

Kooperationen in Freien Berufen

Dr. Stefan Zapfel

Dr. Willi Oberlander

Csilla Bräutigam

Birgit Kurz

Nürnberg, Februar 2013

Inhalt

Einleitung.....	8
Begriffsbestimmung - Was meint ‚berufliche Kooperation‘?.....	10
Ziele von Kooperationen.....	13
Rechtsformen von Kooperationen in den Freien Berufen.....	17
Kooperationsmöglichkeiten von Ärzten.....	27
Kooperationsmöglichkeiten von Rechtsanwälten.....	42
Kooperationsmöglichkeiten von Ingenieuren	51
Methodik.....	60
Erhebungsinstrumente.....	61
Population und Stichprobe	62
Ergebnisse.....	63
Kooperationen bei Ärzten.....	64
Kooperationen bei Rechtsanwälten.....	91
Kooperationen bei Ingenieuren.....	109
Zusammenfassung.....	126
Literaturverzeichnis	138
Anhang.....	151

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kooperationsförderliche Faktoren.....	16
Abbildung 2: Entscheidungskriterien der Rechtsformwahl.....	26
Abbildung 3: Art der Existenzgründung bei Ärzten 2009/2010 (Angaben in Prozent)	28
Abbildung 4: Kooperationsformen bei Ärzten.....	30
Abbildung 5: Ärzte in Gemeinschaftspraxen 2009 (Angaben in Prozent).....	32
Abbildung 6: Arztpraxen und MVZ in Deutschland 2007 und 2011 (Angaben in Prozent).....	33
Abbildung 7: Entwicklung der Zahl Medizinischer Versorgungszentren in Deutschland	35
Abbildung 8: Entwicklung der im ambulanten Bereich angestellten Ärzte.....	38
Abbildung 9: Entwicklung der Zahl zugelassener Rechtsanwälte in Deutschland.....	42
Abbildung 10: Rechtsberatung in Deutschland nach Rechtsformen 2006 und 2010...	45
Abbildung 11: Kooperationsformen bei Rechtsanwälten	46
Abbildung 12: Entwicklung der Zahl der deutschen Ingenieurbüros von 2006 bis 2010	52
Abbildung 13: Ingenieurbüros in Deutschland 2004 und 2009 nach Rechtsformen....	53
Abbildung 14: Kooperationsformen bei Ingenieuren.....	56
Abbildung 15: Sind Sie über die bestehenden Kooperationsmöglichkeiten für Ärzte ausreichend informiert (n=306; Angaben in Prozent).....	65
Abbildung 16: Bedeutung der Kooperationsgründe für Ärzte (Angaben in Prozent; Mehrfachangaben).....	67
Abbildung 17: Absicht (weiterer) Kooperationen bei Ärzten (n=309; Angaben in Prozent).....	69
Abbildung 18: Anzahl der Kooperationspartner in örtlichen Berufsausübungsgemeinschaften (Angaben in Prozent; Mehrfachangaben)	73
Abbildung 19: Anzahl der Kooperationspartner nach Alter und Tätigkeitsgebiet bei Ärzten (Angaben in Prozent).....	74

Abbildung 20: Kooperationsbereiche von Ärzten (n=176; Angaben in Prozent; Mehrfachangaben)	75
Abbildung 21: Nutzung von Kooperationsmöglichkeiten bei Ärzten (n=176; Angaben in Prozent; Mehrfachangaben)	77
Abbildung 22: Teilnehmende an fachübergreifenden Kooperationen bei Ärzten (n=65; Angaben in Prozent; Mehrfachangaben).....	77
Abbildung 23: Teilnahme an (nicht-) fachübergreifenden Kooperationen nach Alter bei Ärzten (n=134; Angaben in Prozent)	78
Abbildung 24: Teilnahme an (nicht-) fachübergreifenden Kooperationen nach Geschlecht, Tätigkeitsgebiet und Region bei Ärzten (Angaben in Prozent)	79
Abbildung 25: Erfüllte Kooperationserwartungen bei Ärzten I (Angaben in Prozent) ..	81
Abbildung 26: Erfüllte Kooperationserwartungen bei Ärzten II (Angaben in Prozent) ..	82
Abbildung 27: Zufriedenheit mit Kooperation bei Ärzten (n=138; Angaben in Prozent)	83
Abbildung 28: Beurteilung der persönlichen und wirtschaftlichen Lage bei Ärzten (n=303; Angaben in Prozent).....	84
Abbildung 29: Kooperationsbestrebung bei Ärzten (n=78; Angaben in Prozent).....	84
Abbildung 30: Potenzielle Kooperationen bei Ärzten (n=132; Angaben in Prozent; Mehrfachangaben).....	85
Abbildung 31: Bewertung aktueller Entwicklungen im Gesundheitswesen (Angaben in Prozent).....	87
Abbildung 32: Einschätzungen zur Änderungen von Regelungen im MVZ (Angaben in Prozent).....	89
Abbildung 33: Sind Sie über die bestehenden Kooperationsmöglichkeiten für Rechtsanwälte ausreichend informiert? (n=244; Angaben in Prozent).....	92
Abbildung 34: Beurteilung der Kooperationsgründe für Rechtsanwälte (Angaben in Prozent).....	94
Abbildung 35: Absicht (weiterer) Kooperationen bei Rechtsanwälten (n=247; Angaben in Prozent).....	96

Abbildung 36: Anzahl der Kooperationspartner nach Sozietätstyp (Angaben in Prozent; Mehrfachangaben).....	97
Abbildung 37: Anzahl der Kooperationspartner nach Alter der Rechtsanwälte (Angaben in Prozent).....	98
Abbildung 38: Kooperationsbereiche von Rechtsanwälten (n=134; Angaben in Prozent; Mehrfachangaben).....	99
Abbildung 39: Nutzung von Kooperationsmöglichkeiten bei Rechtsanwälten (n=134; Angaben in Prozent; Mehrfachangaben).....	100
Abbildung 40: (Nicht-) fachübergreifende Kooperationen nach Geschlecht und Kanzleisitz bei Rechtsanwälten (n=78; Angaben in Prozent).....	101
Abbildung 41: Erfüllte Kooperationserwartungen bei Rechtsanwälten I (Angaben in Prozent).....	104
Abbildung 42: Erfüllte Kooperationserwartungen bei Rechtsanwälten II (Angaben in Prozent).....	105
Abbildung 43: Zufriedenheit mit Kooperation bei Rechtsanwälten (n=97; Angaben in Prozent).....	106
Abbildung 44: Beurteilung der persönlichen und wirtschaftlichen Lage bei Rechtsanwälten (n=241; Angaben in Prozent).....	107
Abbildung 45: Kooperationsbestrebung bei Rechtsanwälten (n=102; Angaben in Prozent).....	107
Abbildung 46: Potenzielle Kooperationen bei Rechtsanwälten (n=113; Angaben in Prozent; Mehrfachangaben).....	108
Abbildung 47: Sind Sie über die bestehenden Kooperationsmöglichkeiten für Ingenieure ausreichend informiert? (n=145; Angaben in Prozent).....	110
Abbildung 48: Bedeutung möglicher Gründe für die Kooperationsbildung von Ingenieuren (Angaben in Prozent)	112
Abbildung 49: Absicht (weiterer) Kooperationen bei Ingenieuren (n=146; Angaben in Prozent).....	114

Abbildung 50: Anzahl der Kooperationspartner in (über-) örtlichen Gemeinschaftsbüros bei Ingenieuren (Angaben in Prozent; Mehrfachnennungen).....	115
Abbildung 51: Kooperationsbereiche bei Ingenieuren (n=120; Angaben in Prozent; Mehrfachangaben).....	116
Abbildung 52: Art der Kooperationen bei Ingenieuren (n=120; Angaben in Prozent; Mehrfachangaben).....	117
Abbildung 53: Teilnehmende an fachübergreifenden Kooperationen bei Ingenieuren (n=90; Angaben in Prozent)	117
Abbildung 54: (Nicht-) fachübergreifende Kooperationen bei Ingenieuren nach Alter (n=89; Angaben in Prozent, Mehrfachangaben).....	118
Abbildung 55: (Nicht-) fachübergreifende Kooperationen bei Ingenieuren nach Geschlecht, Spezialisierung und Bürositz (Angaben in Prozent)	118
Abbildung 56: Erfüllte Kooperationserwartungen bei Ingenieuren I (Angaben in Prozent).....	122
Abbildung 57: Erfüllte Kooperationserwartungen bei Ingenieuren II (Angaben in Prozent).....	123
Abbildung 58: Zufriedenheit mit der Kooperation bei Ingenieuren (n=90; Angaben in Prozent).....	124
Abbildung 59: Beurteilung der persönlichen und wirtschaftlichen Lage bei Ingenieuren (n=143; Angaben in Prozent)	125

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Formen der Berufsausübung bei Ingenieuren in Deutschland 2009.....	51
Tabelle 2: Bedeutung möglicher Gründe für die Kooperationsbildung von Ärzten (Mittelwerte und Streuung)	68
Tabelle 3: Erfüllte Kooperationserwartungen von Ärzten (Mittelwerte und Streuung)	80
Tabelle 4: Bewertung aktueller Entwicklungen im Gesundheitswesen (Mittelwerte und Streuung).....	88
Tabelle 5: Einschätzungen zur Änderung von Regelungen im MVZ (Mittelwerte und Streuung).....	90
Tabelle 6: Bedeutung möglicher Gründe für die Kooperationsbildung von Rechtsanwälten (Mittelwerte und Streuung).....	95
Tabelle 7: Erfüllte Kooperationserwartungen bei Rechtsanwälten (Mittelwerte und Streuung).....	103
Tabelle 8: Bedeutung möglicher Gründe für die Kooperationsbildung von Ingenieuren (Mittelwerte und Streuung)	113
Tabelle 9: Erfüllte Kooperationserwartungen bei Ingenieuren (Mittelwerte und Streuung)	120

Einleitung

Kooperation ist in den Freien Berufen ein Thema von besonderer Aktualität. Arbeitsfelder und Berufsbilder, aber auch die Formen der Leistungserbringung sind tiefgreifenden Veränderungen ausgesetzt. Gleichzeitig wächst die Komplexität der Arbeitswelt, die nationale und internationale Konkurrenz nimmt zu, der Kostendruck steigt. Auch sehen sich die Freien Berufe mit gewandelten Erwartungen auf der Nachfrageseite konfrontiert, die es ihnen erschweren, den Ansprüchen von Klienten¹, Kunden oder Patienten zu genügen. All dies sind wesentliche Gründe für die Zunahme intra- und interprofessioneller Zusammenarbeit.

Trotz ihrer wachsenden Bedeutung ist die Nutzungshäufigkeit und -intensität von Formen der beruflichen Zusammenarbeit in den Freien Berufen nur wenig erforscht. Das gilt insbesondere für lose Kooperationsmodi, die ohne kontraktuelle Vereinbarungen auskommen und daher auch keiner gesellschaftsrechtlichen Grundlage bedürfen (vgl. S. 23).

Die vorliegende Forschungsarbeit stellt sich die Aufgabe, neben Verwendungshäufigkeit und -grad Beweggründe, Hindernisse, Erfahrungen und Erfolge verschiedener Kooperationstypen in drei Freien Berufen – niedergelassene Ärzte, Rechtsanwälte und (Beratende) Ingenieure – zu untersuchen. Allen drei Berufsgruppen stehen für die berufliche Zusammenarbeit konkurrierende Kooperations- und Rechtsformen zu Verfügung. Ziel ist es, unter Berücksichtigung der jeweiligen, sich zum Teil erheblich wandelnden berufsspezifischen Konditionen zu eruieren, welche davon sich für sie als besonders vorteilhaft erweisen, in welchem Ausmaß sie genutzt werden, ob sie sich auf bestimmte Fachgebiete beschränken und welche Konsequenzen sich daraus für die persönliche wirtschaftliche und berufliche Lage ergeben. Forschungsgegenstand ist überdies der Kenntnisstand der Berufsträger zu bestehenden Kooperationsmöglichkeiten. Darüber hinaus soll die Studie Indizien für künftige Entwicklungen des Koope-

¹ Zur Straffung und leichteren Lesbarkeit des Berichts beschränken sich die Bezeichnungen auf die männliche Form.

rationsgeschehens aufspüren und etwaige Unterschiede zwischen den genannten Berufsgruppen – einschließlich der hierfür ausschlaggebenden Gründe – eruieren.

Begriffsbestimmung - Was meint ‚berufliche Kooperation‘?

Die wirtschafts-, rechts- und sozialwissenschaftliche Fachliteratur beschäftigt sich seit mehreren Jahrzehnten mit dem Phänomen der beruflichen Kooperation², ohne bisher einen Konsens über eine allgemein befriedigende Definition erzielt zu haben (vgl. z.B. Fontanari 1996: 34), die sämtliche relevanten Merkmale und Spielarten der beruflichen Zusammenarbeit umfassen würde. Das mag an disziplinär unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen, der Vielzahl von Kooperationsdimensionen und divergierenden theoretischen Annahmen liegen. Alleine in den Wirtschaftswissenschaften kursieren zurzeit wenigstens zehn verschiedene Theorieansätze³, von denen keiner den Anspruch erheben könnte, berufliche Kooperationen (und ihre Erscheinungsformen) erschöpfend zu erklären. Hinzu kommen unterschiedliche Konnotationen bestimmter Kooperationskennzeichen wie Dauer, Intensität, Institutionalisierungsgrad, Formalisierungsniveau, Anzahl der eingegangenen Bindungen, geographische Ausdehnung, funktionale Ausrichtung, anvisierte Ziele oder die soziale, rechtliche und wirtschaftliche Stellung der beteiligten Partner (Meyer 2004: 37; Frese 1998: 144). In den Freien Berufen wird in diesem Zusammenhang auch vielfach die Frage nach der Zulässigkeit von Rechtsformen debattiert. Es gibt also bisher „[...] keine umfassende Kooperationstheorie, die als Grundlage einer Definition dienen könnte. Die theoretischen Ansätze sind oft anekdotisch, eklektisch orientiert und eher statisch ausgerichtet. Es existieren daher auch verschiedene Definitionen, die Kooperationen anhand unter-

² Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit nicht auf berufliche Zusammenarbeit beschränkten Kooperationen reicht historisch noch wesentlich weiter zurück – wenigstens bis in das 17. Jahrhundert und die Anfänge der Naturrechtsphilosophie und Gesellschaftsvertragstheorie (vgl. Axelrod 2000: 3; vgl. Hobbes 2007: 114ff).

³ Im Einzelnen nennt Swoboda (2005: 34ff) die neoklassisch-produktionstheoretische Position, die Wettbewerbstheorie, den industrieökonomischen Ansatz, die Spieltheorie, die Transaktionskostentheorie, die Principal-Agent-Theorie, die Interaktionstheorie, den Ressourcenansatz, den systemtheoretischen Zugang und netzwerkorientierte Ansätze.

schiedlicher Merkmale zwischen den alternativen Organisationsformen [...] einordnen“ (Lange 2012: 8).

Nichtsdestotrotz steht jede wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Kooperationen vor der Aufgabe, eine für ihre Zwecke passende Begriffsbestimmung vorzunehmen, einerseits, um ihre methodische Herangehensweise zu begründen, andererseits, um Missverständnissen vorzubeugen und die fachliche Argumentation nachvollziehbar zu machen.

Nach Auffassung der vorliegenden Studie konstituieren die verschiedenen Formen der beruflichen Kooperation ein Kontinuum⁴, das von sporadischen, nicht-institutionalisierten und informellen Modi der Zusammenarbeit von mindestens zwei Akteuren⁵ bis hin zu dauerhaften, rechtlich verbindlichen und stark institutionalisierten Zusammenschlüssen mit hoher Kontaktdichte zwischen den Kooperationspartnern reicht, die zum Teil in die Bildung eines gemeinsamen Unternehmens münden⁶ – im letztgenannten Fall findet die Kooperation ihren gesellschaftsrechtlichen Niederschlag. Im Gegensatz zu anderen Ansätzen⁷, die Kooperationen nur als eine von vie-

⁴ Ein anderes Unterscheidungskriterium, das im Rahmen dieser Forschungsarbeit eine aber nur untergeordnete Rolle spielt, ist die Wirtschaftsstufe, auf der sich die Beteiligten befinden. Je nachdem, ob die Partner auf derselben oder auf unterschiedlichen Niveaus stehen, wird bestimmt, ob es sich um eine vertikale oder diagonale Kooperation handelt (vgl. dazu z.B. Lange 2012: 29ff oder auch Quack 2000: 56). Diese Unterscheidung besitzt für die untersuchten Berufsgruppen – am ehesten noch bei Ingenieuren – allerdings eine vergleichsweise geringe Relevanz.

⁵ „Akteure“ in diesem Sinne umfassen im Folgenden sowohl natürliche als auch juristische Personen.

⁶ Die in der Studie verwendete Definition weicht in diesem Punkt vom landläufigen Kooperationsverständnis ab, das die Zusammenarbeit von zwei oder mehreren Akteuren ab einer neuen Unternehmensgründung nicht mehr (unbedingt) als Kooperation begreift (vgl. z.B. Hartung 1995: 334ff). Manche Forschungsarbeiten sprechen stattdessen von einer „Unternehmenskonzentration“, um eine Abgrenzung zu anderen Arten der Zusammenarbeit zu erzielen (vgl. Balling 1998: 13). Die Autoren vertreten jedoch die Auffassung, dass auch im Rahmen neu gegründeter Unternehmen von beruflicher Zusammenarbeit bzw. Kooperationen gesprochen werden kann.

⁷ In anderen Forschungsarbeiten wird die Kooperation in wettbewerbsbeschränkter (Kartell) oder konkurrenzneutraler Ausgestaltung (zeitlich befristet in Form von Arbeitsgemeinschaften oder Konsortien, unbegrenzt etwa als Verbände zur gemeinsamen Interessenwahrnehmung) von der Unternehmenskonzentration (Unternehmenszusammenschluss unter Beibehaltung der rechtlichen und Aufgabe der wirtschaftlichen Selbstständigkeit) und der Fusion (Aufgabe der rechtlichen und wirtschaftlichen Autonomie durch Gründung eines neuen, gemeinsamen Unternehmens) unterschieden (Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie 2009: 5ff).

len Gestaltungsformen verdichteter Unternehmenszusammenhänge begreifen, verwendet die vorliegende Studie also eine vergleichsweise breit gefasste Definition.

Zwischen den beiden Polen des beschriebenen Kontinuums befinden sich zahlreiche Kooperationsstypen (etwa Konsortien, virtuelle Unternehmen⁸ u.a.), die sich weder dem einen noch dem anderen Ende des Spektrums eindeutig zuordnen lassen und hinsichtlich des rechtlichen Fundaments divergieren⁹. „Kooperationen ohne vertragliche Grundlage kommen [...] vor allem bei lockeren Kooperationen wie der Einzelfallkooperation in Betracht, können jedoch auch bei auf Dauer angelegten Kooperationen gegeben sein. [...] Je intensiver und häufiger die inhaltliche Zusammenarbeit der Kooperationspartner ist, desto eher wird man von einer vertraglichen Basis¹⁰ der Kooperation ausgehen können“¹¹ (Ruff 2010: 137).

Darüber hinaus ist es für berufliche Kooperationen (meist) bezeichnend, sich nicht auf die gesamte Bandbreite beruflicher oder organisatorischer Tätigkeiten innerhalb eines Berufsfeldes zu erstrecken, sondern sich stattdessen auf einzelne Teilbereiche zu

⁸ Die verfügbare Fachliteratur beschreibt beide Erscheinungsformen der Kooperation als vorübergehende Verbindungen zur Erfüllung vorab festgelegter Aufgaben, die für eine begrenzte Zeit gewisse Regeln der Zusammenarbeit entwickeln und sich nach gelungener Aufgabenerledigung wieder auflösen (Specht et al. 1999: 179; Zimmermann 2003: 84; Balling 1998: 14).

Das virtuelle Unternehmen ist eine Form der Netzwerkorganisation, in der gemeinsame Informations- und Kommunikationstechnik genutzt wird. Es kann intra- (innerhalb eines Unternehmens) oder interorganisational (zwischen mehreren rechtlich eigenständigen Unternehmen) gebildet werden (Gablers Wirtschaftslexikon 2012b: o.S.).

⁹ Häufig wird empfohlen, auch bei Aussicht auf eine verdichtete Kooperation die berufliche Zusammenarbeit zunächst lose zu belassen, um eine allmähliche Vertrauensbildung zwischen den Partnern zu ermöglichen, die als eine der zentralen Voraussetzungen für das Kooperationsgelingen gewertet wird, aber Zeit benötigt, um sich zu entwickeln (vgl. Deitz et al. 2010: 865; Reiß 2001: 166; Friese 1998: 165): „Vertrauen kommt eine große Bedeutung in Kooperationen zu. Mangel an gegenseitigem Vertrauen wirkt sich negativ auf die Kooperationsbereitschaft der Partner und die Kommunikation zwischen ihnen aus und ist nicht selten ursächlich für das Scheitern von Partnerschaften. Vertrauen kann jedoch nicht durch detaillierte Vertragswerke ausgebaut werden, sondern muss über einen längeren Zeitraum generiert werden“ (Meyer 2004: 119).

¹⁰ Vertraglich begründete Kooperationen werden häufig als vorteilhaft angesehen, u.a. weil sich die formale Sanktionswahrscheinlichkeit und -intensität erhöht und konformes Verhalten begünstigt (vgl. Axelrod 2000: 120), damit Verhaltensweisen bis zu einem gewissen Grad kalkulierbar macht und die Zukunftsplanung erleichtert. Zudem ermöglichen sie die eindeutige Klärung der Rechtsbeziehung zu den Auftraggebern.

¹¹ Der Zusammenhang zwischen Häufigkeit und Intensität der Zusammenarbeit auf der einen und einer vertraglichen Grundlegung auf der anderen Seite ist inhaltlich nicht zwingend.

konzentrieren. Typischerweise gibt dabei die Kooperationsbezeichnung an, auf welches Gebiet sich die Zusammenarbeit bezieht¹² (z.B. Bürogemeinschaft, Betriebsgemeinschaft, Berufsausübungsgemeinschaft, Bietergemeinschaft u.a.m.). In ökonomischer Perspektive steht hierbei auch die (nachfragegerechte) Kombination bzw. Ergänzung von Teilbereichen im Vordergrund.

Ziele von Kooperationen

Die mit Kooperationsbildungen bewusst angestrebten Ziele und Motive sind vielfältig. Sie können in einer Verringerung der Organisations- und Arbeitsbelastung bestehen, eine engere Bindung von Klienten bzw. Kunden vorsehen oder eine Erleichterung des fachlichen Austauschs anvisieren. Sie können ebenso mit dem Anspruch verknüpft sein, Arbeitszeiten flexibler zu gestalten (indem die Option gegenseitiger Vertretung durch Kollegen verbessert wird), Betriebskosten zu sparen¹³, wirtschaftliche Risiken der Beteiligten zu reduzieren oder höhere Gewinne zu erzielen. Daneben kann die berufliche Zusammenarbeit der Positionsverbesserung im inter- und intraprofessionellen Wettbewerb oder der Bewältigung zunehmend komplex werdender beruflicher Aufgaben dienen (Hohlheimer & Oberlander 2005: 1ff; Zentes & Schramm-Klein 2005: 298ff; Contractor & Lorange 1988: 9). Auch Überlegungen einer gestärkten Verhandlungsposition nach außen (Padrok & Burchartz 2011: 124) oder die makropolitische Bekämpfung von drohenden Versorgungsengpässen – wie es seit Längerem im deutschen Gesundheitswesen der Fall ist – können eine Rolle spielen (Merz & Oberlander 2008: 3).

¹² Kooperationen werden im wissenschaftlichen Diskurs immer wieder als (vor allem ökonomisch) zweckgerichtet geschildert. Die gleichzeitige Hervorhebung des Gemeinschaftsaspekts kollidiert dann aber mit dem in den Sozialwissenschaften verbreiteten Verständnis von „Gemeinschaft“, das sie gerade affekt- und traditionsbasiert konnotiert und von bewusst wirtschaftlich-interessengeleiteten Zusammenschlüssen abgrenzt (Tönnies 1963: 111ff; Zapfel & Promberger 2011: 7). Auch daran wird die im wissenschaftlichen Feld herrschende Dissonanz im Hinblick auf Kooperationen deutlich.

¹³ In den Freien Berufen steigt die Kooperationsneigung in Zeiten ungünstiger wirtschaftlicher Rahmenbedingungen (Schmidt & Kiefer 2005: 1359ff). Der Bekämpfung der Kostenbelastung kommt in solchen Phasen größeres Gewicht im Vergleich zu anderen Motiven zu.

Berufliche Kooperationen sind eines der Mittel, solche Ziele auf Basis einer arbeitsteiligen Bewältigung beruflicher Anforderungen durch Bündelung, Verschränkung oder Trennung beruflicher Funktionen, durch die effizientere bzw. effektivere Nutzung personeller und materieller Ressourcen, durch die Ausweitung der verfügbaren Kapitalbasis zur Ermöglichung auch kostenintensiver Investitionen, durch die Aufteilung rechtlicher und wirtschaftlicher Risiken auf die Partner, durch die Ausdehnung oder Vertiefung des bereitgestellten (Dienstleistungs-) Angebots oder auch durch eine passendere Entsprechung der wachsenden Nachfrage nach (Dienst-) Leistungen aus einer Hand zu verwirklichen. Die immer stärkere berufliche Differenzierung und Spezialisierung führt zu einer fragmentierten Aufgabenerfüllung der Berufe. Diese als irreversibel angesehene Entwicklung verursacht eine Zersplittung der Dienstleistungserbringung. „Aus einer Hand“ kann sie (fast) nur noch auf dem Wege von Kooperationen erfolgen (Hohlheimer & Oberlander 2005: 1). Daneben werden ein erleichterter Markteintritt und gegebenenfalls eine höhere Auslastung existierender Ressourcen als mögliche Kooperationsgründe genannt (vgl. Deitz et al. 2010: 864; Apelt 1999: 43; Zentes & Schramm-Klein 2005: 295f; Friese 1998: 129ff).

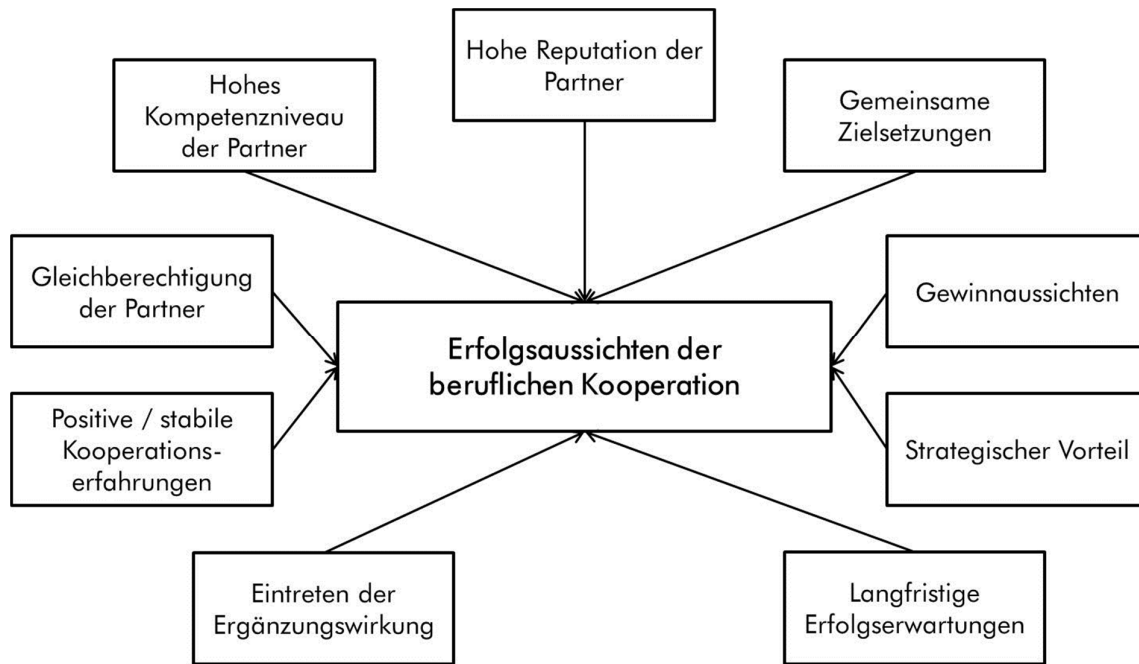
Die Bildung von Kooperationen hat mehrere Konsequenzen, die nicht nur in der Erreichung der jeweils verfolgten Ziele bestehen. Zum einen verändert sie das Beziehungsgefüge, sowohl binnenberuflich (Haftungsrisiko der Einzelnen, Partnerschafts- statt Konkurrenzbeziehung zwischen den Beteiligten, Positionsverbesserung gegenüber fortbestehenden Wettbewerbern u.a.m.) als auch im Außenverhältnis (gegenüber Kunden bzw. Klienten u.a. durch denkbare Image-Aufwertung gegenüber Auftraggebern und politischen Akteuren aufgrund verstärkter Verhandlungsmacht) (vgl. Schelsky 1965: 228). Zum anderen wandeln sich die Arbeitsbedingungen der Kooperationsteilnehmer nicht nur in vorgesehener Weise (z.B. flexible Handhabung der Arbeitszeit), sondern auch ungeplant durch unintendierte Nebenfolgen: Kooperationen generieren Anforderungen, die nicht immer von den Beteiligten eingeplant waren.

