichen Leiters	121
V.	Zulassung des Krankenhaus-MVZ	122
1)	Erteilung der Zulassung	122
2)	Entzug der Zulassung	123
VI.	Chancen und Risiken bei Betrieb eines Krankenhaus-MVZ	124

VII. Würdigung der bisherigen Entwicklung	125
1) Kritik an der steigenden MVZ-Anzahl	126
a) Einweisungspraxis durch Krankenhaus-MVZ	126
b) Gefahren durch Krankenhaus-MVZ-Ketten	129
2) Stellungnahme	129
B. Behandlungsvernetzung anhand Selektivverträgen der Besonderen Versorgung	130
I. Gesetzeshistorie	130
II. Terminologie der „Besonderen Versorgung“	131
III. Selektivverträge	132
1) Begriffsbestimmung	133
2) Historische Entwicklung der heutigen Selektivverträge	134
a) Strukturverträge	134
b) Abgrenzung zu Modellvorhaben i.S.d. § 63 Abs. 1 SGB V	134
c) Einzelverträge über besondere ambulante ärztliche Versorgung	135
d) Fortgeltung bestehender Verträge	135
e) Zulässiger Inhalt von Selektivverträgen	135
IV. Anforderungen an die Besondere Versorgung	136
1) Integrierte Versorgung i.S.d. § 140a Abs. 1 S. 2 Hs. 1 SGB V	136
a) Sektorenübergreifende Versorgung gemäß § 140a Abs. 1 S. 2 Var. 1 SGB V	137
i) Wortlaut	137
ii) Historie	137
iii) Systematik	137
iv) Telos	138
b) Interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung gemäß § 140a Abs. 1 S. 2 Hs. 1 Var. 2 SGB V	140
i) Wortlaut	140
ii) Historie	140
iii) Systematik	141
iv) Telos	141
2) Anforderungen an ambulante ärztliche Versorgungsaufträge	142

V.	Vertragspartner der Besonderen Versorgung	142
1)	MVZ	143
a)	Literatur	143
b)	Stellungnahme	143
2)	Träger von Einrichtungen	144
VI.	Dogmatische Einordnung der Besonderen Versorgung	145
VII.	Teilnahme an der Besonderen Versorgung	145
VIII.	Erwägungen einer Teilnahme an der Besonderen Versorgung	146
1)	Chancen	146
2)	Risiken	148
3. Abschnitt:	Bedarfsplanungsrechtliche Beurteilung der Verzahnung von ambulanter und stationärer Leistungserbringung	148
A.	Ambulante Bedarfsplanung	148
I.	Bundesebene	149
II.	Landesebene	150
B.	Krankenhausplanung im stationären Sektor	151
I.	Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern	152
1)	Bundesebene	152
2)	Landesebene	153
II.	Krankenhausplanung nach dem KHG	153
1)	Zwei-Ebenen-Modell des Krankenhausrechts	153
a)	Erste Ebene	154
b)	Zweite Ebene	155
2)	Verfahren der Krankenhausplanung	155
C.	Bedarfsplanung bei neuen Versorgungsformen	156
I.	Medizinische Versorgungszentren	156
II.	Besondere Versorgung	157
4. Abschnitt:	Finanzierungsrechtliche Beurteilung der aus der Verzahnung von ambulanter und stationärer Leistungserbringung resultierenden Vergütung	158
A.	Gesamtvergütung gemäß §§ 85 ff. SGB V	158
I.	Bundesmantelverträge	159
II.	Einheitlicher Bewertungsmaßstab	160

B.	Modell der Pflegesätze im Krankenhausbudget	161
I.	Pflegesätze	161
II.	Krankenhausleistungen	161
III.	Krankenhausbudget	162
IV.	DRG-Fallpauschalen	162
C.	Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen	164
I.	Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen gemäß § 120 SGB V	164
II.	Ambulantes Operieren im Krankenhaus gemäß § 115b SGB V	164
D.	Anwendung der Wirtschaftlichkeitskontrolle	165
I.	Ambulanter Sektor	165
II.	Stationärer Sektor	166
III.	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung	167
IV.	Besondere Versorgung	168
E.	Modelle der Vergütung neuer Behandlungsmethoden	168
I.	ASV	169
1)	Vergütungssystem	169
a)	Einheitliche Kalkulationssystematik mit diagnosebezogenen Gebührenpositionen	169
b)	Regionale Gebührenordnung	170
2)	Abrechnungssystem	171
II.	MVZ	172
III.	Besondere Versorgung	172
IV.	Innovationsfonds	173
F.	Zwischenfazit	175
I.	Vergleich mit der ASV	176
II.	Abgrenzung der Organisationsvernetzung zur ASV	177
III.	Abgrenzung der BV zur ASV	178
1)	Ziele	178
2)	Gemeinsamkeiten	178
3)	Unterschiede	179
a)	Kombinationsmöglichkeiten	179
b)	Sachlicher Anwendungsbereich	180
c)	Vergütungsregelungen	181