Dazu gehört neben einem Verlust an Entscheidungsautonomie¹⁴ für die einzelnen Kooperationspartner insbesondere bei enger, institutionalisierter Zusammenarbeit z.B. ein Zuwachs an planungs- und umsetzungsintensiven organisatorischen Arbeiten (Hohlheimer & Oberlander 2005: 5). Ein Teil des durch die berufliche Zusammenarbeit entfallenden Arbeitsaufwands verschwindet also nicht spurlos, sondern wird durch neue Aufgaben ersetzt.

Der Erfolg bzw. Misserfolg der beruflichen Zusammenarbeit ist an eine Reihe von Bedingungen geknüpft. Günstige Voraussetzungen bestehen unter anderem darin, dass die Beteiligten die Zusammenarbeit als strategisch sinnvoll empfinden, die Erfolgserwartungen langfristig sind, gegenseitiges Vertrauen vorliegt, die Reputation der Partner hoch ist, deutliche Gewinnaussichten vorhanden sind, Reziprozität zwischen den Beteiligten besteht, Kompetenzen der Involvierten nicht in Frage stehen und erwartete Ergänzungswirkungen tatsächlich eintreten (Meyer 2004; Axelrod 2000: 5, 131; Balling 1998: 97ff; Kolloge 2009: 68; Nye & Welch 2011: 22). Einen Überblick über diese und weitere kooperationsbegünstigende Faktoren gibt nachstehende Abbildung.

¹⁴ Im Bereich der kleinen und mittelständischen Unternehmen wurde nachgewiesen, dass ein ausgeprägtes Autonomiebewusstsein die Inanspruchnahme von Kooperationsmöglichkeiten behindert. Sofern dennoch eine Kooperation eingegangen wird, zeichnet sich die Herangehensweise und Durchführung weniger durch Planung, als vielmehr durch Improvisation und Intuition aus (Schmidt & Kiefer 2005: 1372).

Abbildung 1: Kooperationsförderliche Faktoren



Quelle: Eigene Darstellung

Ungünstig sind hingegen u.a. unausgewogene Lasten- und Ertragsverteilungen, fehlendes Vertrauen, asymmetrische Beziehungen zwischen den Partnern, interpersonelle Konflikte, ökonomische und fachliche Schwächen von Partnern, uneindeutige Aufgabenzuteilungen, niedrige Gewinnaussichten, Reputationsmängel von Beteiligten, ein unklarer Kooperationsnutzen, unter Umständen interkulturelle Verständigungsschwierigkeiten oder Kooperationskosten¹⁵ verschiedener Art (Frank 1994: 150; Balling 1998: 136ff). Als hinderlich kann sich auch die Befürchtung erweisen, durch die berufliche Zusammenarbeit einen künftigen Konkurrenten heranzuzüchten und sich dadurch einem zusätzlichen Wettbewerb auszusetzen (vgl. Quack 2000: 42f; Contractor & Lorange 1988: 8).

Darüber hinaus ist festzustellen, dass jede Kooperationsart charakteristische Vor- und Nachteile hat. Informelle, lose Verbindungen erreichen einen nur geringen Grad an

¹⁵ Es bleibt nach einem schon erfolgten Zusammenschluss zu bedenken, dass die Auflösung einer Kooperation – zumindest, wenn sie institutionalisiert ist – ebenfalls Kosten finanzieller, organisatorischer, rechtlicher und zeitlicher Art verursacht (Deitz et al. 2010: 866).

Verbindlichkeit (und möglicherweise auch Zuverlässigkeit), dafür bleibt ein höheres Maß an individueller Entscheidungsautonomie erhalten und die Anpassungsfähigkeit an sich verändernde Rahmenbedingungen ist größer¹⁶. Bei festen Zusammenschlüssen kehrt sich dieses Verhältnis um. Zudem erfordern sie die zusätzliche Berücksichtigung von Implikationen der Rechtsformwahl. Anzumerken ist in diesem Kontext, dass enge, formale Zusammenschlüsse auf Grund der von Auftraggebern gesetzten Anforderungen der Leistungserbringung – wie noch bei Ingenieuren zu zeigen sein wird – zum Teil unumgänglich sind.

Belegt ist auch, dass die Wahl des Kooperationstypus wesentlich mit der Größe der beteiligten Akteure korrespondiert: Kleinere Unternehmen tendieren eher zu losen Kooperationen (Schmidt & Kiefer 2005: 1372), bei denen keine gesellschaftsrechtlichen Konsequenzen zu erwarten sind.

Dessen ungeachtet kommt der Rechtsformwahl in der wissenschaftlichen Literatur ebenso wie in der Praxis enormes Gewicht zu, nicht zuletzt, weil neben rechtlichen und steuerlichen die betriebswirtschaftlichen Konsequenzen weitreichend sein können: „[...] diese reichen von der vorhandenen Kapitaldecke zu den Kapitalbeschaffungsmöglichkeiten über Standortprobleme, Lizenzen, Material und Materialbeschaffung bis hin zu Produktionsgenehmigungen, behördlichen Erlaubnissen, Belegschaftsinteressen und – nicht zuletzt – zu Beschränkungen aufgrund von Umweltschutzbestimmungen“ (Krüger 1992: 35). Ein kurzer Überblick über die verschiedenen Varianten sowie ihre Vor- und Nachteile scheint daher sinnvoll.

Rechtsformen von Kooperationen in den Freien Berufen

Die berufliche Zusammenarbeit in Freien Berufen unterliegt einer Reihe von rechtlichen Beschränkungen, die sich insbesondere auf Zusammenschlüsse beziehen, bei denen das Gesellschaftsrecht zum Tragen kommt. Für die Wahl der Rechtsform ist jedoch nicht nur das Berufsrecht von Belang, sondern auch die mit ihr verbundenen

¹⁶ Diese Eigenschaft wird in Bezug auf Netzwerke positiv konnotiert (vgl. Naumov 2012: 4).

organisatorischen Belastungen, die rechtlichen und wirtschaftlichen Risiken sowie die verbleibende berufliche Autonomie bzw. die Reichweite der fortbestehenden Entscheidungsfreiheit der einzelnen Gesellschafter (bzw. beteiligten Berufsträger).

Bei den Rechtsformen wird grundsätzlich zwischen Einzelunternehmungen, Personengesellschaften (Gesellschaft bürgerlichen Rechts, Kommanditgesellschaft, offene Handelsgesellschaft, Partnerschaftsgesellschaft, Limited Liability Partnership oder GmbH & Co. KG), Kapitalgesellschaften (Gesellschaft mit beschränkter Haftung, Unternehmergesellschaft, Private Company Limited by Shares, Aktiengesellschaft, Kommanditgesellschaft auf Aktien) und Sonderformen (Genossenschaft, Verein) unterschieden, wobei in steuerlicher Hinsicht Kapitalgesellschaften generell Belastungsnachteile gegenüber Personengesellschaften aufweisen¹⁷ (Jacobs et al. 2003: 16).

Einzelunternehmung

Von den Rechtsformen steht in den Freien Berufen nach wie vor die Einzelunternehmung im Vordergrund (vgl. Abbildungen 3, 6, 10 und 13), in deren Rahmen – von sonstigen stipulativen Vereinbarungen abgesehen – lediglich lose Arten der beruflichen Kooperation praktiziert werden können.

Die Vorzüge der Einzelunternehmung werden darin gesehen, dass bei ihrer Gründung rechtlich kein Mindestkapital vorausgesetzt wird, die Gründungskosten vergleichsweise niedrig sind, Gründungsvorschriften weitgehend entfallen und sich die Gesellschafter in keine partnerschaftliche Abhängigkeit begeben. Allerdings tragen sie für ihr Unternehmen alle rechtlichen und wirtschaftlichen Risiken alleine: Sie haften uneingeschränkt mit dem gesamten Unternehmens- und Privatvermögen (Wöhe & Döring 1996: 331).

Davon unabhängig können Einzelunternehmer Teil einer auch formal angelegten beruflichen Kooperation sein, indem sie etwa abseits ihrer Einzelunternehmung zusätzlich als Gesellschafter eines weiteren Unternehmens fungieren.

¹⁷ Eine detaillierte Auflistung der Vor- und Nachteile von Kapital- und Personengesellschaften findet sich z.B. bei Krüger (1992: 37f).

Gesellschaft bürgerlichen Rechts

Weit verbreitet ist in den Freien Berufen neben der Einzelpraxis (bzw. der Einzelunternehmung) auch die Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR/BGB-Gesellschaft)¹⁸. Auch bei ihr ist im Rahmen der Gesellschaftsgründung weder Mindestkapital noch eine Eintragung ins Handelsregister erforderlich. Ebenso wenig bestehen Buchführungs- und Bilanzierungspflichten. Zudem besitzt die Gesellschaft bürgerlichen Rechts bei Kreditinstituten auf Grund der weiter reichenden Haftungsbestimmungen mehr Ansehen, das sich günstig auf die Möglichkeit der Kapitalaufnahme auswirkt. Darüber hinaus konzentrieren sich – anders als bei der Einzelunternehmung – weder die rechtlichen noch die wirtschaftlichen Risiken auf einzelne Gesellschafter. Auf der anderen Seite sieht auch sie eine vollständige und persönliche Haftung sämtlicher Gesellschafter vor (Wöhe & Döring 1996: 331).

Die Gesellschaft bürgerlichen Rechts kommt auch bei so genannten Gelegenheitsgesellschaften zum Tragen, die nur befristet für die Durchführung bestimmter Aufgaben existieren – etwa Arbeitsgemeinschaften (ARGE) zur Umsetzung eines Bauvorhabens unter Beteiligung mehrerer Bauunternehmen¹⁹ (Wöhe & Döring 1996: 332).

Der Abschluss eines Gesellschaftsvertrags ist für ihr Zustandekommen nicht zwingend erforderlich (Preißing 2002: 93).

Partnerschaftsgesellschaft

Seit 1995 gibt es für Freie Berufe zudem die gesellschaftsrechtliche Option, eine so genannte Partnerschaftsgesellschaft²⁰ ins Leben zu rufen, die ihnen (auch im Hinblick

¹⁸ Sie war die ursprünglich einzige Rechtsform, die für berufsbezogene Zusammenschlüsse in den Freien Berufen in Frage kam (Jungk 2008: 139).

¹⁹ Vor allem im Hinblick auf Ingenieure wird auf die Verbreitung von zeitlich befristeten Projektarbeiten einzugehen sein, auch unter Beteiligung von Architekten.

²⁰ Gegenwärtig sind intensive Bestrebungen im Gange, Änderungen an der Partnerschaftsgesellschaft vorzunehmen bzw. sie auf eine neue Gesellschaftsform zu erweitern: Im Februar 2012 legte das Bundesministerium für Justiz einen Referentenentwurf für ein Gesetz zur Einführung einer Partnerschaftsgesellschaft mit beschränkter Haftung vor. Sie soll als deutsche Alternative zur immer häufiger in den Freien Berufen gewählten britischen Limited Liability Partnership fungieren. Da mit dem Gesellschafts-

auf europäische Märkte) der Intention nach besser entsprechen sollte als die Gesellschaft bürgerlichen Rechts (Hartung 1995: 334). Sie setzt bei der Gründung ebenso wenig Mindestkapital voraus wie die Einzelunternehmung oder die Gesellschaft bürgerlichen Rechts. Aufwändiger als bei den bisher genannten Rechtsformen ist die Gründung jedoch wegen der Eintragungspflicht der Gesellschafter in das Partnerschaftsregister und der vergleichsweise hohen Gründungskosten. Auch haften die Gesellschafter gesamtschuldnerisch – bei beruflichen Fehlern wird allerdings nur derjenige belangt, der mit der Aufgabenbearbeitung betraut war. Die Gewinn- und Verlustverteilung folgt meist vertraglichen Vereinbarungen (vgl. Institut für Freie Berufe 2013: o.S.).

Limited Liability Partnership

Die Limited Liability Partnership wurde 2001 in Großbritannien eingeführt. Im internationalen Kontext besitzt sie einen hohen Bekanntheits- und Nutzungsgrad und wird alleine schon deshalb als attraktive Alternative zu deutschen Rechtsformen gesehen. Sie gilt als organisatorisch flexibel und steuerlich vorteilhaft.

Die Besonderheit der Limited Liability Partnership besteht in ihrer hybriden Kombination aus Elementen der Personen- und Kapitalgesellschaft: Im Steuerrecht ist sie vorwiegend personengesellschaftlich, im Außenverhältnis hingegen kapitalgesellschaftlich geprägt. Die Haftungsregelungen orientieren sich an jenen der Gesellschaft mit beschränkter Haftung.

Die Limited Liability Partnership unterliegt strikten Publizitäts- und Bilanzierungsvorschriften. Zudem orientieren sich gesellschaftsrechtliche Regelungen an englischem, vertragliche und deliktische Ansprüche an deutschem Recht (Companies House 2013: o.S.).

vermögen Belastungen aus Schadensfällen abgedeckt werden sollen, erhöht sich jedoch die Mindestversicherungssumme für Vermögensschäden aus Beratung und Vertretung (Posegga 2012: 611ff).

Gesellschaft mit beschränkter Haftung

Kapitalgesellschaften sind gewerbesteuerpflichtig. Dies gilt auch für die „Freiberufler-GmbH“. Im Gegensatz zur Einzelunternehmung, zur Gesellschaft bürgerlichen Rechts und zur Partnerschaftsgesellschaft bietet die Gesellschaft mit beschränkter Haftung²¹ den wesentlichen Vorzug, dass die Gesellschafter lediglich mit ihren Einlagen, nicht aber mit ihrem Privatvermögen haften. Ihr persönliches wirtschaftliches Risiko verringert sich dadurch beträchtlich, Existenzsorgen treten tendenziell in den Hintergrund. Da eine Gewinnausschüttung nicht zwingend erfolgen muss, bietet sie zudem die Möglichkeit, stille Reserven zu bilden. Eine Option zur Verbreiterung der Kapitalbasis ist durch die Aufnahme zusätzlicher Gesellschafter jederzeit möglich. Die erforderlichen Gesellschaftsverträge reduzieren das Aufkommen von Rechtsstreitigkeiten und Komplikationen. Jedoch ist der finanzielle Gründungsaufwand vergleichsweise hoch. Die Gesellschafter müssen eine Stammeinlage von 25.000 Euro aufbringen²²; die Gesellschaftsgründung und Satzungsänderungen gestalten sich wegen der erforderlichen notariellen Beurkundung und der Eintragung ins Handelsregister komplizierter als bei anderen Rechtsformen. Außerdem besteht für die Gesellschaft mit beschränkter Haftung volle Bilanzierungspflicht (Wöhe & Döring 1996: 335) – das Rechnungswesen und die steuerliche Behandlung von Umsätzen und Gewinnen sind aufwändiger (Schmidt 2009: 27).

²¹ Sie ist Rechtsanwälten seit 1994 zugänglich, wurde allerdings erst 1999 rechtlich entsprechend verankert (Koch 2008: 85).

²² Bei der Rechtsanwalts-GmbH kommt hinzu, dass sich die Berufshaftpflichtversicherung auf einen Wert von 2,5 Millionen Euro je Versicherungsfall verzehnfacht (§ 59j Abs. 2 S. 1 BRAO).

Limited Company²³

Bei der Limited Company (Ltd.) handelt es sich, wie bei der Gesellschaft mit beschränkter Haftung, um eine Kapitalgesellschaft, die den Gesellschaftern den Vorteil beschränkter Haftung bietet (vgl. Jungk 2008: 141): Auch bei ihr werden Gesellschafts- und Privatvermögen separat behandelt. Weitere Vorzüge bestehen in geringen Gründungskosten und einem niedrigen Niveau an nötigem Stammkapital. Nachteilig ist hingegen, dass die Rechnungslegung sowohl nach deutschem als auch nach englischem Recht erfolgen muss. Hinzu kommen zusätzlich anfallende Verwaltungskosten durch das britische Companies House: Der Jahresabschluss muss dort in englischer Sprache eingereicht werden²⁴ (Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie 2013a: o.S.).

²³ In anderen EU-Staaten zur Verfügung stehende Rechtsformen dürfen auch in Deutschland herangezogen werden. Der entscheidende Impuls hierfür kam durch die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs: „Macht eine Gesellschaft, die nach dem Recht des Mitgliedstaates gegründet worden ist, in dessen Hoheitsgebiet sie ihren Sitz hat, in einem anderen Mitgliedstaat von ihrer Niederlassungsfreiheit Gebrauch, so ist dieser andere Mitgliedstaat nach den Artikeln 43 EG und 48 EG verpflichtet, die Rechtsfähigkeit und damit die Parteifähigkeit zu achten, die diese Gesellschaft nach dem Recht ihres Gründungsstaates besitzt“ (Überseering-Urteil des BGH, 2002, EuGH, 2002, 3614). Weitere Urteile zum Zugang zu ausländischen Rechtsformen sind: „Daily Mail“ (1988, EuGH NJW 1989, 2187), „Centros“ (1999, EuGH NJW 1999, 2727) und „Inspire Art“ (2003, EuGH NJW 2003, 3331).

²⁴ Anders als in Deutschland existiert im Ausland schon seit Längerem die Möglichkeit für Freie Berufe, fremdkapitalisierte und börsennotierte Berufsausübungsgemeinschaften zu bilden. Die dafür bereitgestellten Rechtsformen dürfen prinzipiell auch in Deutschland verwendet werden, solange die geltenden Bestimmungen eingehalten werden.

Die Wurzeln der fremdkapitalisierten wie börsennotierten Berufsausübungsgemeinschaften liegen in Australien. Von dort stammt die an der Partnership (in Deutschland: Gesellschaft bürgerlichen Rechts) orientierte Incorporated Legal Practice (ILP), mit der die Aufnahme berufsfremden Kapitals in Freien Berufen möglich wurde. Vom australischen Modell inspiriert, wurden 2009 in England und Wales die Legal Disciplinary Practices (LDP) eingeführt, in denen Anteile und Stimmrechte berufsfremder Beteiligter auf 25% beschränkt sind. Die Multi-Disciplinary Practice stellt als rechtliche Kooperationsform zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen bei partieller oder vollständiger Drittkapitalbeteiligung eine weitere, neue Spielart dar. Darüber hinaus besteht seit 2011 – ebenfalls in Wales und England beschlossen – die Möglichkeit zur Gründung so genannter Alternative Business Structures (ABS). Auch sie sind interprofessionell ausgerichtet und lassen den ausschließlichen Besitz der Gesellschaft durch Berufsfremde zu. „ILPs und ABSs werden [...] nicht als weitere Organisationsform, als eine Art interprofessionelle Berufsausübungsgesellschaft 2.0 angesehen, sondern als Aufbruch in eine moderne Gesellschaftsrechtswelt [...] mit besseren Standards (Kilian & Lemke 2011: 808).

Genossenschaften

Genossenschaften²⁵ folgen den Grundsätzen der Selbsthilfe, Selbstverantwortung und Selbstverwaltung. Ihr rechtlicher Zweck liegt ausschließlich in der Erwerbs- und Wirtschaftsförderung ihrer Mitglieder (Wasilewski & Engel 2001: 50). Die Rechte der Mitglieder bestimmen sich – anders als bei anderen rechtlich geregelten beruflichen Zusammenschlüssen – nicht nach der Höhe ihrer Kapitalbeteiligung, sondern orientieren sich am demokratischen Prinzip „one man – one vote“. Auch „[...] ist die eingetragene Genossenschaft die einzige Rechtsform, die die wirtschaftliche Freiheit des einzelnen zum Ziel hat und darin gerade den Bedürfnissen der freien Berufe entspricht“ (Betz 1992: 63).

Die Gesellschafter haften ebenso wenig mit ihrem Privatvermögen wie bei der Gesellschaft mit beschränkter Haftung, der Limited Liability Partnership oder der Limited Company. Sie löst sich nach Ausscheiden einzelner Mitglieder nicht auf und bietet als einzige Rechtsform die Gelegenheit einer Rückvergütung an selbstständig tätige Mitglieder, sodass die Gesamtsteuerlast der Genossenschaft reduziert werden kann. Ein- und Austritte sind ohne Notar möglich, auch muss bei weniger als 20 Mitgliedern kein Aufsichtsrat eingesetzt werden, so dass die organisatorische Belastung sinkt. Allerdings besteht eine Mindestmitgliederzahl von 3 Personen (vgl. Peemöller 2005: 405ff; Deutscher Genossenschafts- und Raiffeisenverband e.V 2011: o.S.). Ansonsten verfügen Genossenschaften in der Regel neben dem Aufsichtsrat über eine Generalversammlung und einen Vorstand (Wasilewski & Engel 2001: 27).

Europäische wirtschaftliche Interessenvereinigung

Zu nennen ist des Weiteren die Europäische wirtschaftliche Interessenvereinigung (EWIV). Sie ermöglicht EU-weit multidisziplinäre und grenzschreitende Kooperationen und repräsentiert eine einheitlich geregelte Gesellschaftsform auf Ebene der Europäi-

²⁵ In historischer Perspektive ist die „Genossenschaft“ kein rechtlicher, sondern ein wirtschaftlich und soziologisch geprägter Begriff. Ihre Zielsetzungen können grundsätzlich auch im Rahmen anderer Rechtsformen als der „eingetragenen Genossenschaft“ verfolgt werden (Betz 1992: 61).

schen Union²⁶ (Hartung 1995: 334). Der Gründungsvertrag beinhaltet vergleichsweise wenige Pflichtbestandteile. Jedoch gestaltet sich die Suche nach geeigneten Kooperationspartnern in der Praxis mitunter langwierig und kompliziert. Auch existieren mehr Mindestanforderungen hinsichtlich des Gründungsvertrags, der Registrierung, der Publizitätspflichten und in Bezug auf die Bekanntgabe der Mitglieder als bei anderen Rechtsformen (Zahorka 2010: 1ff).

(Kleine) Aktiengesellschaft

1994 wurde den Freien Berufen überdies die so genannte „Kleine Aktiengesellschaft“²⁷ zugänglich gemacht. Bei ihrer Gründung muss Kapital von 50.000 Euro aufgebracht werden. Die Vorschriften wurden im Vergleich zur konventionellen Aktiengesellschaft bezüglich des Aufsichtsrates wie auch der handelsrechtlichen Publizitätspflichten erleichtert und Regelungen zur Einberufung und Abhaltung der Hauptversammlung sowie zur Beurkundung von Hauptversammlungsbeschlüssen erheblich vereinfacht. Aufsichtsrat und Vorstand müssen jedoch eingesetzt werden. Die Kleine Aktiengesellschaft ist nicht an der Börse notiert. Die Verteilung von Aktien an Mitarbeiter ist möglich (Preißing 2002: 96).

²⁶ Die Europäische wirtschaftliche Interessenvereinigung fand wegen ihrer Vereinfachungen etwa im Ingenieurwesen positiven Widerhall. Bis zu ihrer Schaffung „[...] waren Ingenieurbüros, wenn sie zusammenarbeiten wollten, auf die Gründung gemeinsamer Töchter nach nationalem Recht eines der EG-Mitgliedstaaten oder sonstige vertragliche Kooperationen angewiesen. Sachverständige mußten überörtliche Sozietäten gründen, um europaweit ihre Gutachterdienste zusammen mit ausländischen Kollegen anbieten zu können“ (Vogt 1997: 62).

²⁷ Grundsätzlich gilt die Kleine Aktiengesellschaft nicht als eigene Rechtsform, sondern als vereinfachte Variante der konventionellen Aktiengesellschaft. Sie kann auch als Vorstufe für die „eigentliche“ Aktiengesellschaft fungieren. Rechtsanwaltschaft ist die Aktiengesellschaft uneingeschränkt zugänglich. Nach § 267 HGB ist eine Einteilung von Kapitalgesellschaften in kleine, mittelgroße und große Kapitalgesellschaften vorgesehen. Kleine sind solche, die mindestens zwei der drei folgenden Kriterien nicht überschreiten:

- 4.840.000 Euro Bilanzsumme nach Abzug eines auf der Aktivseite ausgewiesenen Fehlbetrags
- 9.680.000 Euro Umsatzerlöse in den zwölf Monaten vor dem Abschlussstichtag
- Maximal 50 Arbeitnehmer

Die Vermutung, dass die in Deutschland existierenden Anwalts-Aktiengesellschaften vorwiegend dieser Größenklasse zuzuordnen sind, ergibt sich nicht nur aus den Größenverhältnissen des Unternehmens und seiner Finanzkraft, sondern auch aus den vereinfachten Publizitätspflichten für kleine Aktiengesellschaften (§§ 325, 326 HGB).

Die Kleine Aktiengesellschaft kann – wie es auch bei der Gesellschaft mit beschränkter Haftung der Fall ist – im Rahmen einer „Ein-Mann-Gründung“ ins Leben gerufen werden (vgl. § 2 AktG, § 1 GmbHG, § 35 Abs. 3 GmbHG).

Andere Rechtsformen

In Bezug auf die Heranziehung von im EU-Ausland üblichen Rechtsformen ist die Rechtsprechung auf europäischer Ebene von Belang. Nach Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) steht es Unternehmen der Mitgliedstaaten offen, Rechtsformen aus anderen EU-Staaten zu nutzen, solange die relevanten rechtlichen Anforderungen desjenigen Landes eingehalten werden, das die betreffende Rechtsform verankert hat (vgl. Fußnote 23). In diesem Zusammenhang verdienen wohl derzeit in Deutschland vor allem die Limited Liability Partnership (LLP) und die Limited Liability Company (LLC) – beide stammen ursprünglich aus den USA – besondere Beachtung (BRAK-Ausschuss „Internationale Sozietäten“ 2008: 17ff).

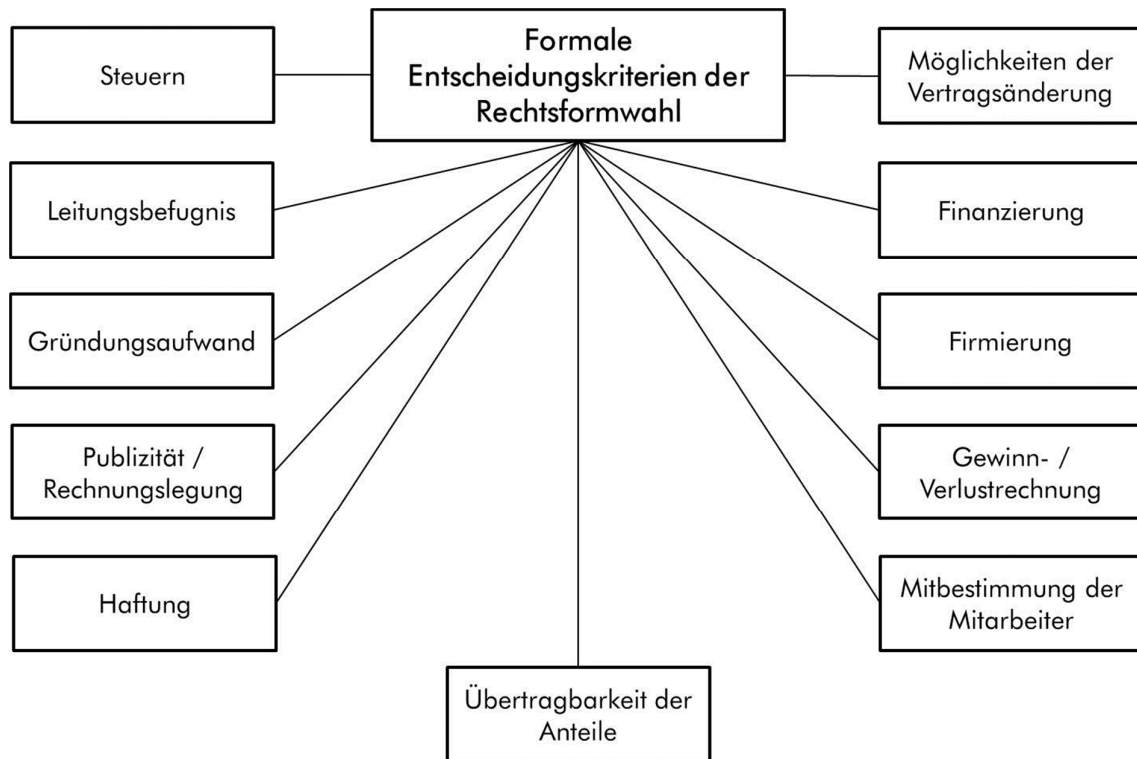
Andere als die genannten Rechtsformen sind den Freien Berufen nur bedingt oder gar nicht zugänglich, etwa die Offene Handelsgesellschaft oder die Kommanditgesellschaft²⁸.

Entscheidungskriterien der Rechtsformwahl

Die Entscheidung über die passende Rechtsform ist ein äußerst komplexer Vorgang, der eng mit Haftungsfragen und vertraglichen Regelungen (bzw. ihren formalen Implikationen) verknüpft ist. Die verschiedenen Entscheidungskriterien sind in nachfolgender Abbildung zusammengefasst.

²⁸ Das gilt auch für eine Kombination mit anderen Rechtsformen. Erst kürzlich wurde erneut bestätigt, dass Rechtsanwaltsgesellschaften nicht als GmbH & Co. KG geführt werden dürfen (Bundesrechtsanwaltskammer 2012a: 78), da ihr Zweck auf den Betrieb eines Handelsgewerbes gerichtet ist (Kleinse-Cosack 2011: o.S.) und deswegen mit den Anforderungen der Freiberuflichkeit nicht in Einklang gebracht werden kann.

Abbildung 2: Entscheidungskriterien der Rechtsformwahl



Quelle: Eigene Darstellung

Die Wahl der Rechtsform ist reversibel: Nachträgliche Umwandlungen sind jederzeit möglich (Schmidt 2009: 27).

Die Verwendung der verschiedenen Kooperationsmöglichkeiten (und dafür zugänglichen Rechtsformen) wurde in den Freien Berufen wissenschaftlich bisher kaum untersucht. Dieser Mangel an empirischen Befunden soll im Folgenden am Beispiel von drei „verkammerten Berufen“ (vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie 2010: 8ff.) – niedergelassenen Ärzten, Rechtsanwälten und Ingenieuren – reduziert werden. Dabei gilt es, die jeweiligen rechtlichen, ökonomischen und sozialen Rahmenbedingungen sowie deren Wandel zu berücksichtigen, um die Neigung zur Praktizierung von beruflicher Zusammenarbeit nachvollziehbar zu machen.

Kooperationsmöglichkeiten von Ärzten

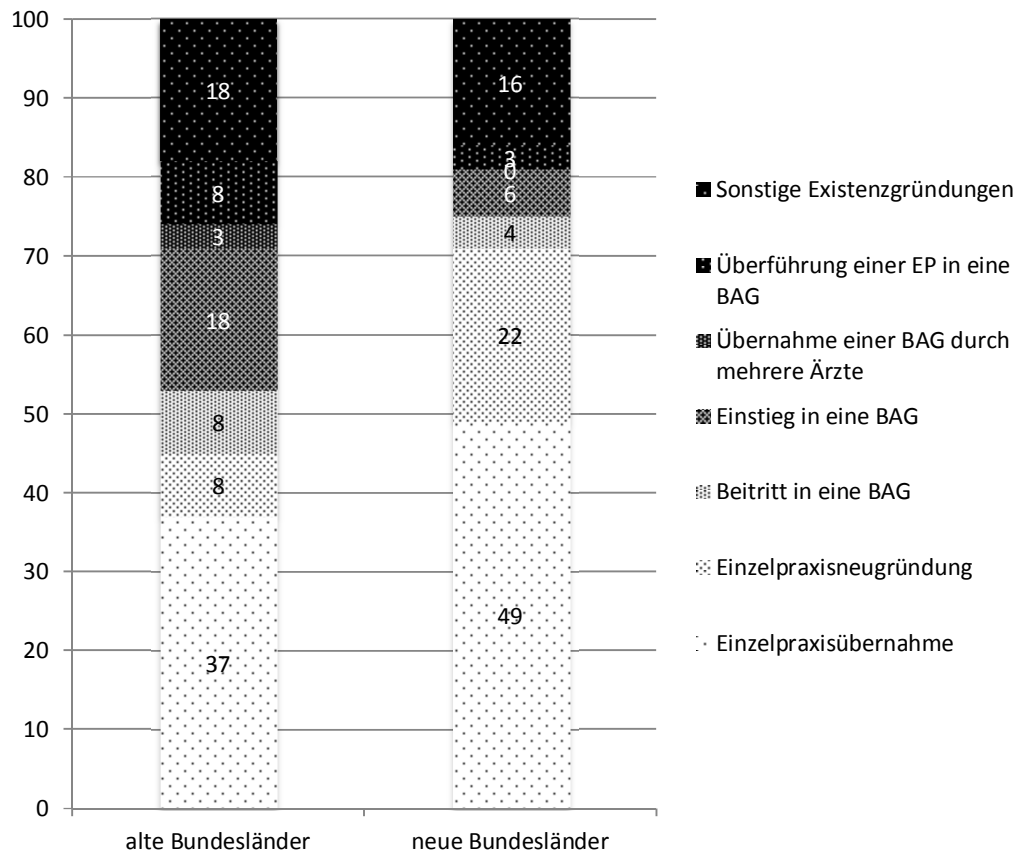
Niedergelassene Ärzte sind mit einer Reihe von juristischen, primär berufsrechtlich festgeschriebenen Bestimmungen konfrontiert, die ihre berufliche Zusammenarbeit untereinander oder mit anderen Berufsträgern Beschränkungen unterwerfen. Für diese Vorschriften ist bezeichnend, sich hauptsächlich auf formale, tendenziell stärker institutionalisierte Spielarten der Kooperation zu beziehen und dabei – wie in Freien Berufen üblich – die eigenverantwortliche, (medizinisch) unabhängige und nicht-gewerbliche Berufsausübung hervorzuheben.

Indes gerieten die rechtlichen Vorschriften in den vergangenen drei Dekaden beträchtlich in Bewegung. Verschiedene Restriktionen der Kooperation entfielen, die ärztliche Zusammenarbeit wurde sukzessive liberalisiert. Prägend für diese Dynamik waren und sind bis heute die seit den 1980er Jahren umgesetzten Gesundheitsreformen, die – eng mit den Herausforderungen einer stetigen Zunahme von Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit verknüpft – eine dichtere Verzahnung der Versorgungsbereiche anstrebten (Gablers Wirtschaftslexikon 2012a: o.S.), um einerseits befürchteten Versorgungsengpässen entgegenzutreten, andererseits aber auch erhoffte Kostensenkungseffekte zu realisieren (Merz & Oberlander 2008: 3).

Massiv beschleunigt wurde diese Entwicklung insbesondere mit der GKV²⁹-Gesundheitsreform des Jahres 2000, dem GKV-Modernisierungsgesetz (2004), dem Vertragsarztänderungsgesetz (2007), dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (2007) und dem Versorgungsstrukturgesetz (2012), die die Spielräume der ärztlichen Zusammenarbeit konsequent ausweiteten, während die traditionell freiberuflich betriebene Einzelpraxis allmählich an Bedeutung zu verlieren begann (Padrok & Burchartz 2011: 118ff; Liebreiz 2012: 32). Nichtsdestotrotz haben Einzelpraxen ihre Attraktivität nicht völlig verloren, zumal sie bei Existenzgründungen nach wie eine dominante Position einnehmen – in den neuen Bundesländern noch mehr als in den alten.

²⁹ GKV steht für Gesetzliche Krankenversicherung.

Abbildung 3: Art der Existenzgründung bei Ärzten 2009/2010 (Angaben in Prozent)³⁰



Quelle: Deutsche Apotheker- und Ärztebank. Existenzgründungsanalyse für Ärzte 2009/2010

Mit einer Verlangsamung des Prozesses rechtlich ermöglichter Kooperationsvereinfachungen im Gesundheitswesen ist in absehbarer Zukunft nicht zu rechnen, da wegen der gesellschaftlichen Alterung, der steigenden Zahl von Alleinstehenden und Singlehaushalten³¹ und der stetig wachsenden Spezialisierung von Ärzten eine weitere Zu-

³⁰ EP steht für Einzelpraxis, BAG für Berufsausübungsgemeinschaft.

³¹ Zwar wird nach wie vor ein Großteil von Versorgungs- und Pflegearbeiten informell (vor allem familial) und vorzugsweise von weiblichen Angehörigen (Ehefrauen, (Schwieger-)Töchtern) erledigt (Bäcker et al. 2008: 218), doch entsteht durch die erhöhte und wachsende Erwerbsbeteiligung der Frau, veränderte Geschlechtsrollenbeziehungen, -erwartungen und Familienstrukturen, die Zunahme von Singlehaushalten und erhöhte Scheidungsraten ein immer stärkeres Bedürfnis nach entlastenden und erschwinglichen Dienstleistungsangeboten auf den Gebieten Versorgung und Pflege (Gottschall 2008: 264f; Kaufmann 2009: 348f; Frerich & Frey 1993: 168f).

nahme von ambulanten Versorgungsengpässen – vor allem in ländlichen Regionen³² – erwartet (Meißner & Rieser 2012: 1136; Czaja et al. 2012: 43) und die berufliche Zusammenarbeit in diesem Kontext als wesentliche Problemlösungsmöglichkeit verstanden wird.

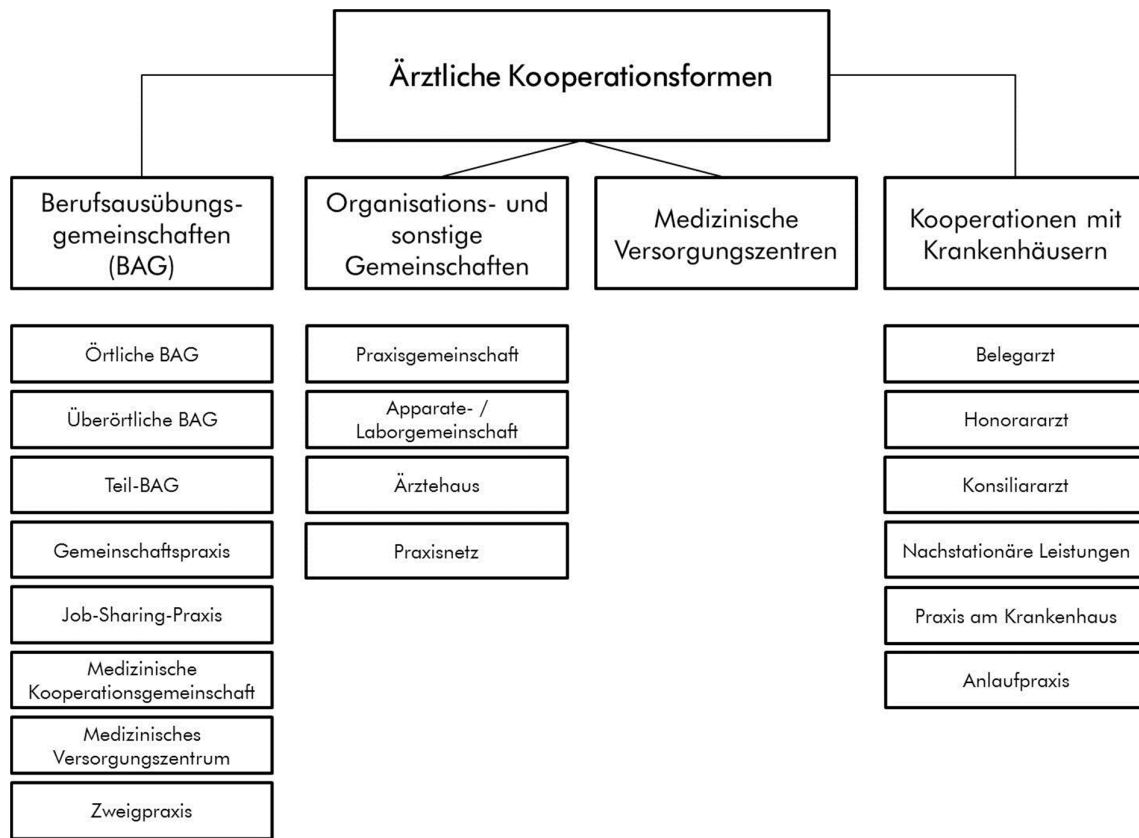
Mit der sukzessiven Beseitigung von Beschränkungen der beruflichen Zusammenarbeit von Ärzten traten in den letzten Jahren neue Kooperationsmöglichkeiten zu den bereits länger bestehenden Varianten hinzu. Die heute verfügbaren Formen unterscheiden sich nicht nur nach ihrem Institutionalisierungsgrad, sondern auch dahingehend, ob es sich um eine gemeinsame Berufsausübung im engeren Sinne oder lediglich organisatorisch entlastende Verbindungen handelt.

Zu den prominentesten Beispielen gehören Berufsausübungsgemeinschaften (einschließlich Medizinischen Versorgungszentren, Medizinischen Kooperationsgemeinschaften, Jobsharing- und Gemeinschaftspraxen³³), Organisationsgemeinschaften (wie Apparate-, Labor- oder Praxisgemeinschaften), Praxisnetze, die Zusammenarbeit niedergelassener Ärzte mit Krankenhäusern (etwa im Rahmen von Verträgen zur Integrierten Versorgung) sowie die Anstellung von Ärzten bei mehreren Arbeitgebern.

³² Ärzte meiden zunehmend eine Berufstätigkeit auf dem Land. Das betrifft vor allem Jüngere. In Verbindung mit dem steigenden Durchschnittsalter der Ärzte wird sich die Versorgungsproblematik abseits der Ballungszentren daher vermutlich weiter verschärfen (Berg 2012: 43). In dieselbe Richtung wirkt die allgemeine demografische Alterung. Mit der Lebenserwartung steigt auch die Häufigkeit des Auftretens alterstypischer Beschwerden sowie der Pflegebedarf eines permanent wachsenden Bevölkerungsanteils (Doblhammer & Fritze 2012: 400ff).

³³ Die Kosteneinsparungen bezüglich der Betriebskosten in Gemeinschaftspraxen führen Berechnungen von Stillfried, Leibner und Erhart (2012: 59) zufolge zu einem jährlichen erwirtschafteten Überschuss je Praxisinhaber von 120.986 Euro gegenüber 99.505 Euro in Einzelpraxen.

Abbildung 4: Kooperationsformen bei Ärzten³⁴



Quelle: Eigene Darstellung

Berufsausübungsgemeinschaften

In den auf Dauer angelegten Berufsausübungsgemeinschaften – den engsten für Ärzte möglichen Zusammenschlüssen (Köbler 2011: 318) – verrichten Mediziner ihre Arbeit als organisatorisch-berufliche Einheit. Sie werden derzeit von den zur Verfügung stehenden Kooperationsmöglichkeiten bei der Praxisgründung bzw. -übernahme am häufigsten gewählt (siehe Abbildung 3).

³⁴ Medizinische Versorgungszentren gehören einerseits den Berufsausübungsgemeinschaften an, besitzen aber andererseits einer Reihe von besonderen Eigenschaften. Aus diesem Grund sind sie in der Abbildung zweimal aufgeführt.

Des Weiteren ist das Tätigwerden von Ärzten für mehrere Arbeitgeber nicht enthalten: auch hier wäre eine eindeutige Zuordnung nicht möglich. Gleiches gilt für den sporadisch-informellen fachlichen Austausch von Kollegen.

Überschneidungen zwischen den verschiedenen Kooperationsformen sind möglich.

Die konkreten Gestaltungsmöglichkeiten sind vielseitig, da Berufsausübungsgemeinschaften sowohl nach ihrer fachlichen als auch geographischen Reichweite variieren können, Mehrfachmitgliedschaften zulassen, potenziell verschiedene Akteure des Gesundheitswissens integrieren und nicht auf einzelne Rechtsformen beschränkt sind. Berufsausübungsgemeinschaften können fachübergreifenden Charakter besitzen³⁵ oder sich auf Ärzte desselben Fachgebiets konzentrieren (etwa in Form von „Jobsharing-Praxen“³⁶), sie können lokal begrenzt (örtliche Berufsausübungsgemeinschaften, etwa in Form von Gemeinschaftspraxen) oder überregional organisiert sein (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften, Zweigpraxen³⁷), sie können ein umfassendes Leistungsprogramm offerieren oder sich auf einzelne Leistungen beschränken (Teilberufsausübungsgemeinschaften) und sie können sich lediglich auf die Beteiligung niedergelassener Ärzte beschränken oder die Mitwirkung ganzer Ärztesellschaften oder Medizinischer Versorgungszentren vorsehen. Auch eine Anstellung von Ärzten ist möglich.

Die teilnehmenden niedergelassenen Ärzte bleiben als Gesellschafter selbstständig tätig. Sie tragen das unternehmerische Risiko gemeinsam, wirken auch geschlossen an den unternehmerischen Entscheidungen mit und teilen sich den erwirtschafteten Gewinn. Sie haben außerdem die Möglichkeit, an mehreren Berufsausübungsgemeinschaften zugleich mitzuwirken. Typische Rechtsformen sind die Gesellschaft bürgerlichen Rechts und die Partnerschaftsgesellschaft. Allerdings existieren für die Bildung von Berufsausübungsgemeinschaften auch Einschränkungen – sie sind durch den Zulassungsausschuss genehmigungspflichtig und dürfen nicht in Zusammenhang mit

³⁵ Bei fachübergreifenden Formen der beruflichen Zusammenarbeit, etwa unter dem Dach eines Medizinischen Versorgungszentrums, geht die Möglichkeit der gegenseitigen Vertretung weitgehend verloren (Janitz-Seemann 2012: 30).

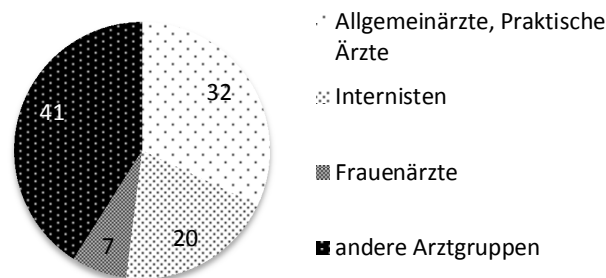
³⁶ Die Zulassung niedergelassener Vertragsärzte richtet sich nach der Bedarfsplanung für verschiedene Gebiete (Czaja et al. 2012: 34). Um zu verhindern, dass durch die Bildung von Jobsharing-Praxen Planungsvorgaben aufgebrochen werden, dürfen die an Jobsharing-Praxen beteiligten Ärzte ihr Leistungsspektrum nicht wesentlich ausweiten.

³⁷ Zweigpraxen kommen einer „weiteren Niederlassung“ anderer Berufsgruppen gleich.

der Erbringung überweisungsgebundener medizinisch-technischer Leistungen gebildet werden (Armbruster et al. 2007: 33ff).

Unter den Berufsausübungsgemeinschaften repräsentieren die Gemeinschaftspraxen den an der Häufigkeit ihres Auftretens gemessen bedeutendsten Anwendungsfall (Köbler 2012: 318). Mehrheitlich sind dort Allgemeinärzte bzw. Praktische Ärzte und Internisten beteiligt.

Abbildung 5: Ärzte in Gemeinschaftspraxen 2009 (Angaben in Prozent)



Quelle: Bundesarztregister der KBV

Medizinische Versorgungszentren

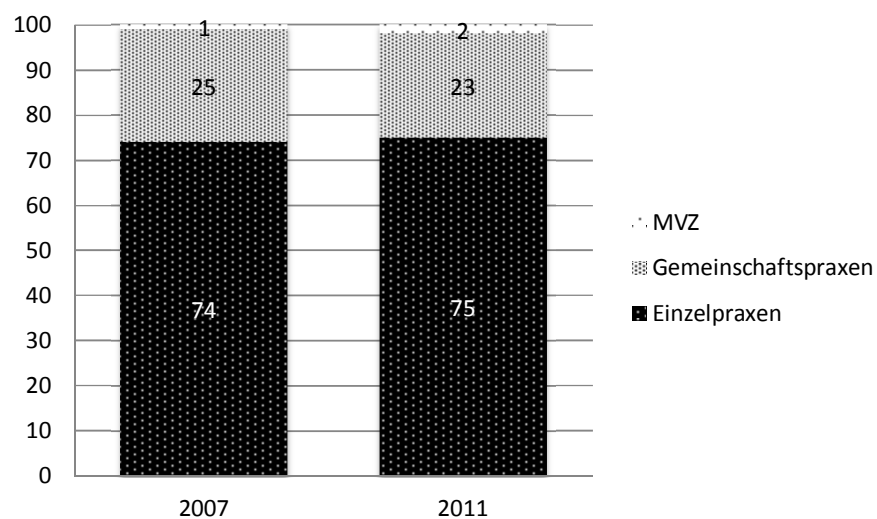
Eine weitere spezifische Form von Berufsausübungsgemeinschaften sind neben Gemeinschafts-, Jobsharing- oder Zweigpraxen die mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 in die deutsche Versorgungslandschaft eingeführten Medizinischen Versorgungszentren. Sie sind fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtungen – potenziell auch unter Beteiligung nicht-ärztlicher Heilberufsträger –, in denen sowohl selbstständige Vertragsärzte als auch angestellte Ärzte³⁸ ihrem Beruf nachgehen können. Alleine von 2010 bis 2011 ist die Zahl der Medizinischen Versorgungszentren um mehr als 10% gestiegen (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2012: o.S.) – ein Zu-

³⁸ Tätigkeiten als Angestellte gehen bei Ärzten mit keinem Verlust der Freiberuflichkeit einher. „Gerade bei klassischen Freien Berufen (z.B. Arzt, Rechtsanwalt) nahm in der letzten Zeit die Zahl der Berufsausübenden in wirtschaftlicher Abhängigkeit zu. Bei einer Reihe von Berufen zählen – berufssoziologisch und nach ihren Berufsgesetzen – auch die abhängig Tätigen als Angehörige eines Freien Berufs. Dies gilt z.B. bei Ärzten, Zahnärzten, Apothekern, Tierärzten, Steuerberatern und Wirtschaftsprüfern“ (Deutscher Bundestag 1992: 6).

wachs, der die hohen Erwartungen an Kostendegression, günstigere Finanzierung oder Risikostreuung zum Ausdruck bringt. Ein weiterer Grund dürfte darin zu finden sein, dass sie für komplexe medizinische Dienstleistungsstrukturen mit ausgeprägter Interdisziplinarität als besonders geeignet erscheinen und durch die Beteiligung verschiedener Akteure des Gesundheitswesens in der Lage sind, eine breitere Dienstleistungspalette als andere medizinische Einrichtungen anzubieten (Mittendorf & Schmidt 2006: 12; Merz & Oberlander 2006: 1ff).

In den im Jahr 2011 1.170 zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren waren insgesamt 9.434 Ärzte tätig, davon 1.320 Vertragsärzte³⁹ (14%).⁴⁰ Hausärzte und Internisten waren am häufigsten vertreten (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2012: o.S.).

Abbildung 6: Arztpraxen und MVZ in Deutschland 2007 und 2011 (Angaben in Prozent)



Quelle: KBV

Bis Ende 2011 war es Vertragsärzten, bereits zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren, zugelassenen Pflegediensten, Hilfsmittelerbringern, Apothekern und

³⁹ Vertragsärzte dürfen zugleich in Medizinischen Versorgungszentren und in eigenen Praxen tätig sein (vgl. Armbruster et al. 2007: 45ff).

⁴⁰ Stand: 2. Quartal 2011 (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2012: o.S.).

Krankenhäusern⁴¹ möglich, solche Einrichtungen zu gründen. Seit Beginn 2012 ist dies nur noch zugelassenen Ärzten, Krankenhäusern, Erbringern nicht-ärztlicher Dialyseleistungen und besonderen gemeinnützigen Trägern erlaubt. Auch wurden die zulässigen Rechtsformen auf Personengesellschaften, eingetragene Genossenschaften und Gesellschaften mit beschränkter Haftung begrenzt, um einen möglichen Konflikt zwischen medizinischen Leistungsansprüchen und Kapitalinteressen entgegenzuwirken⁴² (Hübner 2012: 48).

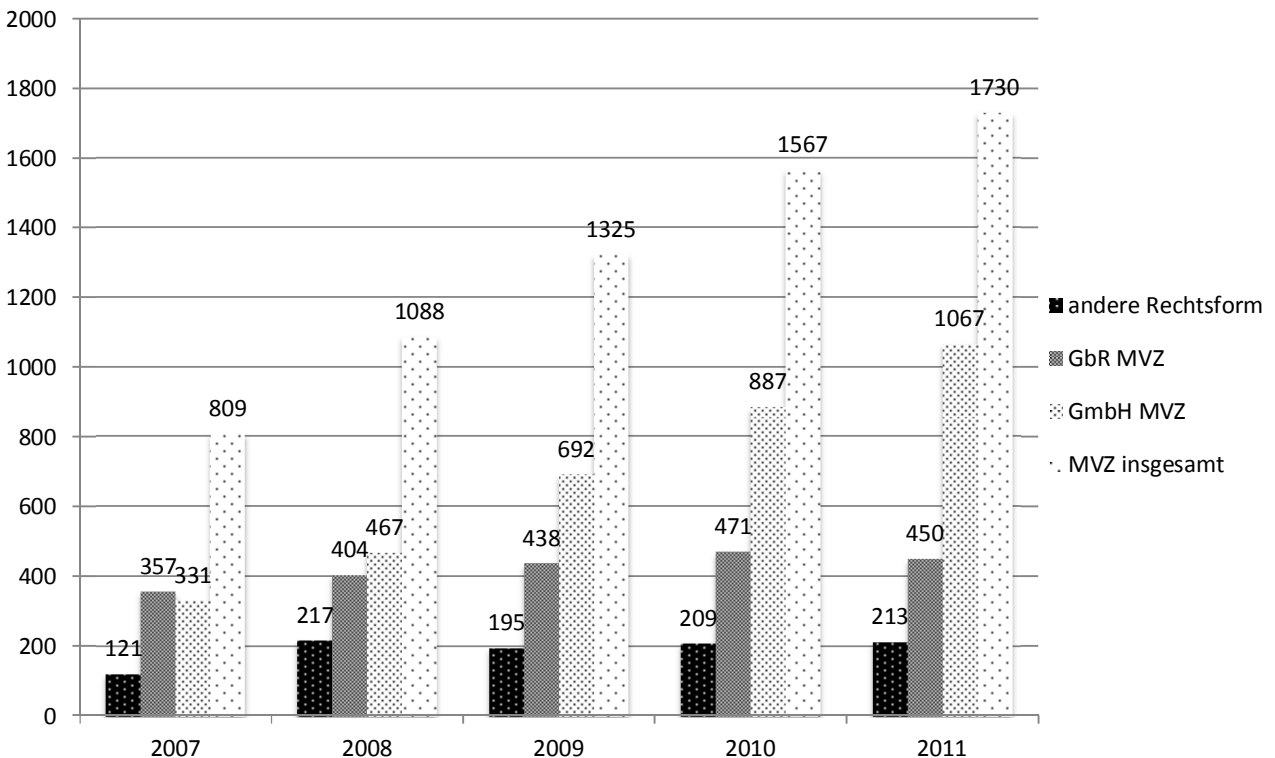
2011 befanden sich ca. 42% der Medizinischen Versorgungszentren in der Trägerschaft von Vertragsärzten, etwa 38% in der von Krankenhäusern⁴³. Dominante Rechtsformen waren die Gesellschaft bürgerlichen Rechts und die Gesellschaft mit beschränkter Haftung (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2012: o.S.). Allerdings hat die Gesellschaft mit beschränkter Haftung gegenüber der Gesellschaft bürgerlichen Rechts Priorität erhalten – ein Umstand, der möglicherweise auf einen steigenden Kapitalbedarf und ein höheres Anliegen der wirtschaftlichen und rechtlichen Risikominderung zurückzuführen ist.

⁴¹ Ein spezifischer Vorteil von Medizinischen Versorgungszentren wird darin gesehen, dass durch die (mögliche) Beteiligung von Krankenhäusern betriebswirtschaftliche Kompetenzen von Medizinischen Versorgungszentren zunehmen und das Investitionsvolumen steigt (Mittendorf & Schmidt 2006: 1).

⁴² In diesem und ähnlichen Kontexten wird regelmäßig die medizinische Zieldimension des Wohlergehens von Patienten hervorgehoben. „Bei der Organisation entsprechender Strukturen muss die Verbesserung der Patientenversorgung und nicht eine etwaige Gewinnoptimierung Priorität haben“ (Köhler 2012: 226).

⁴³ Hinzu kommen andere Eigentümer, insbesondere aus dem Bereich der Heil- und Hilfsmittelerbringer. Mehrfachträgerschaften sind möglich.

Abbildung 7: Entwicklung der Zahl Medizinischer Versorgungszentren in Deutschland



Quelle: KV Hamburg, jeweils zweites Quartal

Organisations- und sonstige Gemeinschaften

Abgesehen von Berufsausübungsgemeinschaften sind Organisationsgemeinschaften (Praxis-, Apparate- und Laborgemeinschaften) bei niedergelassenen Ärzten mittlerweile weit verbreitet. Ihr Ziel ist in erster Linie die Kostensenkung. Anders als bei Berufsausübungsgemeinschaften ist nur der organisatorische Bereich vergemeinschaftet (Köbller 2012: 321). Die Bildung solcher Gemeinschaften ist nicht genehmigungspflichtig, allerdings müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern über ihre Existenz in Kenntnis gesetzt werden (Armbruster et. al. 2007: 15f).

Im Falle der Praxisgemeinschaft teilen sich die Kooperationspartner Personal-, Miet-, Energie- und Einrichtungskosten, bei Apparate- oder Laborgemeinschaften Anschaffungs- und laufende Kosten für Gerätschaften und Laborzubehör, die Patienten werden aber weiterhin getrennt behandelt; auch Aktenführung und Gewinn- bzw. Verlustrechnung finden separat statt (Mittendorf & Schmidt 2006: 12). Die in der Regel

verwendete Rechtsformen sind die Gesellschaft bürgerlichen Rechts und die Gesellschaft mit beschränkter Haftung (Armbruster et. al 2007: 19f).