IV.	Synergien von Behandlungs- und Organisationsvernetzung anhand eines Krankenhaus-MVZ	182
1)	Beispiel anhand eines an der ASV teilnehmenden Krankenhaus-MVZ	183
2)	Beispiel anhand eines an der BV teilnehmenden Krankenhaus-MVZ	184
3)	Beispiel anhand eines Krankenhaus-MVZ im Rahmen des stationären Entlassmanagements	186
V.	Abschließende Übersicht der wesentlichen Merkmale der Vernetzungsformen	187
 4. Kapitel:	Ursachen der mangelnden Inanspruchnahme vernetzter Leistungsformen und Lösungsansätze	188
1. Abschnitt: ASV		188
A.	Antragsverfahren bei den Landesausschüssen	190
I.	Problemaufriss	190
II.	Lösungsansatz	192
B.	Qualitätsanforderungen in der ASV	193
I.	Problemaufriss	193
II.	Lösungsansatz	194
C.	Anforderungen an die Nachweise der erforderlichen Teilnahmevoraussetzungen	195
I.	Problemaufriss	195
1)	Überprüfung der Qualitätsanforderungen	195
2)	Das Beispiel der Hämophilie	196
II.	Lösungsansatz	197
D.	Verzögerte Umsetzung der ASV durch zu langsamem G-BA-Richtlinienerlass	198
I.	Problemaufriss bezüglich der ASV-RL	198
II.	Lösungsansatz zur Beschleunigung der ASV-Inanspruchnahme	205
1)	Verkürzung der Übergangsfrist in § 116b Abs. 8 S. 2 SGB V	205
2)	Zwischenergebnis	208
III.	Problemaufriss bezüglich der ASV-Vergütungsrichtlinie	208
IV.	Lösungsansatz zur Beschleunigung der ASV-Inanspruchnahme	210

E. Zwischenfazit	211
2. Abschnitt: MVZ	211
A. Verengung des Kreises zulässiger Rechtsformen	212
I. Problemaufriss	212
1) Gründungsfreiheit	212
2) Beschränkung der Rechtsformwahl	213
3) Zunehmende Investorentätigkeit mittels MVZ	213
4) Aktuelle Entwicklung	215
II. Stellungnahme	216
III. Lösungsansatz	217
1) Begriff der Kapitalgesellschaft	217
2) Merkmale der GmbH	218
3) Merkmale der AG	218
4) Unterschiedliche Arten der AG	218
5) Vergleich beider Organisationverfassungen	220
a) Satzungsstrenge	220
b) Organe der Gesellschaft	220
c) Einberufung und Beschlussfassung der Versammlung	221
d) Zwischenfazit	223
6) Besonderheiten des MVZ	223
a) Gefahr des Aufkaufs bestehender MVZ	223
b) Gefahr der MVZ-Neugründung	224
c) Gefahren bei mehrstufigen (Krankenhaus-)MVZ	224
i) Weisungs- und Direktionsrechte	224
ii) Bestimmbarkeit des Praxisnachfolgers	226
iii) Zwischenfazit	227
B. Zunehmende Monopolisierung der vertragsärztlichen Versorgung durch MVZ- Mehrfachträgerschaften	227
I. Problemaufriss	227
II. Lösungsansatz	228
1) Gesetzesentwurf des Bundesrats zum TSVG	229
2) Beurteilung des Gesetzesentwurfs des Bundesrats zum TSVG	230
3) Beurteilung des § 95 Abs. 1b SGB V für die vertragsärztliche Versorgung	231

C. Zwischenfazit	234
3. Abschnitt: BV	235
A. Anreizstrukturen im Selektivvertragssystem	235
I. Problemaufriss	235
1) Konkurrenz zwischen bestehendem Kollektiv- und Selektivvertragssystem im ambulanten Sektor	235
2) Konkurrenz zwischen Selektivvertragssystem und den parallelen DRG-Fallpauschalen im stationären Sektor	237
a) Gebot der Wirtschaftlichkeit der Versorgung	238
b) Beitragsstabilitätsverletzung	238
c) Folgen der Beitragsstabilitätsverletzung	239
II. Sektorenübergreifender Lösungsansatz	240
1) Verlängerung des bestehenden Innovationsfonds	242
a) Zwischenberichtsergebnisse	242
b) Aktuelle Entwicklung	243
2) Anpassung des bestehenden Innovationsfonds	244
a) Vorübergehende Beibehaltung des ursprünglichen jährlichen Finanzierungsvolumens	244
b) Spätere Reduktion des jährlichen Finanzierungsvolumens	245
c) Streichung der Förderung von Selektivvertragsinhalten i.S.d. § 92a Abs. 3 S. 2 SGB V a.F.	246
d) Vorübergehende ausdrückliche Förderung von Selektivvertragsinhalten der BV	247
3) Zwischenfazit	248
4) Beibehaltung der Finanzierung des Innovationsfonds	248
a) Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds	248
b) Am Risikostrukturausgleich teilnehmende KVen	249
c) Zwischenfazit	250

5) Abschaffung des Nachweises der Wirtschaftlichkeit	251
B. Fazit	253
5. Kapitel: Gesellschaftsrechtliche Besonderheiten bei der Ausgestaltung sektorenübergreifender Kooperationsformen	254
1. Abschnitt: Gegenstand der gesellschaftsrechtlichen Betrachtung	255
2. Abschnitt: Das Krankenhaus-MVZ als Teil eines GmbH-Konzerns	256
A. Begriff des GmbH-Konzerns	256
B. Vermutung eines GmbH-Konzerns	258
I. Verbundene Unternehmen	258
II. In Mehrheitsbesitz stehende Unternehmen und mit Mehrheit beteiligte Unternehmen	258
III. Abhängige und herrschende Unternehmen	258
IV. Konzern und Konzernunternehmen	259
C. Unternehmensverträge	260
I. Voraussetzungen eines Beherrschungs- bzw. Gewinnabführungsvertrags	261
1) Zuständigkeit	261
2) Zustimmungsbeschlüsse zum Unternehmensvertrag	261
a) Zustimmungsbeschluss der Gesellschafter der übergeordneten Gesellschaft	261
b) Zustimmungsbeschluss der Gesellschafter der untergeordneten Gesellschaft	262
II. Rechtsfolgen	262
1) Verlustübernahme gemäß § 302 AktG analog	262
2) Gläubigerschutz gemäß § 303 AktG analog	263
3) Leitungsmacht und Verantwortlichkeit gemäß §§ 308 ff. AktG analog	263
III. Gründe für den Abschluss eines Unternehmensvertrags bei der GmbH	264
1) Beherrschungsvertrag	264
2) Gewinnabführungsvertrag	264

3. Abschnitt: Die faktische Abhängigkeit eines Krankenhaus-MVZ von der Krankenhausmuttergesellschaft	265
A. Voraussetzungen	265
B. Zweistufiges Schutzsystem bei faktischer Abhängigkeit	266
I. Gruppenbildungskontrolle	267
1) Ausgangslage	267
2) Eigenständige Schutzvorkehrungen der GmbH	267
a) Satzungsregelungen	268
b) Zustimmungserfordernis kraft Treuepflicht	269
II. Stellungnahme zur Modifikation der Gruppenbildungskontrolle bei faktischer Abhängigkeit des Krankenhaus-MVZ	271
1) Wortlaut	272
2) Systematik	273
3) Historie	273
4) Telos	274
i) Differenzierung zwischen personalistischer und kapitalistischer Prägung der MVZ-GmbH	275
ii) Kapitalistische Prägung	275
iii) Personalistische Prägung	276
iv) Besonderheiten des MVZ	276
v) Aufkaufverbot bestehender MVZ durch Investorentragerkrankehäuser	278
5) Zwischenergebnis	279
III. Schranken der Einflussnahme (Konzernleitungskontrolle)	279
1) Schädigungs- bzw. Benachteiligungsverbot der abhängigen GmbH	279
a) Mit Minderheitsgesellschaftern (mehrgliedrige GmbH)	280
b) Ohne Minderheitsgesellschafter (eingliedrige GmbH)	280