Die Erscheinungsformen der Praxisgemeinschaft sind vielfältig: Sie reichen von partiellen Zusammenschlüssen mit nur zwei Ärzten (etwa im Rahmen von Apparate- oder Laborgemeinschaften) über ambulante Operationszentren oder Praxiskliniken mit operativem Schwerpunkt bis hin zu Ärztehäusern mit einer Vielzahl von beteiligten Ärzten. Ärztehäuser allerdings sind nicht eindeutig klassifizierbar; sie repräsentieren nur eine allgemeine „Hülle“ für unterschiedliche Arten der Zusammenarbeit: Sie beherbergen Praxen und Einrichtungen anderer Heil- und Gesundheitsberufe (etwa Apotheker, Logopäden oder Physiotherapeuten) (Armbruster et. al 2007: 23).

Praxisnetze (auch als Praxisverbünde bezeichnet) sind Verbindungen von Praxen (Mittendorf & Schmidt 2006: 12) unter Wahrung der ärztlichen Selbstständigkeit, an denen sich auch Krankenhäuser, Pflegedienste oder Apotheken beteiligen dürfen. Sie können sowohl lokal begrenzt als auch überörtlich organisiert sein (Merz & Oberlander 2006: 15). Dabei reichen die Gestaltungsformen von informellen Treffen einzelner Ärzte über Honorarnetze und Einkaufsgemeinschaften bis hin zu Netzwerken der Integrierten Versorgung. Sofern erforderlich, sind übliche Rechtsformen der eingetragene Verein, die Gesellschaft bürgerlichen Rechts, Genossenschaften und Gesellschaften mit beschränkter Haftung (Armbruster et. al 2007: 27f).

Ärztenetze erlauben eine Ausweitung der beruflichen Zusammenarbeit bei gleichzeitiger Wahrung der Selbstständigkeit (Rexin 2012: 41). An ihnen können sich sowohl Haus- als auch Fachärzte beteiligen. Sie sind regional unterschiedlich ausgerichtet, weisen verschiedene Schwerpunkte auf und zeichnen sich durch ein übergreifendes Qualitätsmanagement sowie einheitliche Verfahrens- und Arbeitsabläufe aus. Zunächst wurden sie häufig im Rahmen von Verträgen der Integrierten Versorgung gegründet, nach Auslaufen der Förderung 2008 aber oftmals wieder aufgelöst. Gegenwärtig steigt ihre Zahl wieder. Im Übrigen existiert seit 2011 die so genannte „Agentur Deutscher Arztnetze“, die einerseits den ärztlichen Erfahrungsaustausch fördern soll, andererseits den Anspruch erhebt, die Interessen der Beteiligten politisch zu vertreten

(Rexin 2012: 39). Ärztenetze können von den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen eine finanzielle Förderung erhalten⁴⁴, wobei die Krankenversicherungen über das Ausmaß der Unterstützung entscheiden und hierfür ein formales Akkreditierungsverfahren anwenden. Derzeit wird davon ausgegangen, dass in erster Linie Netze mit hohem Organisationsgrad, ausgeprägter Verbindlichkeit und Professionalität von dieser Möglichkeit profitieren (Niedersächsisches Ärzteblatt 6/2012: 29)⁴⁵. Typische Rechtsformen sind gegenwärtig der eingetragene Verein und die Genossenschaft (Rexin 2012: 40).

Ähnlich wie bei Ärztenetzen ist die Situation bei den ärztlich geleiteten Medizinischen Kooperationsgemeinschaften, oftmals mit den unterlegten Rechtsformen der Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder der Partnerschaftsgesellschaft. Die Teilnahme ist nicht auf Ärzte beschränkt, sondern kann sich auch auf andere Heil- und sozialpädagogische Berufe erstrecken (Distler 2010: 100).

Kooperationen von Ärzten mit Krankenhäusern

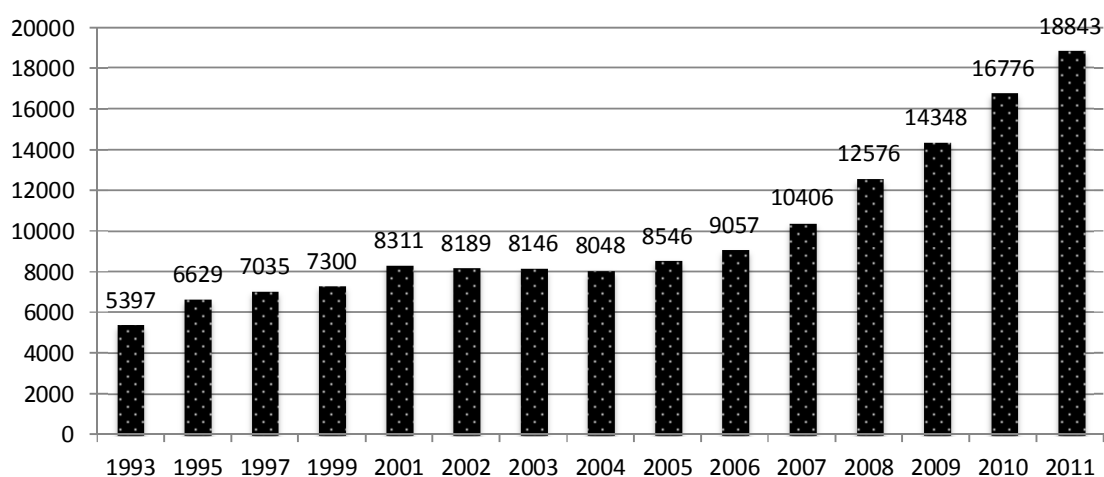
Bei den bisher genannten Kooperationsformen kam bereits mehrfach die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten mit Krankenhäusern zur Sprache. Im Zuge der voranschreitenden Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung⁴⁶ nimmt die Häufigkeit und Intensität dieses Zusammenwirkens immer mehr zu (Spitzer 2011: 6ff.).

⁴⁴ Im Hinblick auf die Patientenversorgung in ländlichen Räumen wird an Netzverträgen bemängelt, Versorgungsengpässe bisher nicht gelöst zu haben (vgl. Hahn 2012: 13).

⁴⁵ Kein Autor angegeben.

⁴⁶ Die ambulante Versorgung in Krankenhäusern erhält seit einiger Zeit wachsendes Gewicht. Seit Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes fällt sie unter die Bezeichnung „ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ (Liebrenz 2012: 32). Wegen des Angebots an ambulanten Leistungen in Krankenhäusern wurden auf Seiten der niedergelassenen Ärzte Konkurrenz Nachteile erwartet. Mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sind nun nur noch spezifische Krankheitsbilder bzw. Erkrankungen mit schweren Verlaufsformen inbegriffen (Bayerisches Ärzteblatt Spezial 3/2012: 7).

Abbildung 8: Entwicklung der im ambulanten Bereich angestellten Ärzte



Quelle: Bundesärztekammer

Vertragsärzten stehen für eine Zusammenarbeit mit Krankenhäusern verschiedene Optionen zur Verfügung: Belegärzte⁴⁷ behandeln Patienten auch stationär. Dafür stellt ihnen das betreffende Krankenhaus eine bestimmte Anzahl von Betten zur Verfügung.

Konsiliarärzte werden von Krankenhäusern lediglich fachlich beratend hinzugezogen.

Honorarärzte wiederum werden für verschiedene Auftraggeber gegen ein – wie der Name schon sagt – festgelegtes Honorar tätig.

Außerdem können Vertragsärzte eine so genannte, als Bereitschaftsambulanz fungierende „Anlaufpraxis“ betreiben oder eine „Praxis am Krankenhaus“ unterhalten (Armbruster et. al 2007: 51ff.).

Das Zusammenwachsen von ambulantem und stationärem Sektor äußert sich aber nicht nur in den schon erwähnten Formen der Zusammenarbeit von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten, sondern auch im immer mehr an Bedeutung gewin-

⁴⁷ Die stationäre Behandlung ist dann nicht mit einem Arztwechsel verbunden, der behandelnde Arzt verfügt bereits über eingehende Informationen über den Patienten und Doppeluntersuchungen lassen sich vermeiden. Überschneidungen mit anderen Kooperationsformen sind auch bei Belegärzten möglich. So können die Mitglieder einer Gemeinschaftspraxis sich die bereitgestellten Betten eines Krankenhauses teilen, um ihre Patienten stationär zu versorgen (vgl. Fruhner 2012: 11ff). Belegärzten wird attestiert, insbesondere die Leistungsfähigkeit kleiner Krankenhäuser auf ein höheres Niveau zu hieven (vgl. Köhler 2012: 227).

nenden Konzept der „Integrierten Versorgung“⁴⁸, das insbesondere – aber nicht nur – für komplexe Behandlungsanforderungen als vorteilhaft gilt (Distler 2010: 23). Mit der Integrierten Versorgung sollen durch wachsende, gezielt stimulierte sektoren- und fachübergreifende Verflechtungen Doppel- und Mehrfachuntersuchungen vermieden, Liegezeiten im Krankenhaus verringert, Übergänge im Gesundheitswesen besser koordiniert, Versorgungslücken geschlossen und das Risiko möglicher Folgeerkrankungen durch standardisierte Nachuntersuchungen reduziert werden. Darüber hinaus bietet sie den Vorteil, Patienten die unter Umständen aufwändige Suche nach Spezialisten zu ersparen, die Terminvergabe bei unterschiedlichen Ärzten und Gesundheitseinrichtungen zu vereinfachen und eventuell Behandlungszeiten zu verkürzen (Mitendorf & Schmidt 2006: 2ff). Neben den schon angeführten Vorzügen werden auch Kostendämpfungseffekte erwartet. Kritisiert wird in diesem Zusammenhang allerdings, dass derartige Programme vorzugsweise die Senkung von Krankenkassenausgaben im Auge hätten, während die Verbesserung der Versorgungsqualität in den Hintergrund trete (vgl. Moock et al. 2012: 31).

Krankenhäuser, (Fach-) Ärzte sowie Vorsorge- und Reha-Kliniken können auf Basis der Integrierten Versorgung miteinander kooperieren, müssen aber dafür mit den Krankenkassen entsprechende Verträge schließen⁴⁹ (Bundesministerium für Gesundheit 2010: o.S.). Die Teilnahme von Vertragsärzten unterliegt dabei einer strengen Reglementierung. Sie müssen sich für eine Teilnahme bewerben und verpflichten sich zur Einhaltung bestimmter Qualitätsstandards, die von den Krankenkassen festgelegt

⁴⁸ Das Konzept der Integrierten Versorgung wurde im Rahmen der managed care-Debatte in den USA entwickelt, verbreitete sich von dort aus in andere Länder und errang nach und nach im Gesundheitswesen wachsende Bedeutung (Gablers Wirtschaftslexikon 2012a: o.S.).

Eine einheitliche Definition der Integrierten Versorgung gibt es bis heute nicht. In Deutschland gehen die Grundlagen der Debatte zur Integrierten Versorgung bereits auf die 1970er Jahre zurück. Entsprechende Erwägungen wurden danach allerdings aus den Augen verloren und erst in den späten 1990er Jahren wieder aufgegriffen (Moock et al. 2012: 25).

⁴⁹ Im Fokus stehen vor allem „unterversorgte Regionen“ (vgl. Gaß 2012: 49f): Durch geplante Formen der Zusammenarbeit im Rahmen der Integrierten Versorgung sollen bestehende Versorgungslücken geschlossen werden.

werden⁵⁰ (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2011: o.S.). Vorteile bestehen für sie darin, einen größeren Patientenstamm aufzubauen, über mehr „Marktmacht“ zu verfügen und von einem vereinfachten Austausch von Patientendaten zu profitieren (Mittendorf & Schmidt 2006: 11).

Aus empirischem Blickwinkel betrachtet, verbindet die überwiegende Zahl von Projekten der Integrierten Versorgung in Deutschland derzeit zwei Fachbereiche miteinander (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2011: o.S.) – die Verknüpfung mehrerer Fachgebiete kommt derzeit also kaum zum Tragen.

Zuletzt besteht eine Option der Kooperation darin, sich als Arzt anstellen zu lassen und für mehrere Arbeitgeber gleichzeitig tätig zu werden. Auch dadurch kommt es zu weitläufigeren Vernetzungen von Leistungserbringern im Gesundheitswesen. Diese Anstellungsmöglichkeit besteht auch für Vertragsärzte (Armbruster et. al 2007: 39).

Sonstige Entwicklungstendenzen

Die (subjektive) Anziehungskraft der beruflichen Zusammenarbeit ist nicht für alle Ärzte identisch. Jüngere Berufsträger sind eher geneigt, Kooperationen einzugehen. Mögliche Gründe hierfür werden in der Verringerung von finanziellen Risiken, der Reduktion von Verwaltungsaufgaben, einer stabileren Einkommenssicherheit und einer verbesserten Work-Life-Balance gesehen (Köster 2012: 36), zumal sich diese Ziele kaum mit der Tätigkeit in einer Einzelpraxis vereinbaren lassen: „In der Generation der nach 1980 geborenen Ärzte besteh[t] eine klare Präferenz für geregelte und vor allem planbare Arbeitszeiten, auch in Teilzeit, mit dem Wunsch nach Vereinbarkeit von Familie und Beruf im kollegialen Ärzteteam“ (Fruhner 2012: 12).

Berufliche Kooperationen finden im Gesundheitswesen heute bereits ein höheres Maß an Verbreitung als in früheren Zeiten, die berufliche Sozialisation der Jüngeren setzt

⁵⁰ Sowohl hinsichtlich der Integrierten Versorgung als auch im Hinblick auf Netzverträge wird von ärztlicher Seite die Befürchtung einer wachsenden Abhängigkeit von Krankenkassen laut (vgl. z.B. Hahn 2012: 13).

an dieser organisatorischen Option der beruflichen Aufgabenerledigung bereits an⁵¹. Die frühzeitige Vorbereitung junger Berufsträger auf die Zusammenarbeit und die damit zusammenhängende Beseitigung von Vorbehalten gegenüber einer solchen Berufspraxis könnte daher auf lange Sicht zur Expansion von Kooperationen beitragen.

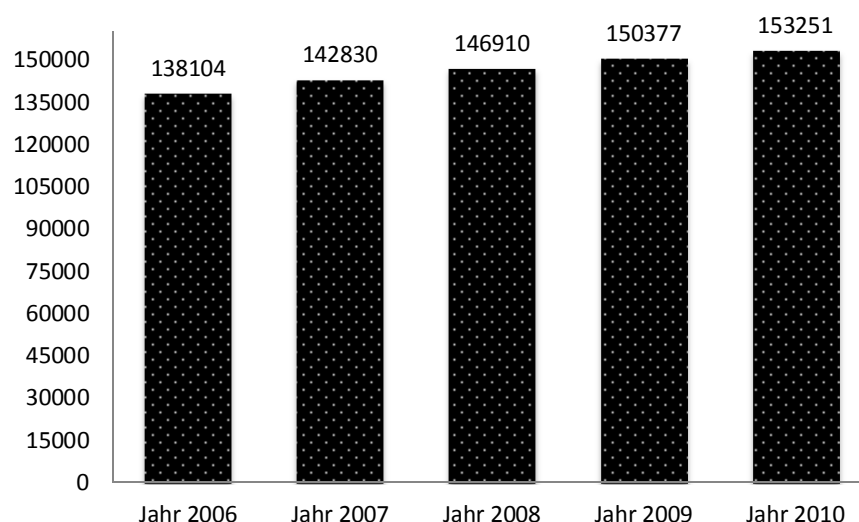
⁵¹ Die kooperationsförderliche Sozialisation wird in der Fachliteratur als zentraler Faktor für eine erfolgreiche Zusammenarbeit angeführt (vgl. z.B. Axelrod 2000: 121).

Kooperationsmöglichkeiten von Rechtsanwälten

Rechtsanwälte sehen sich in Deutschland einem wachsenden Konkurrenzdruck ausgesetzt, teils wegen einer Zunahme der Berufsträger selbst, teils wegen des Anstiegs außer-professioneller Angebote der Rechtsberatung, teils wegen des Eindringens internationaler Konkurrenten in den deutschen „Rechtsmarkt“.

Allein von 2006 bis 2010 stieg die Zahl der selbstständigen Rechtsanwälte um nahezu 11%. Der Anteil der Selbstständigen an den zugelassenen Rechtsanwälten ist zwar anders als bei Ärzten in jüngerer Vergangenheit nicht mehr gewachsen, pendelt sich aber mit annähernd 72% auf einem unvermindert hohen Niveau ein⁵².

Abbildung 9: Entwicklung der Zahl zugelassener Rechtsanwälte in Deutschland 2006 bis 2010



Quelle: Bundesrechtsanwaltskammer

Die erkennbare Wettbewerbsverschärfung resultiert jedoch nicht nur aus dem Wachstum der Rechtsanwaltszahl, sondern auch aus der anhaltenden Ausweitung der

⁵² Noch aussagekräftiger wäre anstatt der hier dargestellten Relation ein Ansatz mit der Gesamtzahl der Berufstätigen anstatt der zugelassenen Rechtsanwälte, jedoch liegen entsprechende Daten nicht vor (vgl. Bundesrechtsanwaltskammer 2012b: o.S.).

Der Anteil der selbstständigen Rechtsanwälte wurde aus den Daten des Statistischen Berichtssystems für Rechtsanwälte (STAR) ermittelt, das vom Institut für Freie Berufe Nürnberg (IFB) im Auftrag der Bundesrechtsanwaltskammer erstellt wird.

Rechtsberatungsgenehmigung auf weitere Akteure wie Steuerberater, Wirtschaftsprüfer, Banken, Versicherungen, Immobilienmakler oder Unternehmensberater (Koch 2008: 81ff). Dazu kommt als relativ junges Phänomen das in Deutschland nur zögerlich Fuß fassende legal process outsourcing, bei dem rechtsberatende Organisationen ihre Dienstleistungen auch ohne Juristen erbringen und so den nicht-juristischen Druck auf Rechtsanwälte verstärken (Engelken 2011: 18).

Besagte Wettbewerbsforcierung verursacht bei selbstständigen Juristen zunehmend Schwierigkeiten bei der Gestaltung einer ökonomisch tragfähigen Niederlassung und setzt entsprechende Anreize zur Bildung entlastender Kooperationen. Die gleiche Wirkung geht von der voranschreitenden beruflichen Spezialisierung und Differenzierung aus – kombinierte, umfassende Dienstleistungsangebote können immer häufiger nur noch durch die Zusammenarbeit mit Kollegen desselben Berufsstandes oder Mitgliedern anderer Berufsgruppen offeriert werden.

Ungeachtet des wachsenden Kooperationsdrucks unterliegen auch Rechtsanwälte berufsrechtlichen Vorgaben, die dem Spektrum an vor allem formal-institutionalisierten Möglichkeiten der beruflichen Zusammenarbeit mehr oder weniger enge Grenzen setzen. Gegenstand dieser Bestimmungen sind einerseits spezifische Formen der Zusammenarbeit sowie ihre jeweils zulässige gesellschaftsrechtliche Konstitution, andererseits so genannte sozietätsfähige Berufe, mit denen Rechtsanwälte Verbindungen eingehen dürfen (vgl. Bundesrechtsanwaltsordnung 2011: o.S.). Eine besondere Herausforderung bildet dabei das Verbot der Vertretung widerstreitender Interessen. Dieses bezieht sich nicht nur auf die Tätigkeit einzelner Rechtsanwälte, sondern gilt für alle Akteure, die an der Zusammenarbeit beteiligt sind (Busse 2008: 70; Jungk 2008: 129; Ruff 2012: 38ff).

Unter dem steigenden inneren und äußeren Druck für Rechtsanwälte lockerten sich allerdings in den vergangenen Jahren kooperationsbeschränkende Bestimmungen, etwa in Bezug auf das Standes- und Gebührenrecht, die Singularzulassung oder das Lokalisationsgebot. Gegenstand aktueller Debatten bleibt jedoch der Fremdbesitz von Rechtsanwaltskanzleien (vgl. Anwaltsblatt 2013: o.S.), bei dem sich die betreffen-

de Niederlassung nicht (bzw. nicht ausschließlich) im Eigentum der praktizierenden Rechtsanwälte befindet und so unter Umständen Kapital- und Rechtsberatungsinteressen auseinanderdriften.⁵³

Trotz berufsrechtlicher Liberalisierungen und davon herrührenden Kooperationserleichterungen für Rechtsanwälte lässt sich bisher kein grundlegender Wandel in der Nutzung von Rechtsformen durch die Rechtsanwaltskanzleien erkennen, der Hinweise auf eine Zunahme gesellschaftsrechtlich zementierter Kooperationen bieten würde. Im Gegenteil: Von 2004 bis 2010 wuchs die Zahl von Einzelunternehmen, während sich die der Personengesellschaften verringerte⁵⁴. „Eine große Zahl deutscher Rechtsanwälte [ist] entweder als Einzelanwälte allein in ihrer Kanzlei tätig oder es handelt sich um kleinere Kanzleien mit maximal 5 Rechtsanwälten. Insgesamt wird geschätzt, dass ca. 42.000 solcher kleiner Kanzleien existieren. Daneben gibt es ca. 5.000 Kanzleien mit bis zu 10 Rechtsanwälten, 1.200 Kanzleien mit bis zu 50 Anwälten und 100 Kanzleien, die mehr als 50 Berufsträger aufweisen“ (Prütting 2011: 174). Andere Studien kommen zu ähnlichen Resultaten. Danach sind fast 89% der Rechtsanwälte in Kanzleien mit bis zu fünf Anwälten tätig, ca. 9% in anwaltlichen Niederlassungen mit

⁵³ Bei weiter reichender Auslegung der beruflichen Zusammenarbeit kann der Fremdbesitz als interprofessionelle Kooperation (z.B. bei einer Verbindung von Rechtsanwälten mit anderen Berufsgruppen, bei der Juristen (Minderheits-) Gesellschafter sind) verstanden werden. Er lässt sich aber genauso gut lediglich als berufsfremde Kapitalbeteiligung begreifen, bei der das berufliche Zusammenwirken im Hintergrund steht. Kritisch wird derzeit die zweite Auslegung diskutiert, zumal ihr eine Gefährdung für die rechtsanwaltliche Unabhängigkeit und die Vertrauensbeziehung zu Mandanten zugeschrieben wird. Entsprechend ausgeprägt sind die Vorbehalte der Berufsträger. Mittel- und langfristig könnte sich dies allerdings ändern: „Die deutschen Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte lehnen es mehrheitlich ab, dass sich berufsfremde Investoren künftig an Anwaltsgesellschaften beteiligen können. [...] Mit 16% spricht sich nur eine relativ kleine Minderheit [...] dafür aus, künftig berufsfremde Gesellschafter zuzulassen – 6% würden diese Möglichkeit nur Familienangehörigen eröffnen, 4% lediglich Minderheitsbeteiligungen zulassen. [...] Überdurchschnittlich aufgeschlossen gegenüber Fremdkapital sind jüngere Anwälte aus überörtlichen und insbesondere internationalen Sozietäten. Dies kann darauf hindeuten, dass mit dem sukzessiven Ausscheiden älterer Berufsangehöriger aus der Anwaltschaft und dem Nachrücken jüngerer Berufskollegen im Verlauf der nächsten Jahre die Zustimmung zur Fremdkapitalisierung zunimmt“ (Soldan Institut 2012: o.S.).

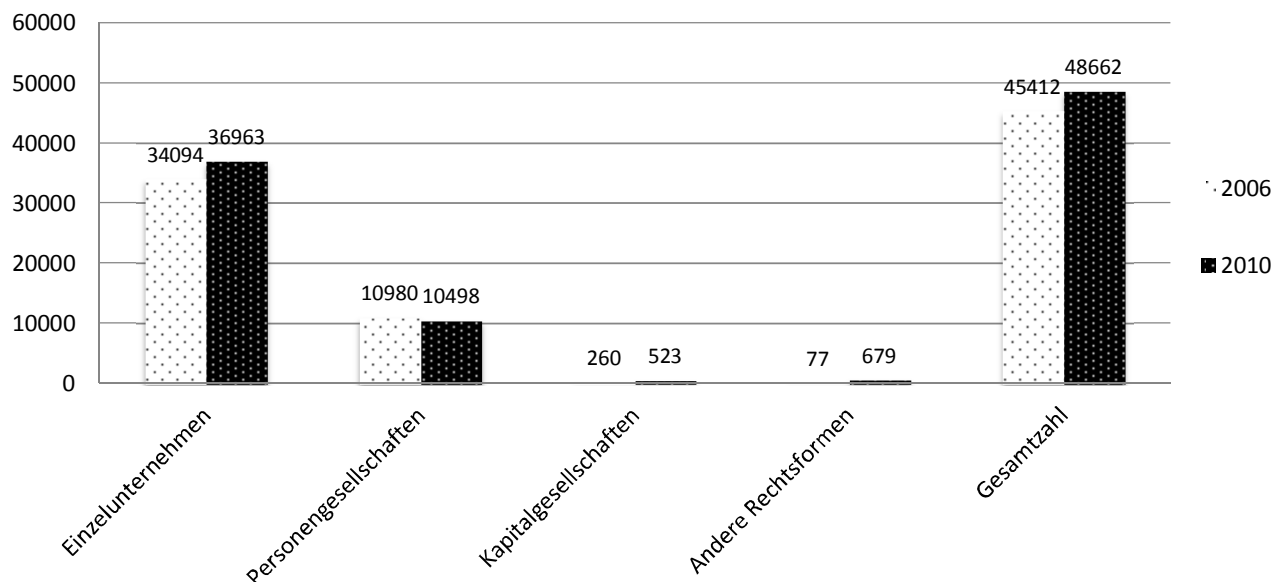
⁵⁴ Diese Angaben stammen aus der Strukturhebung im Dienstleistungsbereich des Statistischen Bundesamtes. Sie erfasst in Abschnitt M: Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen in der Unterklasse 69.1 Rechtsberatung die Rechtsanwaltskanzleien mit und ohne Notariat (siehe dazu Statistisches Bundesamt 2010: Strukturhebung im Dienstleistungsbereich).

sechs bis zehn Berufsträgern und nur zwischen 2% und 3% in Kanzleien mit mehr als zehn Rechtsanwälten (Huff 2012: 30ff).

Neben den Einzelunternehmen dehnten sich zwar auch Kapitalgesellschaften und sonstige Rechtsformen in den letzten Jahren aus, sie besitzen aber in quantitativer Hinsicht nach wie vor kaum Relevanz (siehe Abbildung 11; vgl. dazu auch Oberlander & Liebig 2006: 39 und Oberlander & Eggert 2012: 35).

Auf lange Sicht wird trotz der dargestellten Befunde von einer wachsenden Bedeutung gesellschaftsrechtlich unterfütterter Verbindungen von Rechtsanwälten ausgegangen: „Die Konzentration in Großkanzleien oder auch Zusammenschlüsse zu größeren mittelständischen Einheiten haben in Deutschland noch nicht das Stadium erreicht wie in den USA oder europäischen Nachbarländern. Fusionen und Konzentrati- onen werden aber vermutlich in weiterer Zukunft den Abbau von Stellen und Ab- schläge bei Einkünften von selbständigen Einzelanwälten nach sich ziehen“ (Informa- tionssystem Studienwahl und Arbeitsmarkt der Universität Duisburg-Essen 2012: o.S.), wodurch wiederum der Anreiz zur Bildung von Kooperationen auch für sie wachsen dürfte.

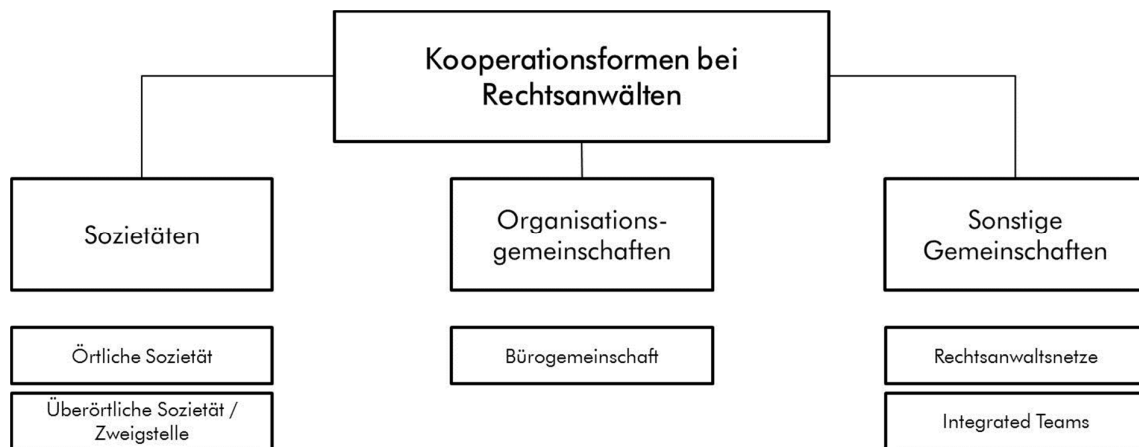
Abbildung 10: Rechtsberatung in Deutschland nach Rechtsformen 2006 und 2010



Quelle: Statistisches Bundesamt

Ein wesentlicher Grund für den jüngsten Anstieg der Zahl von Einzelunternehmen in der Anwaltschaft könnte in der Ausweitung von Rechtsanwaltszulassungen liegen, deren Zahl von 2004 bis 2008 um 16% wuchs⁵⁵. Dadurch nahm auch der Anteil jüngerer Berufsträger unter den Rechtsanwälten zu, die trotz geringerer Vorbehalte gegenüber Kooperationsbeteiligungen eher in Einzelkanzleien als in Zusammenschlüssen mit gesellschaftsrechtlichem Niederschlag zu finden sind (Franke 2008: 69ff).