2) Gesetzlicher Minderheitenschutz	281
a) Mit Minderheitsgesellschaftern (mehrgliedrige GmbH)	281
b) Ohne Minderheitsgesellschafter (eingliedrige GmbH)	283
3) Gläubigerrechte	283
a) Mit Minderheitsgesellschaftern (mehrgliedrige GmbH)	283
b) Ohne Minderheitsgesellschafter (eingliedrige GmbH)	283
4) Die „existenzvernichtende Haftung“	284
a) Entwicklung des Haftungsinstituts	284
b) Voraussetzungen	286
c) Rechtsfolgen	286
IV. Gesetzliche Modifikationen bei der GmbH-Konzernleitungskontrolle	287
1) Einführung einer strikten Trennung von Geschäftsführung und ärztlicher Leitung im abhängigen MVZ	287
a) Dogmatische Herleitung	288
i) Wortlaut	288
ii) Historie	289
iii) Systematik	289
iv) Telos	289
b) Contra Personenidentitätsverbot	291
i) Vermeidung von Interessenkonflikten	291
ii) Einwirkungsmöglichkeiten	291
iii) Vertretungsbefugnis in statusrechtlichen Angelegenheiten	292
iv) Vermeidung einer Rechtsscheinhaftung	292
c) Pro Personenidentitätsverbot	293
i) Verhinderung einer Machtkonzentration	293
ii) Keine Überschneidung der Zuständigkeiten	294
iii) Bessere Abgrenzung zwischen ärztlichen und betrieblichen Weisungen	295

iv) Besserer Schutz der Patienteninteressen	296
v) Weniger Interessenkonflikte	297
vi) Keine mehrfache Arbeitsbelastung des ärztlichen Leiters	297
d) Stellungnahme	300
2) Normierung einer gesetzlichen Pflicht zur Schaffung eines fakultativen Aufsichtsrats bei der GmbH	301
3) Normierung einer gesetzlichen Pflicht zur Schaffung eines Beirats bei der GmbH	303
a) Ausgestaltung des Beirats in der GmbH-Satzung	303
b) Formen des Beirats	304
i) Schuldrechtlicher Beirat	304
ii) Organschaftlicher Beirat	305
c) Externes Bestimmungsrecht über Beiratskandidaten	305
d) Vergütungsregelung	305
e) Ausnahmen von der Beiratspflicht	306
f) Bestimmung der beiratspflichtigen Krankenhaus-MVZ	306
g) Sanktionsmaßnahmen bei Zuwiderhandlungen	307
h) Zwischenfazit	307
4. Abschnitt: Gesellschaftsrechtliche Relevanz einer ASV-Teilnahme durch ein gemeinsames intersektorales und interdisziplinäres Team aus mehreren ASV-Berechtigten	308
A. Das ASV-Team als GbR der ASV-Berechtigten	309
I. Voraussetzungen für die Annahme einer GbR	309
II. Übertragung der GbR-Voraussetzungen auf das ASV-Team und seine Mitglieder	310
1) Wortlaut	311
2) Systematik	311
3) Historie	312
4) Telos	312
a) Personenmehrheit	312
b) Vertragliche Dauerbeziehung	313
c) Gemeinsamer Zweck	314

III.	Weitere mögliche dogmatische Einordnung einer Vereinbarung über eine ASV-Kooperation zwischen den ASV-Beteiligten	317
1)	Der Begriff des gesellschaftsähnlichen Rechtsverhältnisses	318
2)	Übertragung der Rechtsprechung zum gesellschaftsähnlichen Rechtsverhältnis auf die ASV-Kooperationsvereinbarung	319
3)	Zwischenergebnis	322
6. Kapitel:	Erarbeitung von Vorschlägen zur schuldrechtlichen Ausgestaltung vernetzter Kooperationsformen zur Vermeidung von Haftungsrisiken	322
1. Abschnitt:	Vertragliche Haftung der ASV-Berechtigten bei einer ASV-Kooperation gegenüber ASV-Patienten	324
A.	Grundsatz der behandlungsvertraglichen Einzelhaftung	324
B.	Gesamtschuldnerische Haftung der kooperierenden ASV-Beteiligten des ASV-Teams auf Basis eines ASV-Behandlungsvertrags	325
I.	Bestimmung des genauen Vertragsgegenstands eines ASV-Behandlungsvertrags	326
II.	Argumente für einen „weiten“ Vertragsgegenstand eines ASV-Behandlungsvertrags	326
III.	Stellungnahme gegen einen „weiten“ Vertragsgegenstand eines ASV-Behandlungsvertrags	328
1)	Problemstellung der Haftung beim Konsiliararztvertrag	328
2)	Übertragbarkeit der Haftungsgrundlagen des Konsiliararztvertrags auf die ASV	330
a)	Wortlaut	330
b)	Systematik	330
c)	Historie	334
d)	Telos	335
C.	Im Rahmen der Kooperationsvereinbarung vertraglich vereinbarte gesamtschuldnerische Haftung	337

D. Gesamtschuldnerische Haftung der ASV-Teams aufgrund einer BGB-Gesellschaft	337
2. Abschnitt: Scheingesellschafterhaftung der übrigen ASV-Berechtigten einer ASV-Schein-GbR	
A. Dogmatische Einordnung	339
B. Voraussetzungen der Scheingesellschafterhaftung bei einer ASV-Schein-GbR	340
I. Der Anschein eines rechtserheblichen Tatbestands wird im Rechtsverkehr gesetzt	340
II. Zurechenbarkeit des gesetzten Rechtsscheins	342
1) Schuldhaft verursachte Zurechnung	342
2) Verstoß gegen eine Handlungsobliegenheit	342
3) Beispiel einer möglichen formularmäßigen Aufklärung über den fehlenden Rechtsschein	344
III. Schutzwürdiges, kausales Vertrauen des Dritten in den gesetzten Rechtsschein	345
C. Rechtsfolgen	347
D. Haftungsfreistellung der übrigen ASV-Beteiligten	348
I. Gesetzliche Ausgangslage des § 426 BGB	349
II. Abweichung im Falle einer Scheingesellschafterhaftung	350
1) Dogmatische Herleitung einer gesetzlichen Abweichung	350
2) Kasuistik zum quotalen Verschuldensregress	352
III. Vertragliche Haftungsfreistellung in der ASV-Kooperationsvereinbarung	354
3. Abschnitt: Rechtsscheinvollmacht bei statusrechtlichen Handlungen des ärztlichen Leiters im Krankenhaus-MVZ	
A. Begriff der Duldungsvollmacht	356
B. Voraussetzungen der Duldungsvollmacht	356
I. Rechtsschein der Vertretungsmacht eines vollmachtlosen Vertreters	357
II. Zurechenbarkeit des Vertreterhandelns	357
III. Gutgläubigkeit des Geschäftsgegners bezüglich des Rechtsscheins	358
IV. Kausalität	359

C. Rechtsfolgen	360
D. Anwendbarkeit auf statusrechtliche Handlungen des ärztlichen Leiters im Krankenhaus-MVZ	361
I. Rechtsschein der Vertretungsmacht eines vollmachtlosen Vertreters	361
II. Zurechenbarkeit des Vertreterhandelns	362
III. Gutgläubigkeit des Geschäftsgegners bezüglich des Rechtsscheins	362
IV. Kausalität des Rechtsscheins	363
V. Stellungnahme zur Übertragung der Duldungsvollmacht	363
E. Übertragung der Grundsätze der Anscheinsvollmacht	364
I. Begriff der Anscheinsvollmacht	364
II. Voraussetzungen der Anscheinsvollmacht	364
1) Rechtsschein der Vertretungsmacht eines vollmachtlosen Vertreters	365
2) Zurechenbarkeit des Vertreterhandelns	365
3) Gutgläubigkeit des Geschäftsgegners bezüglich des Rechtsscheins	366
III. Stellungnahme	366
3. Teil: Schluss	368
7. Kapitel: Abschlussfazit der Untersuchung	368
1. Abschnitt: Ergebnisse der Untersuchung	368
2. Abschnitt: Ausblick	374
3. Abschnitt: Thesen Zusammenfassung	374
Literaturverzeichnis	385