Abbildung 11: Kooperationsformen bei Rechtsanwälten⁵⁶



Quelle: Eigene Darstellung

Sozietäten

Zu den Rechtsanwälten zugänglichen Arten der Zusammenarbeit gehören so genannte Sozietäten – das rechtsanwaltliche Pendant zu den ärztlichen Berufsausübungsgemeinschaften –, Bürogemeinschaften, weitere Niederlassungen (bzw. Zweigstellen),⁵⁷ Rechtsanwaltsnetze und „integrated teams“.

⁵⁵ Von 126.793 stieg die Zahl auf 146.910 (vgl. Bundesrechtsanwaltskammer 2012b: o.S.).

⁵⁶ Auch hier gilt, dass sich diverse Kooperationsmöglichkeiten gegenseitig überlagern können. Der informelle fachliche Austausch ist zudem nicht abgebildet.

Im Übrigen ist anzumerken, dass weitere Begriffe kursieren, die mehr oder weniger synonym für Sozietäten gebraucht werden. So ist in der Berufsordnung der Rechtsanwälte (BORA) auch von beruflicher Zusammenarbeit, gemeinschaftlicher Berufsausübung und Berufsausübungsgemeinschaften die Rede (vgl. Deckenbrock 2011: 712).

⁵⁷ Ausländische Rechtsanwaltsgesellschaften können in Deutschland auch Zweigniederlassungen gründen (§ 2 EuRAG).

Wie bei ärztlichen Berufsausübungsgemeinschaften kann der Aktivitäten-Radius von Sozietäten gering oder beträchtlich sein. Während manche Sozietäten lokal begrenzt sind (örtliche Sozietäten), können überörtliche Ausmaße bis hin zu international operierenden „Law Firms“ erreichen.⁵⁸

Eine Beteiligung an solchen Sozietäten ist nicht alleine Rechtsanwälten vorbehalten, sondern kann sich auf verwandte, so genannte sozietätsfähige Berufe erstrecken. Zu ihnen gehören Mitglieder der Rechts- oder Patentanwaltskammer, Steuerberater, Steuerbevollmächtigte sowie Wirtschafts- und Buchprüfer – auch wenn sie außerhalb Deutschlands ihrem Beruf nachgehen (§ 59a BRAO).

Relativ neu (seit 2008) ist die Zulässigkeit von so genannten „Sternsozietäten“⁵⁹. Gemeint ist damit die Mehrfachmitgliedschaft von Rechtsanwälten in verschiedenen Zusammenschlüssen – auch dies ist eine Parallele zu ärztlichen Berufsausübungsgemeinschaften.

In „Scheinsozietäten“ wiederum sind Rechtsanwälte angestellt oder als freie Mitarbeiter tätig. Während sie im Innenverhältnis keine Gesellschaftern vorbehaltenen Rechte besitzen, sind sie in der Außendarstellung integriert und haften als „Scheinsozien“ (auch: „Sozien kraft Rechtsschein“) für Verbindlichkeiten des Unternehmens, im Falle einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts also auch für das Fehlverhalten von Kollegen (vgl. dazu Abkehr vom Senatsurteil vom 29.10.1990, AnwST (R) 11/90. BGHSt 37: 220ff sowie das BGH-Urteil vom 12.07.2012, Az. AnwZ (Brfg) 37/11).

Gebräuchliche Rechtsformen von Sozietäten sind die Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder die Partnerschaftsgesellschaft, aber auch andere Varianten sind denkbar (Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie 2013b: o.S.).

⁵⁸ Die Möglichkeit zur Bildung einer überörtlichen Sozietät geht in Deutschland – trotz des damaligen Widerstandes der Bundesrechtsanwaltskammer – auf einen Beschluss des Bundesverfassungsgerichts von 1987 zurück. Der Grundstein dafür wurde allerdings schon zuvor auf der Ebene der Europäischen Gemeinschaften gelegt (Hartung 1995: 333).

⁵⁹ Das Bundesministerium für Justiz hat mit Schreiben vom 29.02.2008 den Beschluss der Satzungsversammlung vom 18.01.2008 genehmigt, das Verbot der Sternsozietät aufzuheben.

Organisationsgemeinschaften

Sozietäten werden zum Teil erst gebildet, wenn die beteiligten Rechtsanwälte bereits auf anderem Wege Erfahrungen mit der beruflichen Zusammenarbeit gesammelt haben. Als Vorstufe von (örtlichen) Sozietäten sind etwa Bürogemeinschaften möglich⁶⁰, die im Wesentlichen den Praxisgemeinschaften der Ärzte entsprechen (vgl. S. 32).

Bürogemeinschaften dienen – wie schon in Zusammenhang mit Kooperationsmöglichkeiten von Ärzten ausgeführt wurde – der Kostensenkung, indem Räumlichkeiten, Ausstattungsgegenstände und gegebenenfalls Personal gemeinsam genutzt und der finanzielle Aufwand geteilt wird. Entsprechend hoch kann das Kostensenkungspotenzial sein

Geeignete Rechtsformen sind u.a. die Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder die Gesellschaft mit beschränkter Haftung (Bundesärztekammer 2008: o.S).

Sonstige Gemeinschaften

Darüber hinaus steht Rechtsanwälten die Teilnahme an Netzwerken (etwa Beraternetzwerke unter Beteiligung von Steuerberatern, Wirtschaftsprüfern, Unternehmensberatern u.a.) offen, ebenso wie die Mitarbeit in „integrated teams“, die nach dem task force-Prinzip Rechtsfälle gemeinsam bearbeiten⁶¹ (Hohlheimer & Oberlander 2005: 21).

Eine weitere Option besteht grundsätzlich in einer Franchise-Teilnahme, bei der sich Anwälte durch eine Einmalzahlung in größere Unternehmenszusammenhänge „einkaufen“ und danach regelmäßig Franchise-Gebühren entrichten. Im Gegenzug steht ihnen die Nutzung der vom Überbau bereitgestellten Infrastruktur offen. Oft werden auch gemeinsame Logos, Schriftsätze und Vertragsmuster verwendet. Die berufliche Unabhängigkeit der Rechtsanwälte und der Vertrauensschutz der Mandanten dürfen

⁶⁰ Eine gesellschaftsrechtliche Grundlage muss nicht zwingend bestehen (Jungk 2008: 141).

⁶¹ Sonderformen, die im Weiteren nicht besonders beleuchtet werden, sind Tätigkeiten von Verkehrs- bzw. Prozessanwälten (bei denen eine formal getrennte Beauftragung vorliegt) (vgl. dazu Jungk 2008: 143).

im Rahmen einer Franchise-Teilnahme ebenso wenig verletzt werden, wie bei anderen Kooperationsformen (Käab & Oberlander 2005: 55ff).

Schließlich gehört die Hinzuziehung von Spezialisten aus anderen Berufssparten (z.B. Psychologen oder Ingenieure) zur gängigen Praxis. Dies ist häufig dann der Fall, wenn es rechtlich relevante, aber grundsätzlich rechtsfremde Sachverhalte zu klären gilt, die Gegenstand der Auseinandersetzung anderer Disziplinen bzw. Berufe sind⁶² (vgl. Jungk 2008: 143f).

Rechtsformen für anwaltliche Kooperationen

Die gesellschaftsrechtlichen Optionen von Kooperationen sind an das anwaltliche Berufsrecht geknüpft. Einschränkungen ergeben sich aus Anforderungen der Freiberuflichkeit (darunter Weisungsfreiheit, Unabhängigkeit oder Nicht-Gewerblichkeit) und Bestimmungen zur Sozietätsfähigkeit.

Obwohl Rechtsanwälte den Freien Berufen zuzurechnen sind und dies der Verwendung von Kapitalgesellschaften enge Grenzen setzt, sind derartige Rechtsformen prinzipiell zulässig. Neben Personengesellschaften (Gesellschaft bürgerlichen Rechts, Partnerschaftsgesellschaft bzw. Partnerschaftsgesellschaft mit Haftungsbeschränkung) können bei Sozietäten daher auch (kleine) Aktiengesellschaften, Gesellschaften mit beschränkter Haftung, Kommanditgesellschaften auf Aktien, die Limited Liability Partnership u.a. zum Zuge kommen.

Sonstige Entwicklungstendenzen

Wie bei Ärzten ist die (subjektive) Kooperationsbereitschaft bei jüngeren Rechtsanwälten der Fachliteratur zufolge ausgeprägter als bei älteren. Als Gründe werden u.a. die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie eine geringere Anziehungskraft organisatorischer und unternehmerischer Aufgaben genannt – Tätigkeiten, die in Einzel-

⁶² Bei weiter Auslegung der beruflichen Kooperation müsste neben den genannten Kooperationsvarianten außerdem die Zusammenarbeit mit Angestellten und freien Mitarbeitern berücksichtigt werden.

kanzleien zusätzlich zur juristischen Kernarbeit geleistet werden müssen (vgl. Franke 2008: 73).

Wesentlich ist darüber hinaus, dass eine berufliche Zusammenarbeit in der Regel als Mittel zur Erhöhung der wirtschaftlichen Sicherheit gewertet wird⁶³ und dieser Umstand auf jüngere anscheinend anziehender wirkt als auf ältere Rechtsanwälte (vgl. Franke 2008: 69ff).

Häufig wird auch die Spezialisierung als wirksames Instrument für beruflichen und wirtschaftlichen Erfolg gesehen. Sie bringt es mit sich, dass sich das Feld der Leistungserbringung fragmentiert: Die einzelnen Rechtsanwälte konzentrieren sich mit zunehmender Spezialisierung lediglich auf partielle Rechtsberatungsleistungen und können diese nur noch über die Bildung von Kooperationen (auch mit anderen Berufen) in einen größeren Dienstleistungsrahmen re-integrieren. „Das gilt zum einen für das bereits seit Längerem mögliche Zusammenwirken mit Steuerberatern und Wirtschaftsprüfern [...]: Mehr als die Hälfte praktiziert sie [die Kooperation, Anm. d. Verf.] – in unterschiedlicher Intensität – bereits, ein knappes weiteres Zehntel plant sie für die kommenden zwei bis drei Jahre. Jüngere Rechtsanwälte sind auch hier wesentlich aufgeschlossener als ältere und der Einfluss der Kanzleigröße kommt ebenfalls wieder zum Zuge. Aufgeschlossenheit für Kooperation besteht aber auch, was den Zusammenschluss zu einer Kanzlei mit anderen Berufsgruppen angeht: 46% reagieren darauf durchweg positiv, wofür vor allem die Erschließung neuer Geschäftsmöglichkeiten ins Feld geführt wird“ (IRES 2012: o.S.).

⁶³ Partner in (über-) örtlichen Sozietäten erzielen erwiesenermaßen höhere Einkommen als Rechtsanwälte in Einzelkanzleien (vgl. Eggert 2011: 118ff).

Kooperationsmöglichkeiten von Ingenieuren

Anders als bei Rechtsanwälten und Ärzten ist der Anteil der Selbstständigen an allen Ingenieuren in Deutschland relativ gering. Nur jeder Zehnte der insgesamt 1,6 Millionen Ingenieure ist selbstständig tätig – mit abnehmender Tendenz: Der Mikrozensus konstatiert von 2006 bis 2010 einen Rückgang um knapp 4%, die Erwerbstätigenstatistik geht im Zeitraum von 2008 bis 2010 von einer Verringerung um etwa 5% aus.⁶⁴

Tabelle 1: Formen der Berufsausübung bei Ingenieuren in Deutschland 2009

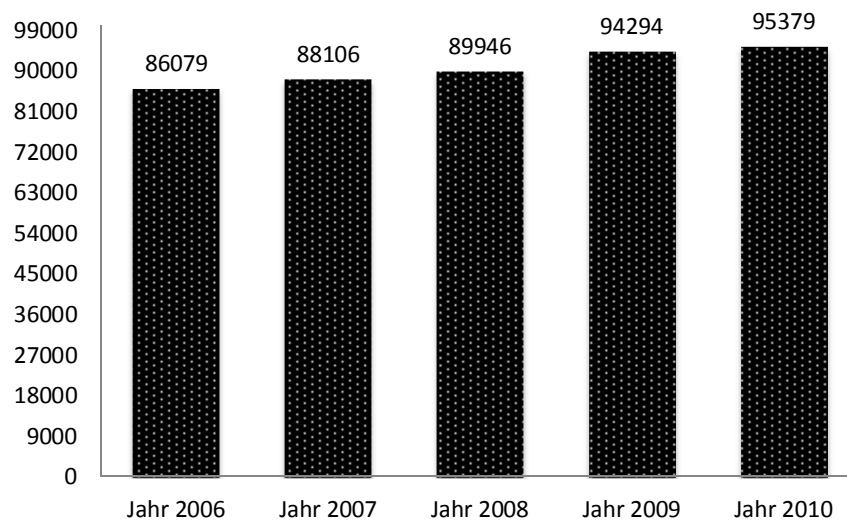
1,6 Mio. Ingenieure	... in Tätigkeiten im Ingenieurberuf (forschen, entwickeln, konstruieren, produzieren etc.)	... in anderen Berufen und weiteren Tätigkeiten (beraten, lehren, prüfen, managen etc.)
... als sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	668.000 Beispiele: Mitarbeiter von Unternehmen in Forschung, Entwicklung, Konstruktion oder Produktion	553.000 Beispiele: Mitarbeiter von Unternehmen in Forschungscontrolling, technischem Vertrieb, Geschäftsführung; Patentprüfer
... als Selbstständige, Beamte etc.	162.000 Beispiele: Freiberuflich tätige Mitarbeiter von Ingenieurbüros	220.000 Beispiele: Technische Sachverständige; Maschinenbauprofessoren
Summe	830.000	773.000

Quelle: Institut der Deutschen Wirtschaft Köln

Parallel zur rückläufigen Zahl selbstständiger Ingenieure erhöhte sich aber die Summe der in Deutschland gemeldeten Ingenieurbüros um 11% (2006 bis 2010) (siehe nachstehende Abbildung). Weniger selbstständige Ingenieure müssen sich demnach auf mehr Büros verteilen.

⁶⁴ Siehe dazu Mikrozensus aus den Jahren 2007 bis 2011).

Abbildung 12: Entwicklung der Zahl der deutschen Ingenieurbüros von 2006 bis 2010



Quelle: Bundesingenieurkammer

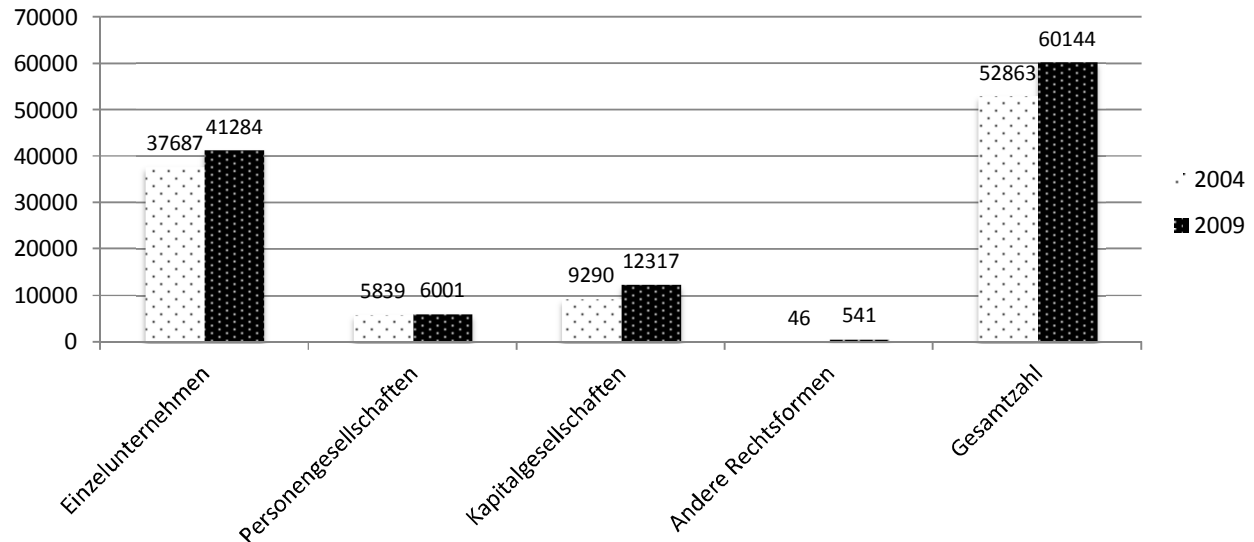
Ähnlich wie bei Rechtsanwälten stieg in den letzten Jahren die Zahl der als Einzelunternehmen geführten Ingenieurbüros, und zwar in höherem Maße als die der Personengesellschaften. Dies wäre ein Indiz dafür, dass die Etablierung formal und dauerhaft institutionalisierter Kooperationen im Ingenieurwesen keine zusätzliche Bedeutung erfährt. Andererseits werden Kapitalgesellschaften – wenngleich insgesamt auf niedrigem Niveau – allmählich häufiger als Rechtsform gewählt. Ihre Zunahme spricht wiederum eher für eine kooperationsförmige Anpassung an geänderte Umstände bei gleichzeitiger Bestrebung, das ökonomische bzw. rechtliche Risiko, das sich aus den Haftungsregelungen ergibt, beherrschbar zu machen⁶⁵.

Im Berufsfeld der Ingenieure gibt es also sowohl Anzeichen, die auf eine Beibehaltung des Status quo als auch auf eine Zunahme von (formalen) Kooperationen hindeuten. Angesichts der beschriebenen Entwicklungen kann daher alles in allem kaum von einem Trend zu einer Intensivierung der beruflichen Zusammenarbeit formalen, gesellschaftsrechtlichen Zuschnitts ausgegangen werden, obwohl auch für Ingenieure – wie

⁶⁵ Der deutliche Anstieg von „sonstigen“ Rechtsformen erfolgt auf insgesamt niedrigem Niveau und ist deshalb nur schwer zu interpretieren.

noch zu zeigen sein wird – zusehends der Wettbewerbsdruck steigt und damit weitere Anreize zur Bildung beruflicher Zusammenschlüsse entstehen.

Abbildung 13: Ingenieurbüros in Deutschland 2004 und 2009 nach Rechtsformen



Quelle: Statistisches Bundesamt

Zu den schon bei Ärzten und Rechtsanwälten erwähnten Faktoren, die eine berufliche Zusammenarbeit begünstigen (Zunahme nationaler und internationaler Konkurrenz, Reduktion von Kosten und Risiken, erhoffter Freizeitgewinn usw.), kommen bei Ingenieuren spezifische kooperationsförderliche Bedingungen hinzu, die ihre Größenverhältnisse und ihre besondere ökonomische Lage betreffen.

Deutsche Ingenieurbüros erreichen eine gemessen an internationalen Maßstäben nur geringe Größe (vgl. Bayerische Ingenieurkammer – Bau 2011: 3f),⁶⁶ während die wachsende Differenzierung ingenieurspezifischen Fachwissens eine fortwährende Spezialisierung der Berufsträger auf bestimmte Teilgebiete erforderlich macht (Rol-

⁶⁶ Ingenieure rechnen sich teils den Freien Berufen, teils den Gewerbetreibenden zu. Der größte Teil der Bürobetriebe mit weniger als zehn Mitarbeitern gehört bis heute zu den Freien Berufen (Best 2011: 13ff). Die Ingenieurbüros stehen nicht nur im Wettbewerb zu anderen Berufsangehörigen, sondern auch zu Produktionsunternehmen, Ausrüstungsfirmen und technischen Abteilungen von Bauunternehmen, die Beratungs- und Planungsleistungen anbieten (Rollenhagen 1997: 10). Ein gewisser extra-professioneller Konkurrenzdruck macht sich daher auch dort bemerkbar.

lenhagen 1997: 13) und damit eine fortschreitende Fragmentierung ihres Dienstleistungsangebots erzeugt.

Diese kleinbetrieblichen Strukturen haben unmittelbar ökonomische Konsequenzen: Mit zunehmender Größe von Unternehmen können Sachkosten reduziert und andere finanzielle Belastungen etwa durch Outsourcing oder die Einschaltung von Subunternehmern variabel gehandhabt werden (vgl. Ausschuss der Verbände und Kammern der Ingenieure und Architekten für Honorarordnung e.V. 2011: 46ff). Diese wirtschaftlichen Vorzüge entfallen also in der Regel bei deutschen Ingenieurbüros.

Folge dieses Verbundes von geringer Bürogröße und verstreutem Fachwissen ist eine unvermeidlich komplexer werdende Arbeitsteilung innerhalb des Berufsfeldes (Goldammer 1997: 29). Die damit einhergehende Zunahme hochspezialisierter Leistungserbringung führt dazu, dass einzelne Ingenieurbüros alleine nur Teilmärkte ins Auge fassen können und daher in wachsendem Maße auf die Vergabe äußerst spezifischer Aufträge angewiesen sind. Eine typische Reaktion der Ingenieurbüros auf diesen Umstand ist eine zeitlich befristete Zusammenarbeit im Rahmen von Projektarbeitsgemeinschaften.

Ungeachtet der geringen durchschnittlichen Bürogröße neigen Auftraggeber von Ingenieuren jedoch verstärkt dazu, immer umfassendere, fachübergreifende Gesamtplanungen einzufordern (Best 2011: 15ff), um den Aufwand für Anfragen und Auftragsvergaben gering zu halten und nicht erst verschiedene Angebotsteile zusammenfügen zu müssen (vgl. Kaiping 2009: 115). Um aber diesen Arbeitsinhalten mit den in vielen Fällen heterogenen Anforderungen nachkommen zu können, sind Ingenieurbüros – nicht nur solche mit geringem, auch diejenigen mit beträchtlichem Personalvolumen (Goldammer & Rollenhagen 1997: 326) – auf gegenseitige fachliche Ergänzung angewiesen⁶⁷.

⁶⁷ Spezielle Aufgaben wie etwa die Durchführung besonderer elektroakustischer Berechnungen oder Raumströmungssimulationen können auch von größeren Ingenieurbüros kaum noch ohne Hinzuziehung externer Spezialisten erbracht werden (Kaiping 2009: 115). Dies wird auch durch Befunde der „Anwenderstudie 2011 ‘Zukunft der Ingenieurdienstleistungen in Deutschland’“ (Lüerßen 2011) bestätigt, nach der für Unternehmen mit mehr als 500 Mitarbeitern in den Bereichen Technologie-Beratung

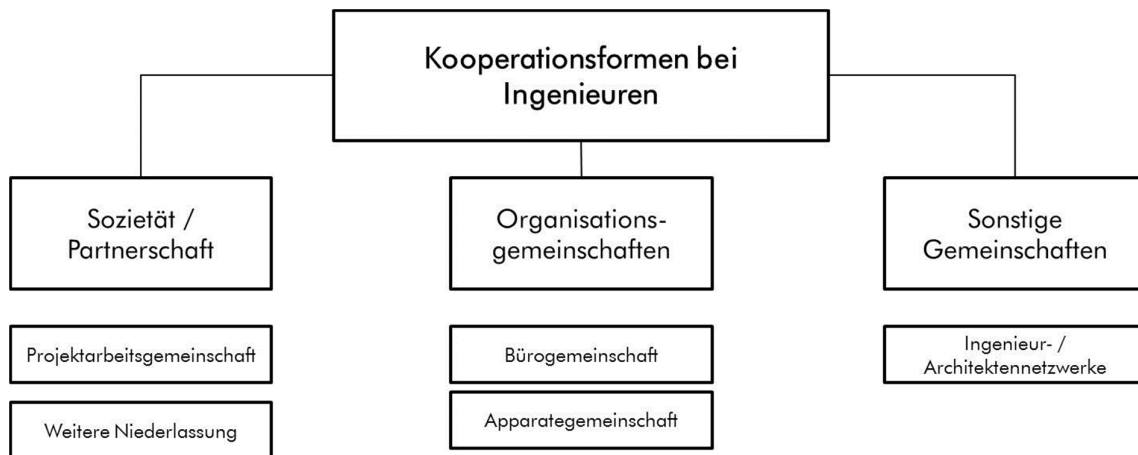
Anreize für Kooperationen, etwa im Rahmen von Bieter- oder Arbeitsgemeinschaften sind also in hohem Maße vorhanden. Je mehr Einzelgebiete jedoch in Planung oder Auftragserledigung involviert sind, desto mehr Ingenieurbüros müssen auf Grund des hohen Spezialisierungsgrades und der tendenziell kleinbetrieblichen Strukturen beteiligt werden, desto komplexer gestaltet sich die berufliche Zusammenarbeit zwischen ihnen und desto mehr Verständnis müssen die einzelnen Kooperationsteilnehmer für die Probleme anderer Teildisziplinen aufbringen, damit ihr Zusammenwirken (möglichst konfliktfrei) funktionieren kann (Kaiping 2009: 111ff).

Die geringe Größe deutscher Ingenieurbüros birgt aber nicht nur kooperationsbegünstigende Potenziale in sich, sondern besitzt daneben auch – eventuell wenig beachtete – Vorteile: Sekundäre Leistungen wie technische Beratungen oder Planungen können wegen der herrschenden Größenverhältnisse ein hohes Maß an Reagibilität und Flexibilität⁶⁸ erreichen. Kooperatives Zusammenwirken einzelner Ingenieurbüros ermöglicht eine grundsätzlich kurzfristige Anpassung des Berufsfeldes an variable Nachfragekonstellationen. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass sich dadurch Kooperationen die Zukunftsfähigkeit auch kleinerer Ingenieurbüros erhöhen lässt. Es liegen derzeit jedoch keine empirischen Studien vor, die untersuchen, in welchem Umfang hochspezifische Ingenieurdienstleistungen von kleineren Anbietern „zugekauft“ werden.

und Engineering die Kooperation mit externen Dienstleistern „fester Bestandteil der Unternehmensstrategie“ ist.

⁶⁸ Da derzeit keine statistische Erfassung derartiger Kooperationen verfügbar ist, muss offen bleiben, inwieweit Ingenieurbüros in Deutschland kleinbetriebliche Strukturen durch erhöhte Flexibilität ausgleichen.

Abbildung 14: Kooperationsformen bei Ingenieuren⁶⁹



Quelle: Eigene Darstellung

Die Zusammenarbeit von Ingenieuren ist einem deutlich geringeren Grad berufsrechtliche Restriktionen ausgesetzt als die ärztliche oder rechtsanwaltliche. Insofern dürfte bei ihnen weniger die Notwendigkeit zur Rechtsberatung gegeben sein, wie es bei den anderen beiden Berufsgruppen der Fall ist.

Verschiedene Kooperationsvarianten sind bei Ingenieuren gebräuchlich. Dazu gehören Sozietäten bzw. Partnerschaften mit den Sonderformen Projektarbeitsgemeinschaft und weitere Niederlassung, Organisationsgemeinschaften (Büro- oder Apparategemeinschaft) wie auch sonstige Gemeinschaften – etwa die Beteiligung an Ingenieur- oder Architektennetzwerken.

Sozietäten

Sozietäten sind (auch bei Ingenieuren) eine Form der gemeinsamen Berufsausübung, wenngleich der Begriff „Sozietät“ eher in der Rechtsanwaltschaft gebräuchlich ist. In ihrem Rahmen arbeiten Ingenieure langfristig zusammen, übernehmen und bearbeiten Aufträge gemeinsam (Preißing 2002: 100). Die Reichweite von Sozietäten kann räumlich begrenzt (örtliche Sozietäten) oder unbegrenzt (überörtliche Sozietäten)

⁶⁹ Informelle Absprachen sind in dieser Übersicht nicht aufgenommen. Überlappungen zwischen den verschiedenen Kooperationsformen sind auch hier möglich.

sein. Üblicherweise kommen als Rechtsformen die Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder die Partnerschaftsgesellschaft zur Anwendung. Andere Varianten sind allerdings nicht ausgeschlossen (vgl. Abbildung 13).

Weiter verbreitet als auf Dauer angelegte Sozietäten sind zeitlich befristete Projektarbeitsgemeinschaften, die – abgesehen von ihrer Kurzlebigkeit – in gleicher Weise funktionieren wie Sozietäten. Bei ihnen ist allerdings der Gründungszeitpunkt für die Beziehung zu den Auftraggebern wesentlich: Ingenieure können sich sowohl vor als auch nach Vertragsabschluss mit dem Auftraggeber zu (Projekt-) Arbeitsgemeinschaften zusammenschließen. Während im ersten Fall der Auftraggeber kein Mitspracherecht besitzt, ist im zweiten seine Zustimmung erforderlich. Dies ist zwingend, da ansonsten eine einseitige Vertragsänderung vorläge.

In Projektarbeitsgemeinschaften treten Ingenieurbüros für die Abwicklung einzelner (oder mehrerer) Projekte gegenüber dem Auftraggeber als (rechtliche) Einheit auf⁷⁰. Typisch ist eine Rahmenvertragsschließung, die um spezielle Vereinbarungen ergänzt wird. Auch ist es üblich, eigens für die Projektdurchführung eine Haftpflichtversicherung abzuschließen (Preißing 2002: 101). Im Rahmen projektgebundener Arbeiten ist es überdies häufig der Fall, dass ein einzelnes Ingenieurbüro mit der Erledigung eines Auftrags betraut wird und dieses Unterverträge an andere Büros (so genannte Subunternehmer) vergibt. Alternativ besteht die Option, auf freie Mitarbeiter zurückzugreifen (Preißing 2002: 97f).

Die „Lebenszeit“ der Projektarbeitsgemeinschaften lässt sich in mehrere Phasen einteilen:

⁷⁰ Nach einem Grundsatzurteil des Bundesgerichtshofs aus dem Jahr 2001 besitzt die Bau-Arbeitsgemeinschaft als Außengesellschaft bürgerlichen Rechts Rechtsfähigkeit, soweit sie durch die Teilnahme am Rechtsverkehr eigene Rechte und Pflichten begründet (BGH, Urteil vom 29.01.2001, Az. II ZR 331/00). Eine Arbeitsgemeinschaft muss jedoch nicht zwingend die Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts annehmen. In besonderen Fällen kann auch eine Offene Handelsgesellschaft vorliegen (vgl. OLG Dresden, Urteil vom 20.11.2001, Az. 2 U 1928/01 sowie OLG Frankfurt am Main, Beschluss vom 10.12.2004, Az. 21 AR 138/04).

1. Bildung einer Bietergemeinschaft⁷¹
2. Abschluss eines Arbeitsgemeinschafts-Vertrags
3. Erteilung des Auftrags an die Arbeitsgemeinschaft
4. Projektdurchführung
5. Projektabschluss, -abnahme und –abrechnung
6. Beginn der Liquidation der Arbeitsgemeinschaft
7. Fristablauf zur Erfüllung vertraglicher Rechte und Pflichten einschließlich Haftung
8. Abschluss der Liquidation.

Ingenieure haben darüber hinaus die Möglichkeit, weitere Niederlassungen zu unterhalten. Sie ist jedoch nur für größere Büros relevant.

Organisations- und sonstige Gemeinschaften

Neben den genannten Formen der Kooperation (Sozietäten, Projektarbeitsgemeinschaften, Einschaltung von Subunternehmern, Hinzuziehung von freien Mitarbeitern, weitere Niederlassungen) können Ingenieure – wie andere Berufsgruppen auch – Bürogemeinschaften bilden oder sich an (Ingenieur- bzw. Architekten-) Netzwerken beteiligen.

Im Rahmen von Bürogemeinschaften werden Räumlichkeiten, Ausstattungsmaterial und zum Teil auch Personal gemeinsam genutzt. Die dadurch zustande kommende Kostenreduktion verringert die finanzielle Belastung der einzelnen an der Kooperation beteiligten Ingenieure.

Die Mitwirkung an Ingenieur- oder Architektennetzwerken – die Haftungsproblematik tritt bei dieser Kooperationsform nicht auf – ist eher informeller Natur und erleichtert unter Umständen die Bildung von Projektarbeitsgemeinschaften oder anderer Kooperationsformen.

⁷¹ Die Bildung von Bietergemeinschaften ermöglicht es vor allem kleineren Büros, Zugriff auf umfassendere Aufträge zu erhalten. Auch sie ist zeitlich befristet und verbindet sich häufig mit der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts.

Rechtsformen für Kooperationen von Ingenieuren

Zulässige Rechtsformen für die berufliche Zusammenarbeit von Ingenieuren sind sowohl Personen- (Gesellschaft bürgerlichen Rechts, Partnerschaftsgesellschaft bzw. Partnerschaftsgesellschaft mit Berufshaftungsbeschränkung, GmbH & Co. KG) als auch Kapitalgesellschaften (Gesellschaft mit beschränkter Haftung, Unternehmergesellschaft, Kleine Aktiengesellschaft, Limited Company). Darüber hinaus kann die Zusammenarbeit auf (individuell) vertraglicher Basis erfolgen (freie Mitarbeit, Auftragsvergabe an Subunternehmer, Eingehen von Büro- oder Projektarbeitsgemeinschaften).⁷²

Sonstige Entwicklungstendenzen

Die angeführten Kooperationsvarianten kommen bei Ingenieuren in unterschiedlicher Häufigkeit zum Einsatz. Empirisch wurde bisher festgestellt, dass sich ihre Zusammenarbeit auf Grund der fachlichen Leistungsanforderungen der Auftraggeber vorzugsweise auf zeitlich befristete Projekte beschränkt (vgl. Best 2011: 89).

Des Weiteren wird eine im internationalen Vergleich nach wie vor geringe Beteiligung von Ingenieurbüros an der Erledigung von Auslandsaufträgen beobachtet. Vermutet wird auf diesem Gebiet deswegen unerschlossenes Potenzial (vgl. Bayerische Ingenieurkammer – Bau 2011: 4, 15), dessen Erschließung neben sprachlichen auch interkulturelle Kompetenzen voraussetzt (vgl. Balling 1998: 136ff).

⁷² Entsprechende Bestimmungen sind den Berufsordnungen der Länder für Ingenieure zu entnehmen.

Methodik

Erhebungsinstrumente

Um die für das Forschungsanliegen erforderlichen Daten zu erhalten, wurden im Rahmen der vorliegenden Studie zwei Erhebungsverfahren parallel zur Anwendung gebracht: Zum einen die Verwendung eines an quantitativen Methoden der empirischen (Sozial-) Forschung orientierten Fragebogens, der entweder schriftlich oder online beantwortet werden konnte, zum anderen halbstandardisierte, leitfadengestützte, qualitative Experteninterviews⁷³. Diese methodisch kombinierte Herangehensweise diente der wechselseitigen Ergänzung der Daten und damit der Verbesserung des wissenschaftlichen Gehalts.

a.) Fragebogeninhalte

Die an Rechtsanwälte, Ärzte und Ingenieure gerichteten Fragebögen befassten sich mit Angaben zu den einzelnen Berufsträgern selbst (Jahr der Erstzulassung, zurückliegende Dauer der Berufsausübung, Fachgebiet, persönliche berufliche und wirtschaftliche Lage, Arbeitszeit, Geschlecht, Alter, Vorliegen weiterer Zulassungen bzw. Qualifikationen) sowie zur Praxis, Kanzlei bzw. zum Büro (Anzahl der Partner, Anzahl der Mitarbeiter, geografische Lage usw.). Hinsichtlich der Kooperationen konzentrierten sich die Fragebogeninhalte auf das Bestehen bzw. die Planung der beruflichen Zusammenarbeit sowie Kooperationsmotive und -erfahrungen. Bei der Berufsgruppe der Ärzte kamen Einschätzungen über Auswirkungen jüngster rechtlicher Änderungen im Gesundheitswesen hinzu.⁷⁴

b.) Inhalte der leitfadengestützten Experteninterviews

Die für die Experteninterviews hinzugezogenen Leitfäden beinhalteten allgemeine Fragen über Gründe und Motive für die Bildung von Kooperationen,

⁷³ Die Verfasser bedanken sich herzlich für die freundliche Unterstützung der teilnehmenden Experten.

⁷⁴ Detaillierte Informationen zu den gestellten Fragen sind den im Anhang enthaltenen Fragebögen zu entnehmen.

über genutzte Kooperationsarten und verwendete Rechtsformen sowie über die Beständigkeit und erkennbaren Problemzonen der beruflichen Zusammenarbeit.

Insgesamt wurden zehn Experteninterviews geführt, drei zu Ärzten, drei zu Rechtsanwälten und vier zu Ingenieuren.

Population und Stichprobe

Um an die forschungsrelevanten Daten zu gelangen, wurden insgesamt 11.157 Unternehmen aus den drei genannten Berufsgruppen (4.250 Arztpraxen, 3.257 Ingenieurbüros, 3.650 Rechtsanwaltskanzleien) angeschrieben und um eine Studienteilnahme gebeten. Aus Gründen der Repräsentativität basierte die Stichprobe auf einer Zufallsauswahl⁷⁵ von bei zwei Adressanbietern⁷⁶ vorliegenden Anschriften. Eine Reihe von Zusendungen (269)⁷⁷ konnten nicht zugestellt werden oder wurden mit Verweisen wie „verstorben“ oder „im Ruhestand“ an das Institut für Freie Berufe an der Universität Erlangen-Nürnberg zurückgesendet. Die Beteiligung belief sich auf 797 beantwortete Fragebögen, das entspricht einem bereinigten Rücklauf von insgesamt etwa 7% (Ingenieure: 5%; Rechtsanwälte: 8%; Ärzte: 8%).⁷⁸

⁷⁵ Um einen eindeutigen Ost-West-Vergleich gewährleisten zu können, blieb bei Rechtsanwälten Berlin unberücksichtigt. Zudem waren ostdeutsche Rechtsanwälte in der Stichprobe deutlich überrepräsentiert. Um das Verhältnis west- und ostdeutscher Berufsträger auf das rechte Maß zu bringen, wurde im Zuge der Datenbehandlung eine entsprechende Gewichtung vorgenommen, d.h. Angaben ostdeutscher Rechtsanwälte wurden geringer bzw. westdeutscher Berufsangehöriger stärker gewertet.

⁷⁶ Die Stichprobenziehung erfolgte im Hinblick auf Rechtsanwälte und Ingenieure bei PostDirekt, in Bezug auf Ärzte bei D&B Deutschland GmbH.

⁷⁷ Dies war bei Ingenieuren 77, bei Rechtsanwälten 92 und bei Ärzten 100 mal der Fall.

⁷⁸ Da davon auszugehen ist, dass auf Grund der Zeitverzögerung zwischen Stichprobenziehung und Datenerhebung wegen Berufsbeendigungen oder Umzugs nicht mehr sämtliche Adressen aktuell waren und diese Zahl nicht abgeschätzt werden kann, wird der „wahre Wert“ des Rücklaufs unterschätzt.

Ergebnisse

Kooperationen bei Ärzten

Die folgende Darstellung der Forschungsergebnisse gibt einen Überblick über das Kooperationsgeschehen bei niedergelassenen Ärzten und die Bedeutung der beruflichen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Dazu gehören Einschätzungen und Einstellungen der befragten Ärzte bezüglich ihrer Kooperationsmöglichkeiten, Erkenntnisse über momentan existierende Kooperationen und Erfahrungen der Beteiligten mit der beruflichen Zusammenarbeit sowie Haltungen und Intentionen nicht-kooperierender Berufsangehöriger über berufliches Zusammenwirken. Hinzu kommen Auskünfte der interviewten Experten zu den einzelnen Kooperationsaspekten wie auch Einstellungen und Meinungen niedergelassener Ärzte zu neueren, kooperationsrelevanten Entwicklungen im Gesundheitssystem dargelegt.

Allgemeine kooperationsrelevante Kenntnisse und Einstellungen von Ärzten

Die mit den Gesundheitsreformen der letzten Jahre verbundenen Änderungen des Berufsrechts eröffneten niedergelassenen Ärzten neue Möglichkeiten der Zusammenarbeit, führten nach Ansicht der befragten Experten zu einer komplexeren Rechtslage und ließen dadurch die anwaltliche Beratungsleistungen für die Gründung von Kooperationen wichtiger werden. Rechtliche Beschränkungen engen die berufliche Zusammenarbeit im Gesundheitswesen heute nicht mehr so stark ein wie in vergangenen Zeiten.

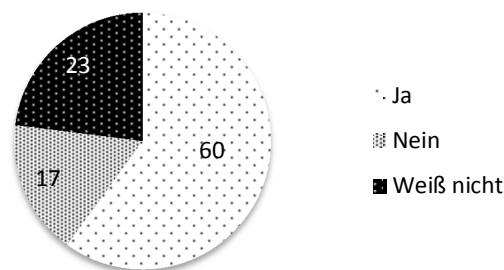
Voraussetzung für die Inanspruchnahme der derzeit verfügbaren Varianten ist allerdings ein entsprechender Kenntnisstand der betreffenden Berufsträger. Über das Ausmaß des ärztlichen Wissens zu diesem Themenfeld ist bisher jedoch nichts bekannt. Eine umfassende Klärung ist auch im Rahmen der vorliegenden Studie nicht zu leisten, doch konnten zumindest erste Erkenntnisse auf Basis von Selbsteinschätzungen von Ärzten erreicht werden.⁷⁹

⁷⁹ Objektive Befunde über den tatsächlichen Verbreitungsgrad sind auf einer solchen Datenbasis nicht möglich. Dennoch trägt eine Darstellung von Selbsteinschätzungen dazu bei, Indizien über fortbeste-

Die Mehrheit der befragten Berufsträger (60%) vertritt die Auffassung, hinlänglich über die ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der beruflichen Zusammenarbeit im Bilde zu sein, während 17% ihren Informationsstand als unzureichend bezeichnen. Fast ein Viertel (23%) ist sich nicht sicher, wie die eigenen Kenntnisse über Kooperationsoptionen zu beurteilen sind. Dabei zeigen sich zum Teil geschlechtsspezifische Besonderheiten ($V=0,223$; $p=0,001$)⁸⁰: Männliche Berufsangehörige tendieren häufiger zur Auffassung, genügend über den Themenkomplex Bescheid zu wissen als weibliche (68%; Frauen 45%)⁸¹. Ob der Informationsstand von Männern tatsächlich umfangreicher ist als der von ihren weiblichen Kollegen, oder ob sie lediglich stärker dazu tendieren, ihr Wissen zu überschätzen, kann anhand der verfügbaren Daten nicht geklärt werden.

Zumindest auf Grundlage dieser subjektiven Einschätzungen lässt sich ein relativ breites ärztliches Wissen über Möglichkeiten der beruflichen Zusammenarbeit vermuten, wenngleich bei immerhin 40% ein vertiefender Aufklärungsbedarf anzunehmen ist. Frauen scheinen hiervon stärker betroffen zu sein als Männer.

Abbildung 15: Sind Sie über die bestehenden Kooperationsmöglichkeiten für Ärzte ausreichend informiert (n=306; Angaben in Prozent)



hende Informationsbedarfe aufzuspüren und Erkenntnisse über Nutzungschancen von Möglichkeiten der beruflichen Zusammenarbeit zu gewinnen.

⁸⁰ Cramer's V kann Werte zwischen „0“ und „1“ annehmen. Je näher dieser Wert bei „1“ liegt, umso enger ist der Zusammenhang. „p“ gibt Auskunft über die Wahrscheinlichkeit, mit der die Ergebnisse der Stichprobe auch in der Grundgesamtheit auftreten. Dieser Wert sollte möglichst nahe bei „0“, jedenfalls nicht über 0,05 liegen.

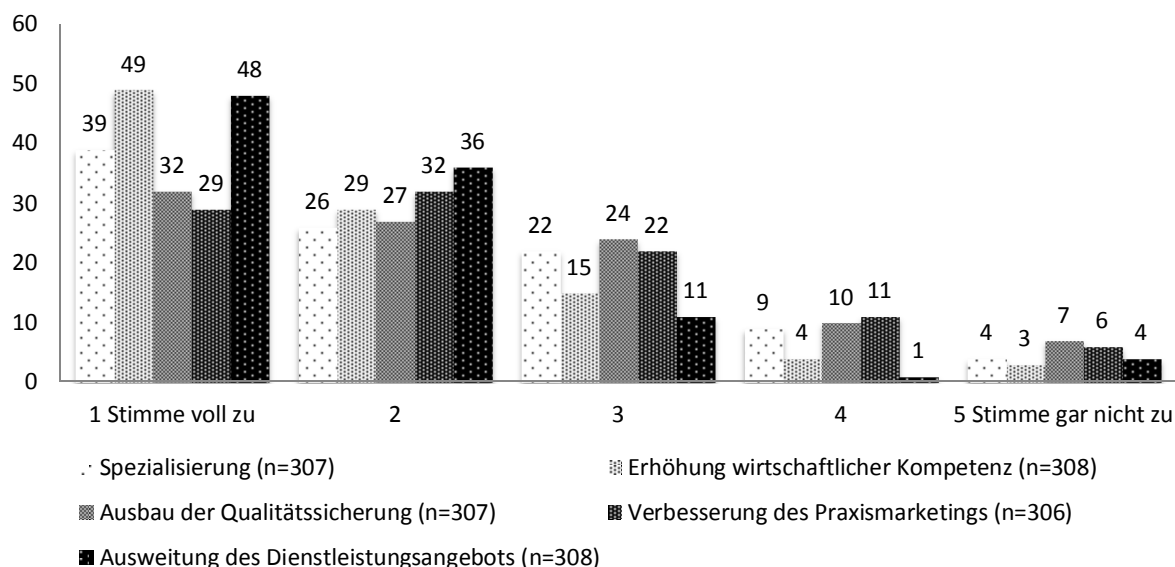
⁸¹ Die prozentuale Differenz zwischen Männern und Frauen verringert sich geringfügig, wenn nur die jeweiligen Personen berücksichtigt werden, die sich eine eindeutige Einschätzung zutrauen. Das Verhältnis beläuft sich dann auf 84% zu 64%.

Neben dem Kenntnisstand über Varianten der beruflichen Zusammenarbeit sind für ihre Praktizierung die an Kooperationen gekoppelten Erwartungen von Ärzten von Belang. Nach Ansicht der interviewten Experten versprechen Kooperationen den Berufsträgern eine umfassendere Einbindung in aktuelle Entwicklungen im Gesundheitswesen, einen intensiveren Informationsaustausch und organisatorische Entlastungen. Weitere Vorteile werden darin gesehen, mit der verschärften Konkurrenz zurecht zu kommen, Ausgaben zu reduzieren⁸², eine strategisch vorteilhaftere Ausrichtung des Praxisbetriebs zu erreichen oder die Verhandlungsposition gegenüber Krankenkassen zu verbessern. Auch wird von den interviewten Experten vermutet, dass Kooperationen bei jüngeren Berufsangehörigen auf mehr Zuspruch stoßen als bei älteren: Für sie spiele die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, die durch Kooperationen eher zu erreichen sei, eine wichtigere Rolle. Zudem hätten sie einen Erfahrungsvorsprung, mit anderen beruflich zu interagieren – sie seien in ihrer Vergangenheit bereits häufiger in Teams tätig gewesen als ältere und daher auch eher mit den Anforderungen der Zusammenarbeit vertraut. Darüber hinaus hätten sie dadurch etwaige Berührungsängste gegenüber Kooperationen eher abbauen können als Kollegen, die sich bereits in fortgeschrittenem Alter befinden.

Abgesehen von den schon genannten Faktoren dürfte für die Kooperationsbereitschaft und das Zustandekommen einer Zusammenarbeit vor allem wesentlich sein, welche Vorteile sich die Berufsträger konkret von einer Kooperation versprechen und welches Gewicht den einzelnen Anreizen aus ihrer Sicht zukommt. Dazu gehört beispielsweise, durch vertiefte Spezialisierung eine berufliche Entlastung zu erwirken, die wirtschaftliche Kompetenz der Praxis auszuweiten, das Praxismarketing zu verbessern, ein breiteres Dienstleistungsangebot bereitzustellen und die Qualitätssicherung in der Leistungserbringung voranzutreiben.

⁸² Dies gelte vor allem für Mediziner, deren technische Ausstattung besonders kostspielig sei – etwa Radiologen oder Internisten.

Abbildung 16: Bedeutung der Kooperationsgründe für Ärzte (Angaben in Prozent; Mehrfachangaben)



Die diesen Kooperationsgründen zukommende Bedeutung in der Ärzteschaft wird durch Angaben der Befragten auf einer 5-Punkte-Skala deutlich, auf der der Wert „1“ eine vollständige Zustimmung ausdrückt und „5“ eine uneingeschränkte Ablehnung wiedergibt. Mit den Angaben „2“, „3“ und „4“ sind Abstufungen zwischen beiden Polen möglich. Die Durchschnittswerte geben Aufschluss darüber, welche Motive für besonders wichtig gehalten werden, welche weniger.

Die befragten Ärzte messen der Ausweitung des Dienstleistungsangebots, der Erhöhung der ökonomischen Kompetenz (jeweils $\bar{x}=1,8$; $\tilde{x}=2$)⁸³ sowie der Spezialisierungsvertiefung ($\bar{x}=2,1$; $\tilde{x}=2$) mehr Bedeutung bei als dem Ausbau der Qualitätssicherung und der Verbesserung des Praxismarketings (beide $\bar{x}=2,3$; $\tilde{x}=2$). Dennoch sind auch die letztgenannten Gründe nicht zu vernachlässigen. Sie werden ebenfalls eher für relevant als unwesentlich gehalten.

⁸³ $\bar{x}$ ist das arithmetische Mittel, $\tilde{x}$ der Median. Das arithmetische Mittel bezeichnet den Mittelwert, der aus der Summe aller Werte und der Werteanzahl gebildet wird. Der Median teilt alle nach Größe sortierten Werte in zwei Hälften. Er ist damit unempfindlicher gegenüber vereinzelt auftretenden Extremwerten.

Tabelle 2: Bedeutung möglicher Gründe für die Kooperationsbildung von Ärzten (Mittelwerte und Streuung)⁸⁴

	$\bar{x}$	$\tilde{x}$	σ	σ^2	n
Ausweitung des Dienstleistungsangebots	1,78	2	0,99	0,97	308
Erhöhung der wirtschaftlichen Kompetenz	1,82	2	1,01	1,02	308
Spezialisierung	2,14	2	1,16	1,34	307
Ausbau der Qualitätssicherung	2,33	2	1,23	1,5	307
Verbesserung des Praxismarketings	2,34	2	1,19	1,41	306

Diese den Gründen für die Bildung von Kooperationen zugeordnete Bedeutung korrespondiert (auf niedrigem Niveau) mit der Anzahl der Mitarbeiter in den betreffenden Einrichtungen. Ist die Mitarbeiterzahl umfangreich, werden die genannten Gründe tendenziell als wichtiger angesehen – unter Umständen, weil mit der Größe der Einrichtung der Reflexionsgrad zu diesem Thema zunimmt. Beim Ausbau der Qualitätssicherung beläuft sich dieser Zusammenhang auf $r_s=0,210$ ($p=0,000$)⁸⁵, bei der Ausweitung des Dienstleistungsangebots auf $r_s=0,168$ ($p=0,003$), bei der Spezialisierung auf $r_s=0,191$ ($p=0,001$), bei der Verbesserung des Praxismarketings auf $r_s=0,185$ ($p=0,001$) und bei der Erhöhung der wirtschaftlichen Kompetenz auf $r_s=0,284$ ($p=0,000$). Die Höherbewertung der ökonomischen Kompetenzverbesserung steht auch geringfügig mit dem Alter der Berufsträger in Verbindung ($r_s=-0,119$; $p=0,040$): Die Bedeutung dieses Aspekts nimmt minimal mit dem Lebensalter der Ärzte ab.

Wie sich das Kooperationsgeschehen im Gesundheitswesen in Zukunft entwickeln wird, lässt sich derzeit allenfalls vermuten. Es spricht allerdings einiges für eine weitere Zunahme der beruflichen Zusammenarbeit, zumal die öffentliche Gesundheitsversorgung angesichts der fortschreitenden demografischen Alterung und schrumpfenden

⁸⁴ σ bzw. σ^2 gibt Auskunft darüber, wie sehr die einzelnen beobachteten Werte vom Mittelwert abweichen, also „streu“.

⁸⁵ Spearman's Rangkorrelationskoeffizient r_s drückt die Stärke der Beziehung zwischen zwei (mindestens ordinalskalierten) Variablen aus und kann Werte zwischen „-1“ und „1“ annehmen. Je näher der Wert an „-1“ liegt, desto stärker ist der negative Zusammenhang, je näher er sich bei „1“ befindet, desto größer ist die positive Beziehung. „0“ bedeutet, dass keine Beziehung zwischen den Variablen vorliegt.

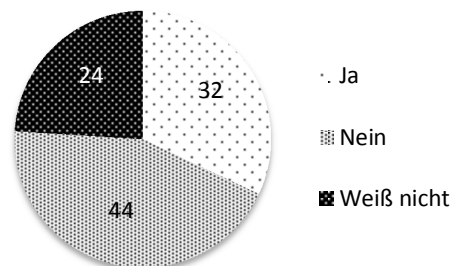
Für die Berechnung des Rangkorrelationskoeffizienten wurden die Einschätzungswerte (1 bis 5) umgepolt, um die Interpretation der Zahlen (und insbesondere des Vorzeichens) für die Leser zu erleichtern. Dies gilt auch für die weiteren Kapitel.

der Potenziale informeller, lebensweltlich organisierter Pflege und Betreuung wohl noch stärker als bisher unter Druck geraten wird. Nach Ansicht der interviewten Experten sind vor allem in ländlichen Regionen Komplikationen zu erwarten: Dort seien in erster Linie ältere Berufsträger tätig, bei denen sich verstärkt die Frage der Nachfolge stelle – auch, weil Jüngere der Aussicht auf eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung auf dem Land eher ablehnend gegenüberstünden. Daraus resultierenden Versorgungsrisiken könne durch die Etablierung von Kooperationen gegengesteuert werden, etwa zwischen Pflegediensten und niedergelassenen Ärzten.

Weitere Indizien für eine Kooperationszunahme sind auf der latenten Ebene zu finden – den Einstellungen und Absichten von Ärzten in Bezug auf künftige Zusammenarbeit – unabhängig davon, ob sie zurzeit Teil einer Kooperation sind oder nicht. Zwar bieten subjektive Einstellungen und Intentionen kein verlässliches Fundament für eine präzise Abschätzung faktisch in Zukunft zum Tragen kommender Kooperationsentwicklungen, doch geben sie Einblick in geplantes Verhalten und Handlungsneigungen und liefern somit wenigstens direkt Hinweise für künftige Trends.

Momentan lehnen 44% der befragten Ärzte die Bildung (weiterer) Kooperationen ab, doch trägt sich ein Drittel mit der Absicht, entweder Teil einer beruflichen Zusammenarbeit zu werden oder bestehende Kooperationen auszuweiten. Ein Viertel bringt Unentschlossenheit zum Ausdruck.

Abbildung 17: Absicht (weiterer) Kooperationen bei Ärzten (n=309; Angaben in Prozent)



Die Absicht, (weitere) Kooperationen einzugehen, korrespondiert dabei – wenngleich nicht stark – mit einer schon bestehenden Teilnahme an einer beruflichen Zusammenarbeit ($V=0,240$; $p=0,000$): 41% der Ärzte, die momentan beruflich willentlich mit

anderen zusammenwirken, intendieren eine Beteiligung an weiteren Kooperationen, bei momentan nicht-kooperierenden Berufsträgern sind es nur 20%. Setzen nun die befragten Ärzte ihr Vorhaben wie angegeben in die Tat um, spräche das dafür, dass Kooperationen in Zukunft – trotz Ausweitung der Zusammenarbeit – nicht deutlich mehr Berufsträger einbeziehen als bisher, sondern sich vornehmlich auf schon kooperierende Ärzte konzentrieren, die allerdings zugleich ihre Zusammenarbeit erweitern. Die Größe der bestehenden Kooperationen müsste dann spürbar zunehmen. Dies entspricht – wie noch zu zeigen sein wird – nicht den derzeitigen Größenverhältnissen beruflicher Zusammenschlüsse von Ärzten.

Besagter Zusammenhang von vorliegender Zusammenarbeit und der Bereitschaft zu (weiteren) Kooperationsbeitritten könnte aus dem Abbau etwaiger Kooperationsvorbehalte durch akkumulierte Erfahrungen mit beruflicher Zusammenarbeit herrühren, der einen Teil denkbarer Kooperationsbarrieren entfallen lässt. Grundsätzlich wäre auch die entgegengesetzte Beziehung denkbar: Negative Erlebnisse in der Zusammenarbeit könnten die Berufsangehörigen davon abhalten, Kooperationen anzustreben, doch scheint dies auf Ärzte kaum zuzutreffen.

Alles in allem deuten die Forschungsergebnisse auf eine Zunahme von ärztlichen Kooperationen hin. Diese Interpretation unterliegt allerdings einigen Einschränkungen: Unklar ist, wie viele Ärzte ihr Bestreben in die Tat umsetzen werden, welcher Anteil der Unentschlossenen sich für eine Zusammenarbeit entscheiden wird und ob bzw. in welchem Umfang Ärzte aus der Gruppe mit ablehnender Kooperationshaltung ihre Meinung noch revidieren werden. Unbekannt ist auch, wie viele momentan kooperierende Berufsträger ihre Zusammenarbeit in Zukunft beenden werden, ohne einer anderen Kooperation beizutreten. (Aufschluss darüber könnten nur auf Dauer angelegte Längsschnittstudien geben).

Die letztgenannte Unklarheit führt zur Frage der Überlebensdauer von Kooperationen. Nach Auskunft der befragten Experten ist sie im Gesundheitswesen von einer beachtlichen Variabilität gekennzeichnet. Nicht minder unterschiedlich seien die Folgen auf Seiten der Berufsträger. Mögliche Gründe für eine Beendigung seien eine

ungleiche Aufgabenbewältigung bei identischer Gewinnbeteiligung, Ungleichgewichte der Investition, Haftungsfragen, voneinander abweichende unternehmerische Strategien, nicht erfüllte Erwartungen oder eine unvorteilhafte Verquickung persönlicher und geschäftlicher Beziehungen. Auch vertraglich ungenaue Regelungen seien von Belang.

Charakteristischerweise seien größere Kooperationen beständiger als kleinere: Diese seien professioneller organisiert, die finanziellen Anreize zur Teilnahme höher. Auch könnten generell – unabhängig von den Ausmaßen eines Zusammenschlusses – Ausstiegskosten aus der Kooperation einer Auflösung entgegenwirken. Komme es dennoch dazu, zögen sich manche Ärzte teils aus Enttäuschung und teils aus einer sich daraus entwickelnden (verallgemeinerten) pessimistischen Haltung gegenüber der beruflichen Zusammenarbeit auf Tätigkeiten in Einzelunternehmen zurück, andere ließen einige Zeit verstreichen und bildeten danach neue Kooperationen. Der zweite Versuch funktioniere oft besser, weil die Betroffenen von ihren Erfahrungen profitierten und eher geneigt seien, Rechtsberatungen in Anspruch zu nehmen. Im Gesundheitswesen sei aber zu beachten, dass Kooperationspartner auf Grund der Zulassungsrestriktionen nicht beliebig ausgetauscht werden könnten.

Kennzeichen kooperierender Ärzte

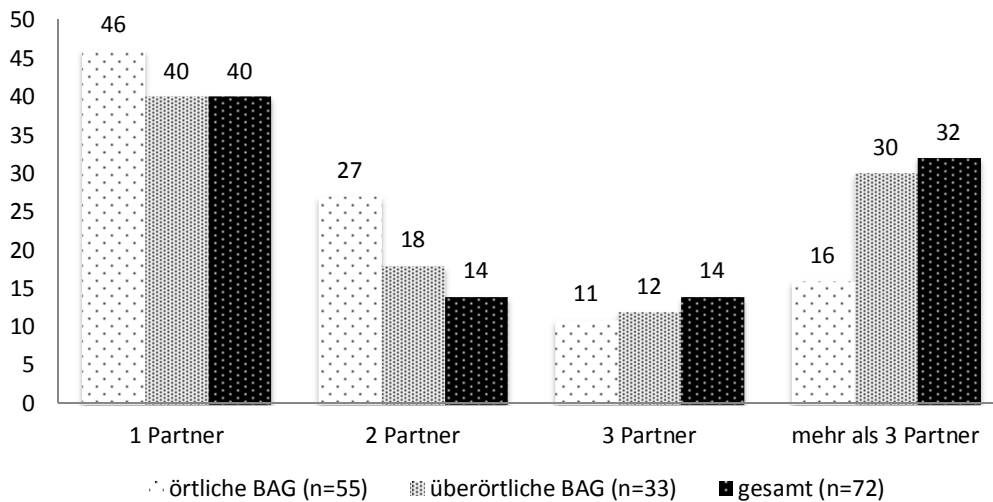
Obwohl sich der Anteil der Einzelpraxen auf einem stabil hohen Niveau von etwa 75% befindet und dies auf den ersten Blick auf keinen Anstieg von (formalen) Kooperationen hindeutet, ist heute schon mehr als die Hälfte der befragten Berufsträger (57%) Teil einer beruflichen Zusammenarbeit. Von diesen kooperierenden Ärzten arbeiten 57% in mehr als nur einem Bereich zusammen (etwa Akquise zuzüglich einem informellen fachlichen Austausch o.ä.), 56% sind an mehr als nur einer Kooperationsvariante beteiligt (etwa gleichzeitige Beteiligung an einer Berufsausübungsgemeinschaft und Integrierter Versorgung)⁸⁶.

⁸⁶ Fehlende Angaben wurden aus den Berechnungen ausgeschlossen.

Mehrere Gründe sind für die scheinbare Diskrepanz zwischen der Zahl der Einzelpraxen und jener der Kooperationsteilnehmer denkbar: Inhaber von Einzelpraxen sind nicht zwingend kooperationslos. Es steht ihnen offen, an informellen Arten der Zusammenarbeit mitzuwirken. Auch können sie Teil einer vertraglich konstituierten Kooperation sein, die nicht vom Gesellschaftsrecht berührt wird (z.B. Integrierte Versorgung). Darüber hinaus besitzen Ärzte die Möglichkeit, zeitgleich eine Einzelpraxis zu betreiben und davon unabhängig Gesellschafterfunktionen in anderen Praxen (bzw. medizinischen Einrichtungen) zu übernehmen. Überdies wird das Verhältnis zwischen Einzelpraxen und an Kooperationen beteiligten Ärzten von charakteristischen Kennzeichen groß angelegter beruflicher Zusammenarbeit beeinflusst:⁸⁷ Eine hohe Mitgliederzahl von Kooperationen in vergleichsweise wenigen Einrichtungen könnte schon bewirken, dass die Menge der kooperierenden Ärzte die Zahl der Einzelpraxen übersteigt. Es muss daher eruiert werden, wie viele Partner üblicherweise an ärztlichen Kooperationen beteiligt sind. Dabei wird deutlich, dass die befragten, an Berufsausübungsgemeinschaften mitwirkenden Berufsträger – und dies kommt nach Ansicht der interviewten Experten dem normativen Gebot der freien Arztwahl durchaus entgegen – eher zur Bildung kleinerer Verbindungen tendieren. Festzustellen ist auch, dass die Zahl der Partner geringfügig mit dem Lebensalter steigt ($r_s=0,151$; $p=0,048$). Häufig verfügen sie nicht über mehr als einen Kooperationspartner (40%). Zwei oder drei sind schon relativ selten (jeweils 14%). Mehr als 3 liegen bei insgesamt 32% vor und finden sich eher in überörtlichen als lokal begrenzten Berufsausübungsgemeinschaften (30% zu 16%).

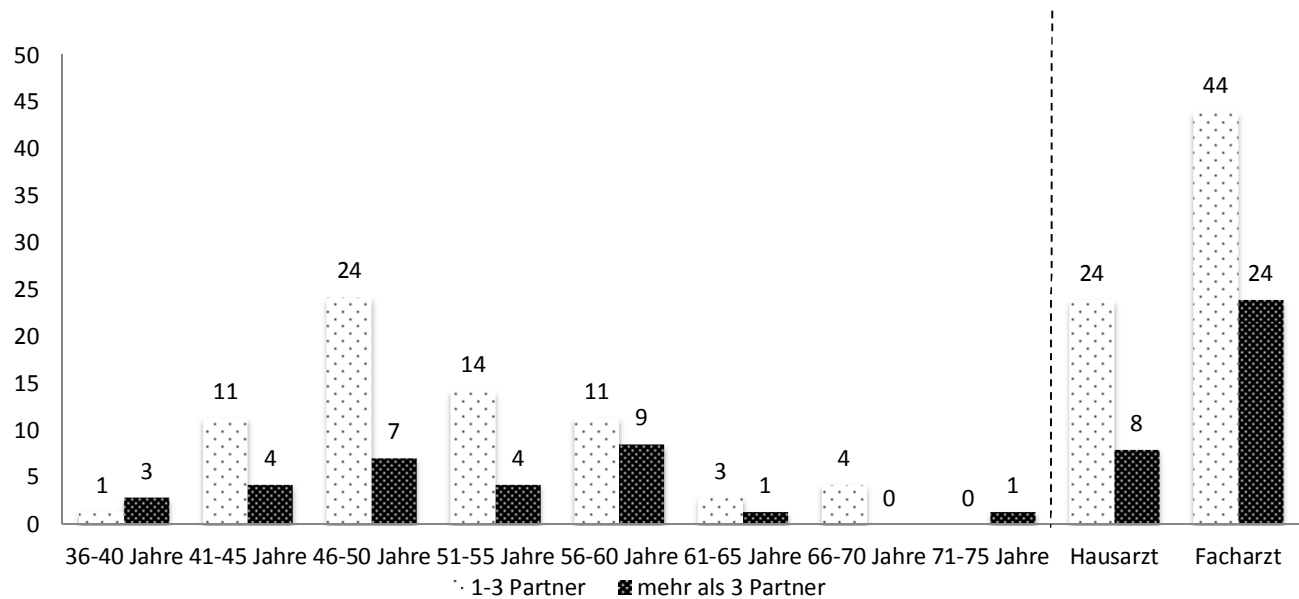
⁸⁷ Möglich ist auch ein Effekt der Studie selbst: Es ist nicht auszuschließen, dass die Titelnennung des Forschungsprojekts kooperierende Ärzte stärker zu einer Teilnahme an der Befragung bewegt hat. Ärzte, die sich in einer beruflichen Zusammenarbeit befinden, wären in diesem Fall überrepräsentiert. Diese Vermutung lässt sich jedoch anhand des vorliegenden Datenmaterials nicht überprüfen.

**Abbildung 18: Anzahl der Kooperationspartner in örtlichen Berufsausübungsgemeinschaften
(Angaben in Prozent; Mehrfachangaben)**



Die Bevorzugung einer geringeren Zahl von Kooperationspartnern gilt mit Ausnahme der Altersgruppe der 36- bis 40jährigen für sämtliche Altersklassen (besonders für 46- bis 50jährige). Sie ist auch unabhängig von der Art der ärztlichen Tätigkeit (Haus- oder Facharzt). Die befragten Experten führen diese allgemein verbreitete Neigung zur Hinzuziehung einer geringen Zahl von Kooperationspartnern in erster Linie auf sich verkomplizierende vertragliche Gestaltungen bei wachsender Mitgliederzahl zurück, die aus ihrer Sicht der Etablierung breit angelegter Zusammenschlüsse im Wege stehen.

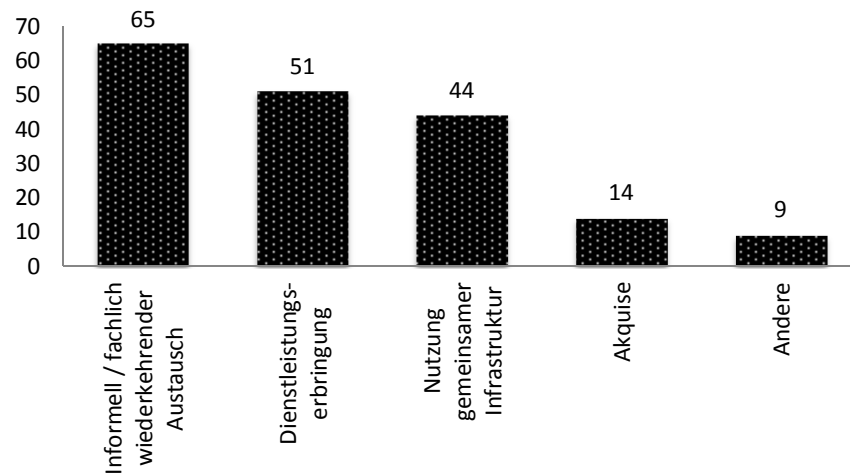
Abbildung 19: Anzahl der Kooperationspartner nach Alter und Tätigkeitsgebiet bei Ärzten (Angaben in Prozent)⁸⁸



Die Kooperationsteilnahme divergiert nach Bereichen, in denen die berufliche Zusammenarbeit stattfindet. Ein Großteil der an Kooperationen mitwirkenden Ärzte (etwa zwei Drittel) betreibt einen informellen fachlichen Austausch, bei dem sie nicht (notwendigerweise) mit gesellschaftsrechtlichen Regelungen in Kontakt geraten. Mehr als die Hälfte (51%) ist in eine berufliche Zusammenarbeit involviert, die der gemeinsamen Dienstleistungserbringung dient. 44% greifen auf gemeinsame Infrastruktur zurück. Nur 14% arbeiten zu Akquisezwecken zusammen. Andere Bereiche (z.B. Übernahme von Operationen, Teilnahme an Qualitätszirkeln) sind mit insgesamt 9% von tendenziell untergeordneter Bedeutung.

⁸⁸ Für das Alter beträgt n=70, für die Art der medizinischen Betätigung n=71.

Abbildung 20: Kooperationsbereiche von Ärzten (n=176; Angaben in Prozent; Mehrfachangaben)⁸⁹



Die Beteiligung an den unterschiedlichen Kooperationsbereichen steht mit verschiedenen Kennzeichen der Berufsträger in Zusammenhang. So spielt das erreichte Alter der Ärzte für die Teilnahme an einer informellen Zusammenarbeit eine gewisse Rolle⁹⁰ ($V=0,301$; $p=0,001$): Mit steigender Zahl von Lebensjahren schrumpft die Neigung, in dieser Form mit anderen zu kooperieren. Ein geringfügiger, aber signifikanter Zusammenhang zeigt sich auch zwischen dem Geschlecht und der Verwendung gemeinsamer Infrastruktur ($V=0,181$; $p=0,018$): Weibliche Berufsangehörige beteiligen sich tendenziell seltener an dieser Art der Zusammenarbeit als Männer. In Bezug auf die Dienstleistungserbringung und die Kooperation zu Akquisezwecken konnten hingegen keine signifikanten Einflüsse identifiziert werden.

Die Kooperationsteilnahme von Ärzten variiert nicht nur nach einzelnen Bereichen, sondern auch nach der Art, in der sie organisiert ist. Die Mehrheit der an beruflichen Kooperationen beteiligten Ärzte (52%) – dies deckt sich mit den Ausführungen der interviewten Experten – ist Teil lokal begrenzter Berufsausübungsgemeinschaften.

⁸⁹ Bei dieser an die Ärzte gestellten Frage waren Mehrfachangaben möglich. Da die Befragten in mehr als nur einem Bereich miteinander kooperieren (können), liegt die Summe der Prozentangaben über der 100%-Marke.

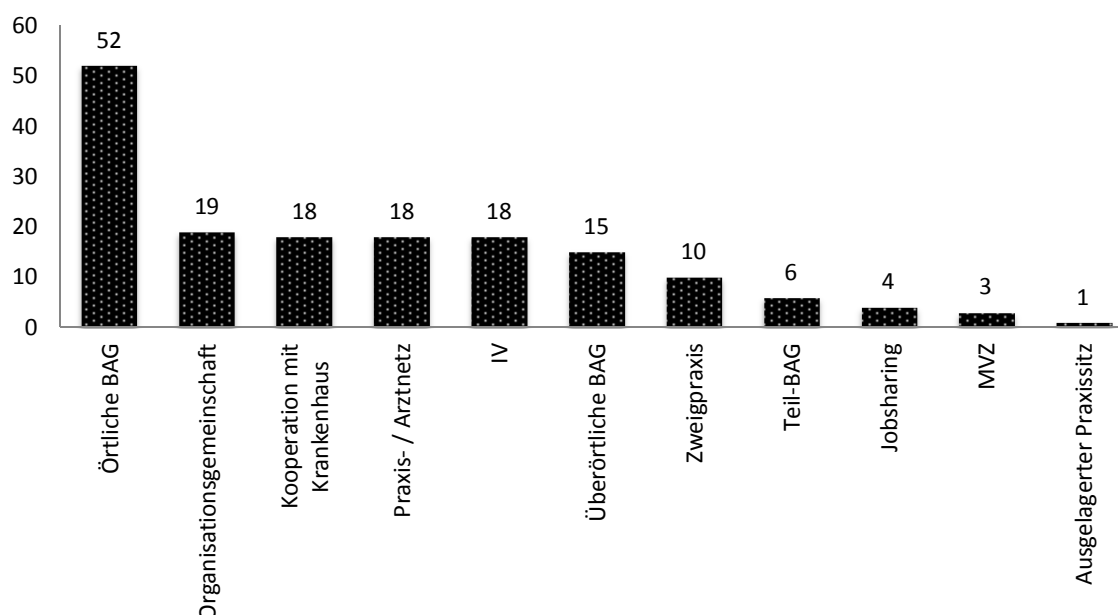
⁹⁰ Geringe Zellenbesetzungen bringen es mit sich, dass das Ausmaß von Zusammenhängen ebenso wie die Signifikanz der Ergebnisse tendenziell überschätzt werden. Aus diesem Grund wurden die Altersangaben der befragten Ärzte zu vier Kategorien zusammengefasst. Das Alter wurde daraufhin mit der Teilnahme an informellen Kooperationen in Beziehung gesetzt.

Andere Kooperationsarten wie Organisationsgemeinschaften, Kooperationen mit Krankenhäusern, die Mitwirkung an Praxis- bzw. Ärztenetzen oder an der Integrierten Versorgung sowie überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften – ihre Anteile reichen 15% bis 19% – sind zwar ebenfalls wesentliche Gestaltungen beruflicher Zusammenarbeit im Gesundheitswesen, kommen aber deutlich seltener zum Tragen. Zweigpraxen (10%), die Teilnahme an Teilberufsausübungsgemeinschaften (6%), am Jobsharing (4%), Tätigkeiten in Medizinischen Versorgungszentren (3%) und ausgelagerte Praxissitze (1%) fallen hingegen kaum ins Gewicht.

Die an der Studie mitwirkenden Experten vertreten die Auffassung, dass die Bedeutung von überörtlichen, interdisziplinär ausgerichteten Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren sowie Ärztehäusern in Zukunft zunehmen wird. Ähnliches erwarten sie für die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern. Wenig relevant werden Teilberufsausübungsgemeinschaften und das Jobsharing gesehen. Bei Teilberufsausübungsgemeinschaften sei die Abrechnung (zu) kompliziert, um große Anziehungskraft ausüben zu können. Beim Jobsharing müssten sich Ärzte eine Zulassung teilen. Eine Ausweitung des Dienstleistungsangebots, die ein mögliches Kooperationsmotiv bilde, lasse sich unter dieser Voraussetzung kaum verwirklichen.

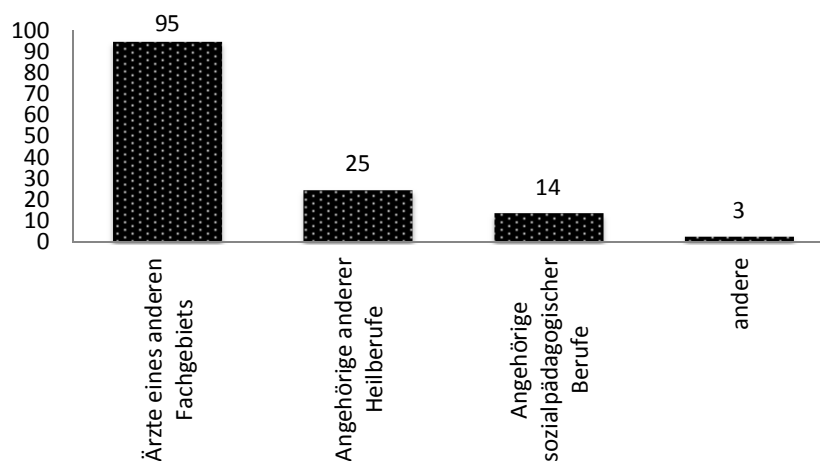
Dominante Rechtsformen seien zurzeit – soweit notwendig – Gesellschaften bürgerlichen Rechts und Partnerschaftsgesellschaften. Bei breiter angelegten Kooperationen (etwa Praxisnetzen) empfahlen sich nach Ansicht der Experten auch Genossenschaften.

Abbildung 21: Nutzung von Kooperationsmöglichkeiten bei Ärzten (n=176; Angaben in Prozent; Mehrfachangaben)



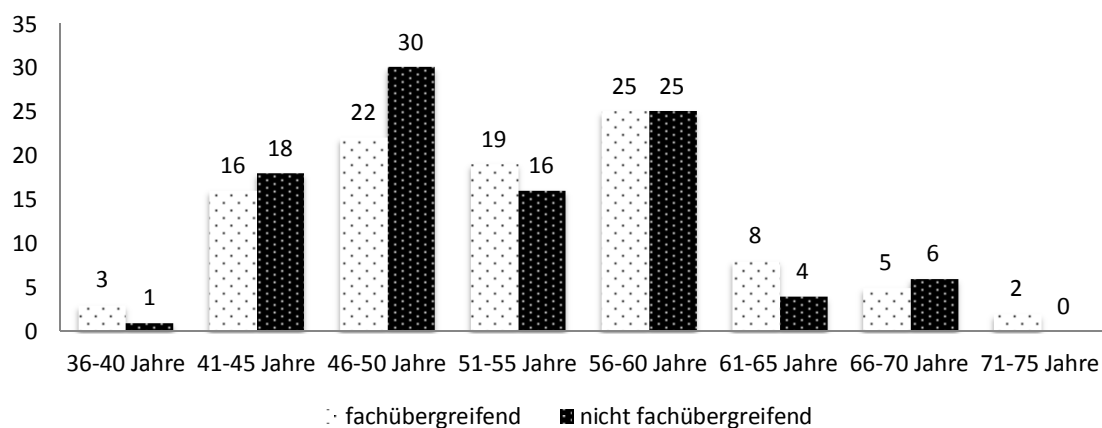
Empirisch ist darüber hinaus festzustellen, dass sich eine Vielzahl von Kooperationen nicht auf Berufsträger desselben Fachgebiets beschränkt, sondern fachübergreifenden Charakter annimmt (47%). Die Zusammenarbeit findet dann überwiegend mit Ärzten aus anderen Fachbereichen statt (95%). 25% unterhalten Arbeitsbeziehungen zu Angehörigen anderer Heilberufe, 14% zu Sozialpädagogen. Die Zusammenarbeit mit anderen als den genannten Gruppen ist mit 3% gering ausgeprägt.

Abbildung 22: Teilnehmende an fachübergreifenden Kooperationen bei Ärzten (n=65; Angaben in Prozent; Mehrfachangaben)



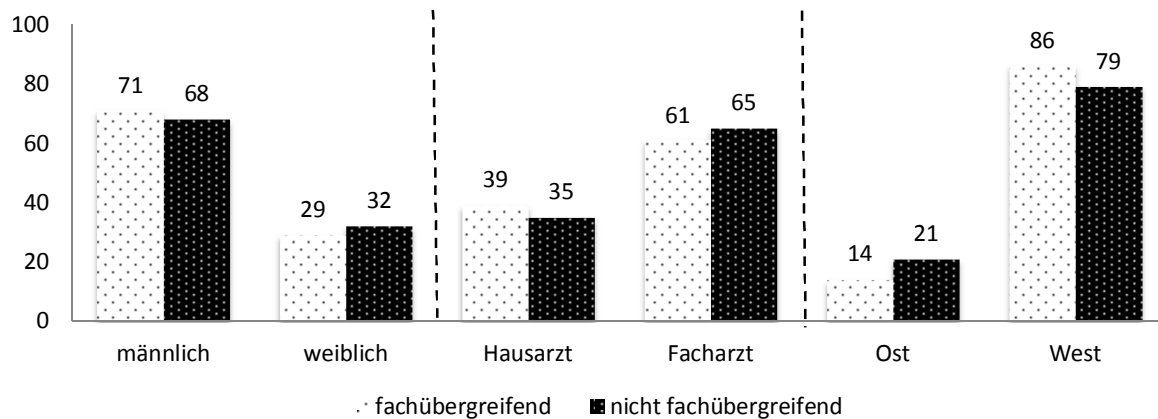
Einige Besonderheiten in Bezug auf die Verwendung (nicht-) fachübergreifender Formen der Zusammenarbeit lassen sich in Verbindung mit dem Alter der Ärzte erkennen. Sowohl fachübergreifende als auch nicht-fachübergreifende Kooperationen werden eher von den mittleren Altersklassen (40 bis 60 Jahre) genutzt, bei den 46- bis 50jährigen mit einem gewissen Übergewicht der nicht-fachübergreifenden Variante. Bei beiden Arten des beruflichen Zusammenwirkens sind ältere und jüngere Berufsangehörige eher selten vertreten, Personen in den mittleren Altersklassen häufiger.

Abbildung 23: Teilnahme an (nicht-) fachübergreifenden Kooperationen nach Alter bei Ärzten (n=134; Angaben in Prozent)



Das Geschlecht und die Art der ärztlichen Tätigkeit (Haus- oder Facharzt) spielen für die Teilnahme an (nicht-) fachübergreifenden Kooperationen keine nennenswerte Rolle. Allerdings werden in Westdeutschland fachübergreifende Formen der beruflichen Zusammenarbeit von den befragten Ärzten etwas häufiger praktiziert als in Ostdeutschland. Vice versa gestaltet sich die Sachlage bei nicht-fachübergreifenden Kooperationen.

Abbildung 24: Teilnahme an (nicht-) fachübergreifenden Kooperationen nach Geschlecht, Tätigkeitsgebiet und Region bei Ärzten (Angaben in Prozent)⁹¹



Wesentlich für die Beständigkeit von und Zufriedenheit mit eingegangenen Kooperationen ist die Erfüllung der an sie gerichteten Erwartungen. Zu ihnen gehören eine erhoffte Verbesserung der Ertragssituation, eine Verbeerterung der Kapitalbasis, Lastenverteilungsvorteile, Kosteneinsparungen, die Möglichkeit weiterer Spezialisierung, die Vermeidung von Arbeitslosigkeit, organisatorische Erleichterungen, die Möglichkeit zur Beschäftigung Angestellter und zur Teilzeitbeschäftigung, eine höhere zeitliche Flexibilität, die Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit, ein verbesserter kollegialer Austausch, eine effizientere Aufgabenverteilung und allgemein eine bessere Zukunftssicherung.

Die befragten Ärzte hatten in diesem Zusammenhang die Möglichkeit anzugeben, welche dieser Ziele voll und ganz, teilweise oder gar nicht realisiert werden konnten bzw. ob die einzelnen Aspekte für sie überhaupt ein Kooperationsziel darstellten. Werden nun auf den einzelnen Gebieten lediglich diejenigen berücksichtigt, für die der jeweilige Aspekt von Belang war und wird der Umsetzungsgrad numerisch dargestellt, lässt sich ein genaueres und vergleichbares Bild über in Erfüllung gegangene Kooperationserwartungen gewinnen. Der Wert „1“ ist dabei positiv, „3“ negativ zu interpretieren. „2“ ist gewissermaßen neutral.

⁹¹ Für das Geschlecht n=134, für das Tätigkeitsgebiet n=138 und für die Region n=129.

Eine Inspektion der Mittelwerte zeigt, dass einige Vorzüge wie organisatorische Vorteile ($\bar{x}=1,6$; $\tilde{x}=1$) oder ein besserer kollegialer Austausch ($\bar{x}=1,4$; $\tilde{x}=1$) eher eingetreten sind als andere (z.B. die Erreichung einer breiteren Kapitalbasis ($\bar{x}=2,1$; $\tilde{x}=2$) oder die Möglichkeit zur Beschäftigung Angestellter ($\bar{x}=2$; $\tilde{x}=2$)). Aber auch andere Ziele konnten häufig verwirklicht werden, darunter die Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit, die Zukunftssicherung (beide $\bar{x}=1,6$; $\tilde{x}=2$), die Möglichkeit zur Teilzeitbeschäftigung, die breitere Lasten- und effizientere Aufgabenverteilung (jeweils $\bar{x}=1,7$; $\tilde{x}=2$) ebenso wie die Erreichung höherer zeitlicher Flexibilität und die Möglichkeit zur weiteren Spezialisierung (beide $\bar{x}=1,8$; $\tilde{x}=2$). Weniger vorteilhaft wurden die Ertragssituation, Kostensenkungseffekte und die Vermeidung von Arbeitslosigkeit bewertet (jeweils $\bar{x}=1,9$; $\tilde{x}=2$).

Tabelle 3: Erfüllte Kooperationserwartungen von Ärzten (Mittelwerte und Streuung)

	$\bar{x}$	$\tilde{x}$	σ	σ^2	n
Besserer kollegialer Austausch	1,41	1	0,52	0,27	130
Organisatorische Vorteile	1,55	1	0,63	0,4	121
Bessere Zukunftssicherung	1,63	2	0,59	0,35	125
Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit	1,64	2	0,61	0,37	116
Möglichkeit der Teilzeitbeschäftigung	1,69	2	0,69	0,48	55
Lastenverteilung	1,72	2	0,67	0,45	117
Effizientere Aufgabenverteilung	1,73	2	0,62	0,38	122
Höhere zeitliche Flexibilität	1,75	2	0,69	0,48	106
Möglichkeit weiterer Spezialisierung	1,77	2	0,62	0,39	96
Kosteneinsparungen	1,87	2	0,65	0,42	120
Vermeidung von Arbeitslosigkeit	1,87	2	0,78	0,6	38
Bessere Ertragssituation	1,87	2	0,6	0,36	126
Möglichkeit zur Beschäftigung Angestellter	2	2	0,75	0,56	42
Breitere Kapitalbasis	2,05	2	0,72	0,51	104

Anzumerken ist auch, dass mehrere Aspekte bei den befragten Ärzten häufig kein Kooperationsziel darstellten, so die Lastenverteilung und die Möglichkeit zur Beschäftigung Angestellter und die Option der Teilzeitbeschäftigung.

Eine grafische Veranschaulichung der Ergebnisse liefern nachstehende Abbildungen.

Abbildung 25: Erfüllte Kooperationserwartungen bei Ärzten I (Angaben in Prozent)

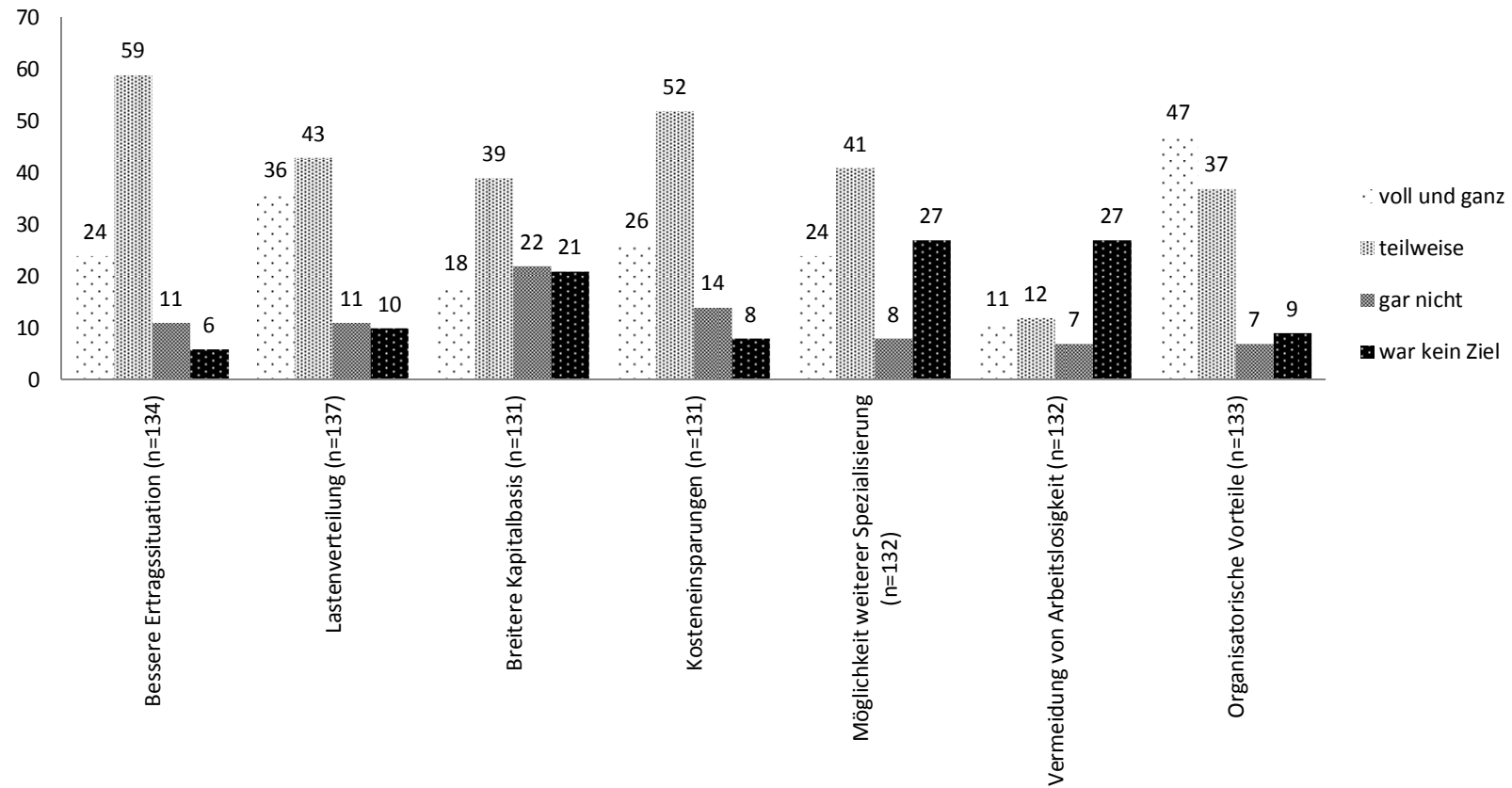
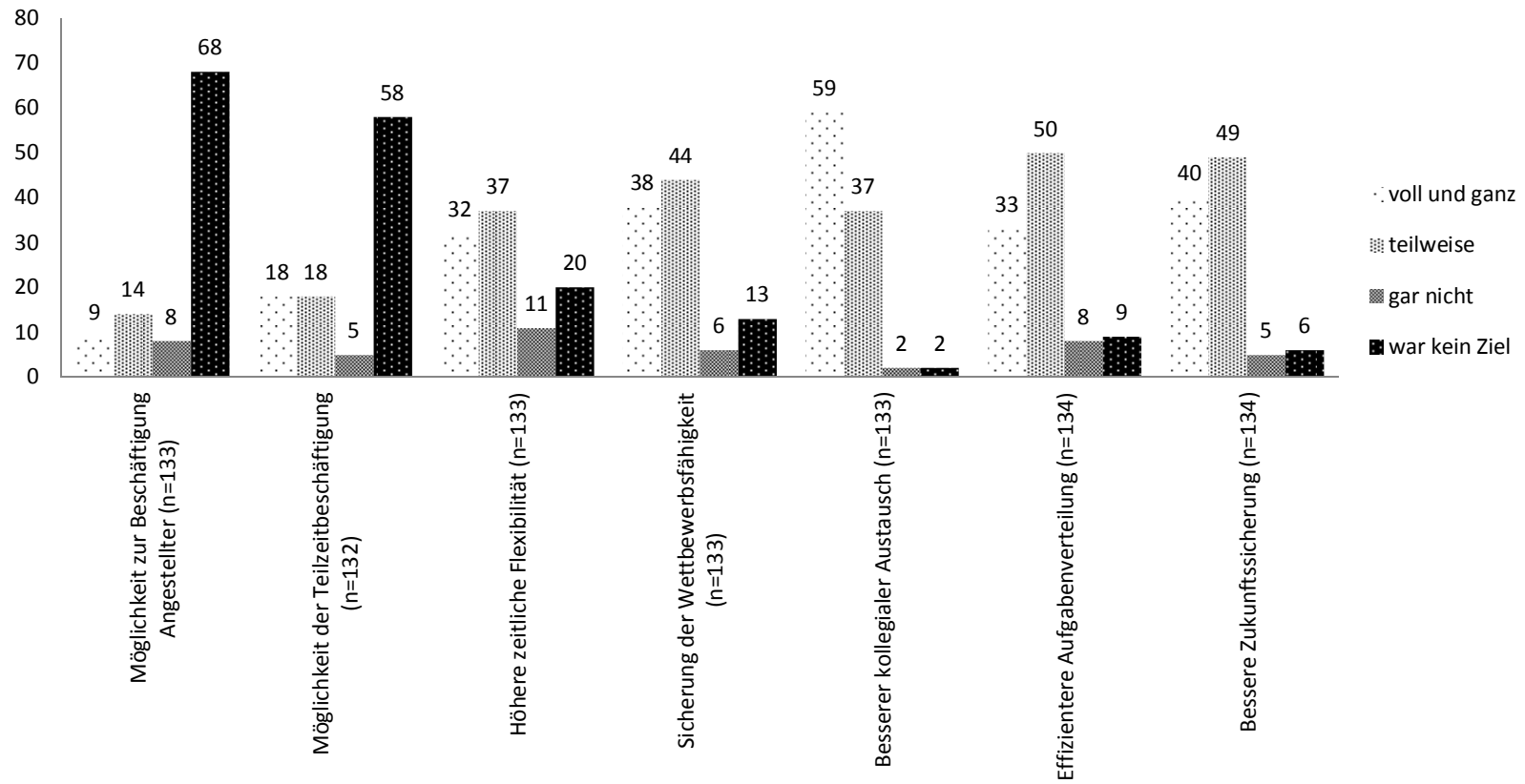
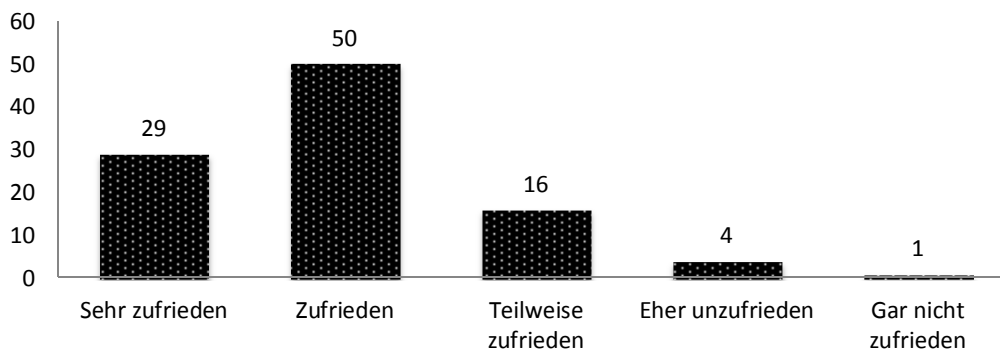


Abbildung 26: Erfüllte Kooperationserwartungen bei Ärzten II (Angaben in Prozent)



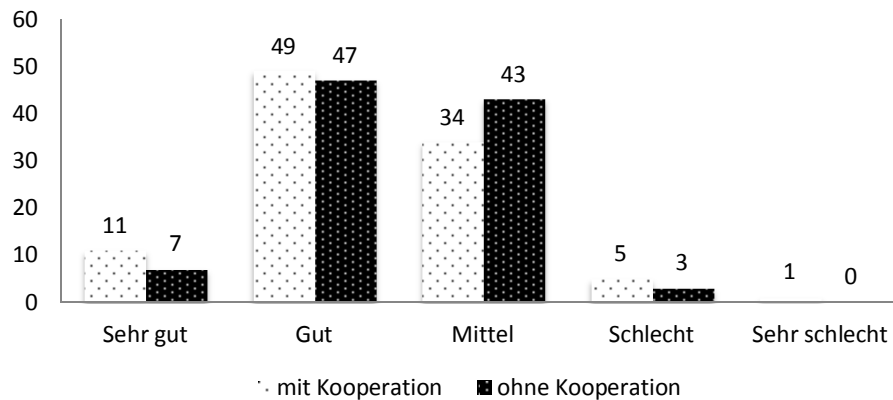
Ein Großteil der von Ärzten an ihre Kooperationen geknüpften Erwartungen hat sich für sie also erfüllt. Es ist daher auch nicht überraschend, dass fast vier von fünf kooperierenden Ärzten ihre berufliche Zusammenarbeit als zufriedenstellend empfinden. Negativ äußerten sich lediglich 5%. Mit diesem insgesamt positiven Resümee ist ein wesentliches Kriterium für die Beständigkeit, möglicherweise auch Ausdehnung der Zusammenarbeit erfüllt.

Abbildung 27: Zufriedenheit mit Kooperation bei Ärzten (n=138; Angaben in Prozent)



Von zentralem Interesse ist darüber hinaus, wie die befragten Ärzte in Abhängigkeit davon, ob sie aktuell Teil einer Kooperation sind oder nicht, ihre persönliche und wirtschaftliche Lage im Vergleich zu Kollegen beurteilen, die im selben Fachgebiet wie sie tätig sind. In Anbetracht verschiedener möglicher Kooperationsziele (Freizeitgewinn, wirtschaftliche Erleichterungen usw.) wäre in diesem Zusammenhang anzunehmen, dass die Situation von in Formen der Zusammenarbeit eingebundenen Berufsträgern positiver eingeschätzt wird. Tatsächlich lassen sich jedoch keine nennenswerten Unterschiede belegen (beide $\bar{x} = 2,4$; $\tilde{x} = 2$).

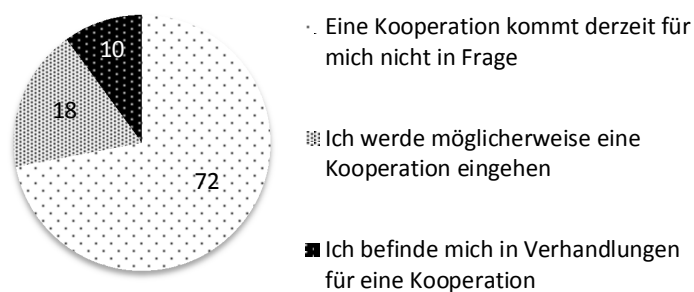
Abbildung 28: Beurteilung der persönlichen und wirtschaftlichen Lage bei Ärzten (n=303; Angaben in Prozent)



Kennzeichen nicht-kooperierender Ärzte

Ein nicht zu vernachlässigender Anteil der befragten Ärzte (43%) ist derzeit in keine Form der beruflichen Zusammenarbeit eingebunden. Von diesen sich einer Kooperation enthaltenden Berufsträgern streben 72% in absehbarer Zukunft keinen Kooperationseintritt an, fast ein Fünftel (18%) schließt diese Option allerdings nicht aus. Jeder Zehnte besitzt dazu bereits konkrete Pläne und befindet sich in entsprechenden Verhandlungen für die Bildung einer beruflichen Kooperation.

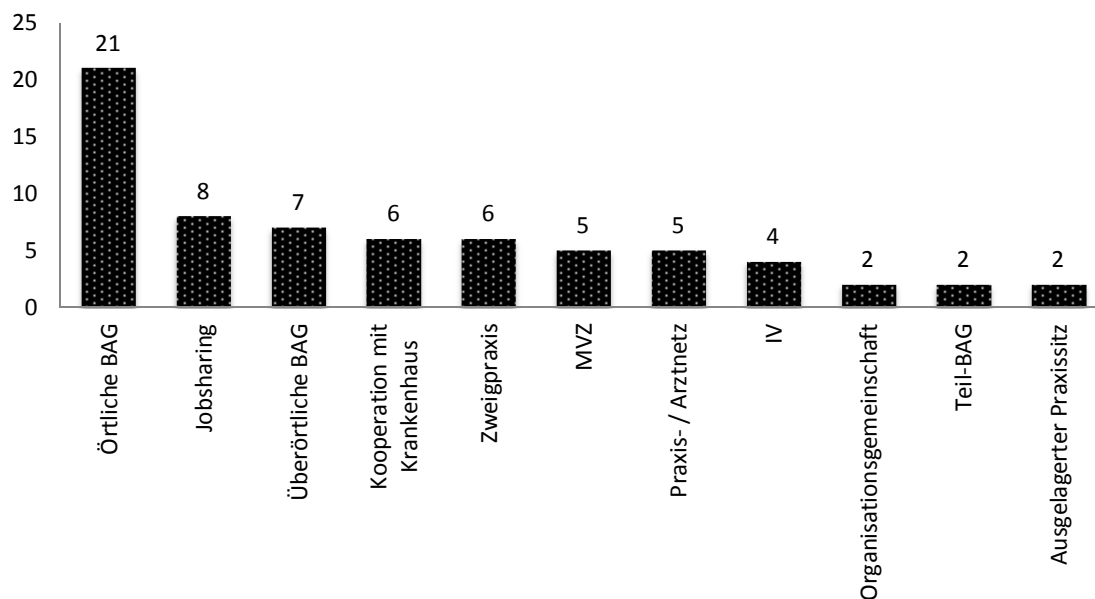
Abbildung 29: Kooperationsbestrebung bei Ärzten (n=78; Angaben in Prozent)



Für Ärzte, die aktuell nicht mit anderen beruflich zusammenarbeiten, erweisen sich die verschiedenen Möglichkeiten der Kooperation unterschiedlich attraktiv. Im Vordergrund stehen bei ihnen örtliche Berufsausübungsgemeinschaften (21%), es folgen das Jobsharing, nicht lokal begrenzte Berufsausübungsgemeinschaften, Kooperationen mit Krankenhäusern, Zweigpraxen, die Arbeit in Medizinischen Versorgungszentren

tren oder in Praxis- bzw. Ärztenetzen (zwischen 5% und 8%). Weniger Anziehungskraft üben die Integrierte Versorgung (4%), Organisationsgemeinschaften, Teilberufsausübungsgemeinschaften und ausgelagerte Praxissitze aus (jeweils 2%). Die Prioritäten sind demnach anders verteilt als bei schon kooperierenden Ärzten. Bei ihnen erfahren Organisationsgemeinschaften wesentlich mehr, das Jobsharing deutlich weniger Beachtung.

Abbildung 30: Potenzielle Kooperationen bei Ärzten (n=132; Angaben in Prozent; Mehrfachangaben)



Einschätzungen aktueller Entwicklungen im Gesundheitswesen von Ärzten

Wie schon an anderer Stelle ausgeführt wurde, setzten die Gesundheitsreformen und berufsrechtlichen Veränderungen der letzten Jahre die Bedingungen der ärztlichen Berufsausübung massiv in Bewegung. Die Folgen für die Leistungserbringung und Gesundheitsversorgung können dabei weitreichend sein. Die befragten Ärzte wurden daher gebeten, ihren Eindruck über diesen Wandel sowie seine Teilaspekte mitzuteilen. Hierfür wurden ihnen mehrere Aussagen vorgelegt, denen sie auf einer 5-stufigen Skala zustimmen oder sie ablehnen konnten, wobei „1“ eine volle Zustimmung, „5“ eine vorbehaltlose Ablehnung zum Ausdruck bringt. Einige der vorgelegten Aussagen werden eher verneint als andere, darunter „in Eigeneinrichtungen zu arbei-

ten ist für Ärzte attraktiver als niedergelassen tätig zu sein" ($\bar{x}=3,6$; $\tilde{x}=4$), „die erleichterte Gründung von Zweigpraxen gefährdet die Versorgung am Vertragsarztsitz" ($\bar{x}=3,5$; $\tilde{x}=4$) oder „die Aufhebung der Residenzpflicht verschlechtert die ambulante Versorgung durch Vertragsärzte" ($\bar{x}=3,5$; $\tilde{x}=4$). Bezweifelt wird auch, dass es das Versorgungsstrukturgesetz erlaubt, flexibel auf regionale Bedarfe zu reagieren ($\bar{x}=3,1$; $\tilde{x}=3$), dass die Delegation ärztlicher Leistungen Mediziner von bürokratischen Aufgaben entlastet ($\bar{x}=3,3$; $\tilde{x}=3$), dass Ermächtigungen von Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen dabei helfen, die ambulante Versorgung zu gewährleisten ($\bar{x}=3,2$; $\tilde{x}=3$), dass Selektivverträge die Position von Vertragsärzten gegenüber Krankenkassen verbessern ($\bar{x}=3,4$; $\tilde{x}=3$), dass die Förderung der hausarztzentrierten Versorgung die Lotsenfunktion von Hausärzten verbessert und dass die limitierte Möglichkeit der Praxisverlegung die ambulante Versorgung vor Ort begünstigt (beide $\bar{x}=2,9$; $\tilde{x}=3$). Andere Aussagen werden hingegen tendenziell bejaht: „Befristete Zulassungen bringen Ärzte zusätzlich unter Druck" ($\bar{x}=1,9$; $\tilde{x}=2$), „die Ermächtigung (von Krankenhäusern und anderen Einrichtungen) verstärkt die Konkurrenz niedergelassener Ärzte" ($\bar{x}=1,9$; $\tilde{x}=1$) und „regionale Unterschiede in der Vergütung sollen abgebaut werden" ($\bar{x}=1,9$; $\tilde{x}=1$). Die befragten Ärzte sind auch eher geneigt anzunehmen, dass die ambulante spezialfachärztliche Versorgung die Diagnostik und Behandlung komplexer Erkrankungen verbessert ($\bar{x}=2,2$; $\tilde{x}=3$), dass Zweigpraxen es Ärzten ermöglichen, die medizinische Versorgung weiträumig sicherzustellen und dass die Förderung von Praxisnetzen dem Erfahrungsaustausch von Berufsträgern dienlich ist (beide $\bar{x}=2,3$; $\tilde{x}=3$).

Abbildung 31: Bewertung aktueller Entwicklungen im Gesundheitswesen (Angaben in Prozent)

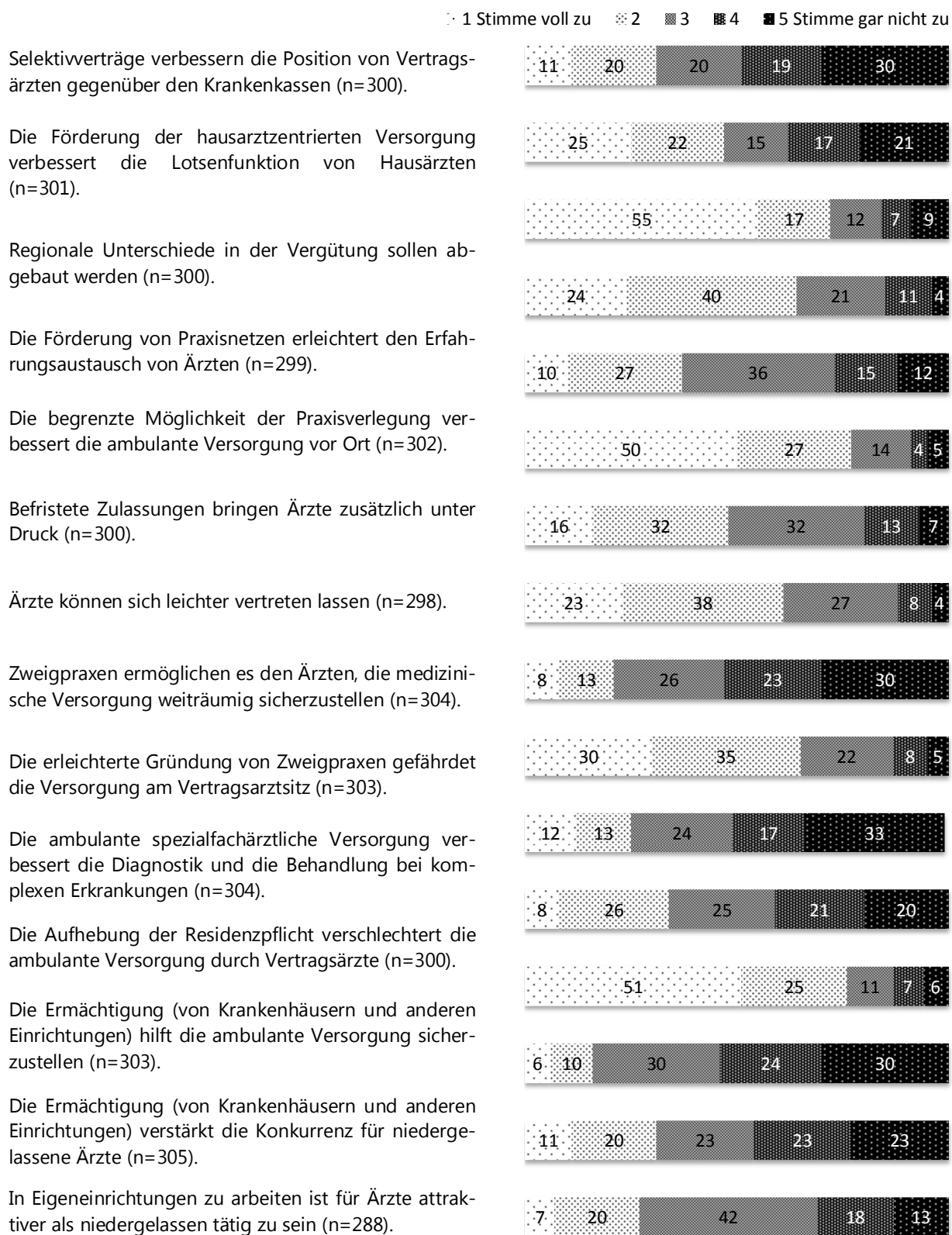


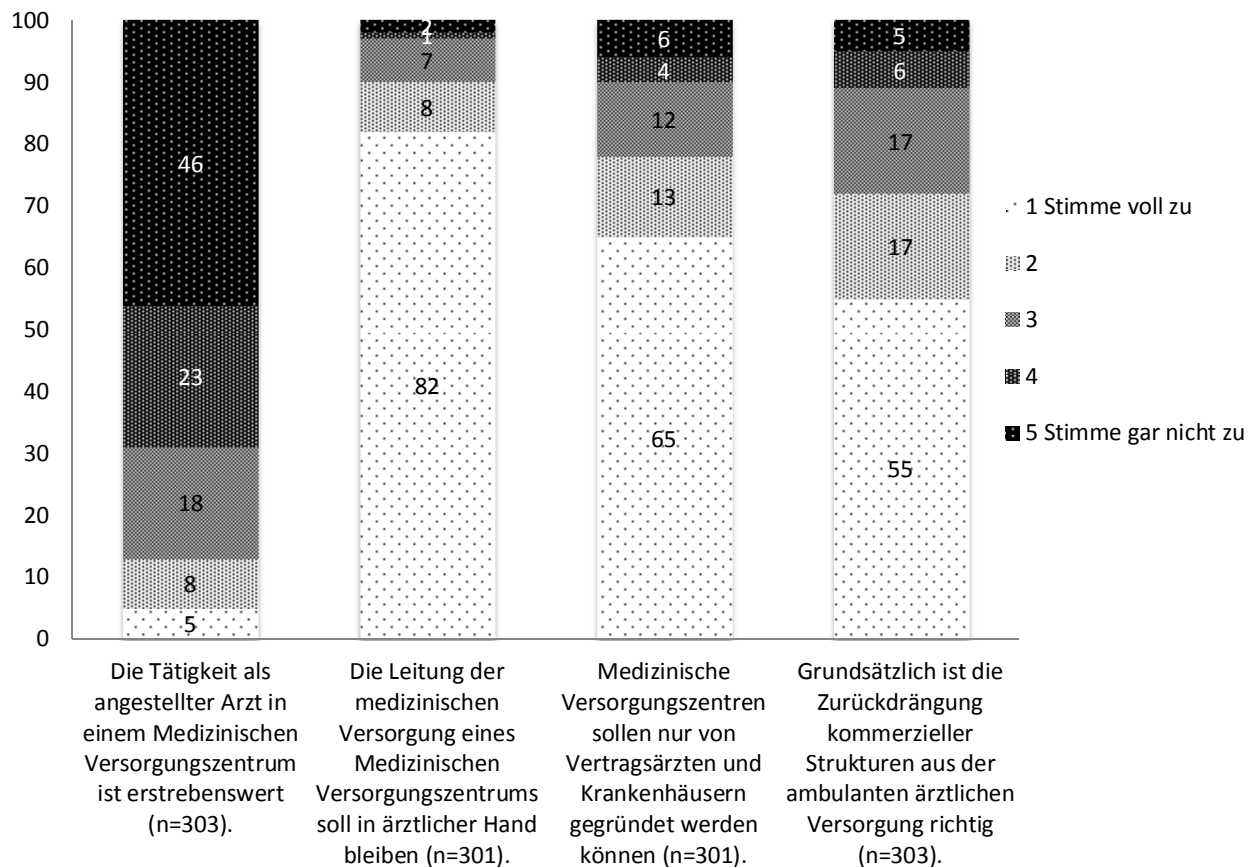
Tabelle 4: Bewertung aktueller Entwicklungen im Gesundheitswesen (Mittelwerte und Streuung)

	$\bar{x}$	$\tilde{x}$	σ	σ^2	n
Befristete Zulassungen bringen Ärzte zusätzlich unter Druck	1,88	2	1,12	1,25	300
Die Ermächtigung (von Krankenhäusern und anderen Einrichtungen) verstärkt die Konkurrenz für niedergelassene Ärzte	1,92	1	1,93	1,42	305
Regionale Unterschiede in der Vergütung sollen abgebaut werden	1,98	1	1,33	1,77	300
Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung verbessert die Diagnostik und die Behandlung bei komplexen Erkrankungen	2,21	2	1,1	1,21	304
Zweigpraxen ermöglichen es Ärzten, die medizinische Versorgung weiträumig sicherzustellen	2,31	2	1,04	1,07	304
Die Förderung von Praxisnetzen erleichtert den Erfahrungsaustausch von Ärzten	2,32	2	1,1	1,2	299
Ärzte können sich leichter vertreten lassen	2,64	3	1,13	1,28	298
Die Förderung der hausarztzentrierten Versorgung verbessert die Lotsenfunktion von Hausärzten	2,87	3	1,5	2,24	301
Die begrenzte Möglichkeit der Praxisverlegung verbessert die ambulante Versorgung vor Ort	2,92	3	1,14	1,3	302
Das Versorgungsstrukturgesetz erlaubt es, flexibel auf regionale Bedarfe zu reagieren	3,11	3	1,09	1,18	298
Die Ermächtigung (von Krankenhäusern und anderen Einrichtungen) hilft die ambulante Versorgung sicherzustellen	3,19	3	1,25	1,55	303
Die Delegation ärztlicher Leistungen entlastet Ärzte von bürokratischen Aufgaben	3,26	3	1,31	1,72	302
Selektivverträge verbessern die Position von Vertragsärzten gegenüber den Krankenkassen	3,37	3	1,38	1,9	300
Die Aufhebung der Residenzpflicht verschlechtert die ambulante Versorgung durch Vertragsärzte	3,46	4	1,39	1,92	300
Die erleichterte Gründung von Zweigpraxen gefährdet die Versorgung am Vertragsarztsitz	3,5	4	1,27	1,6	303
In Eigeneinrichtungen zu arbeiten ist für Ärzte attraktiver als niedergelassen tätig zu sein	3,63	4	1,17	1,37	288

Neben dem von Gesundheitsreformen und berufsrechtlichen Verschiebungen hervorgerufenen Wandel verändert der Anstieg der Zahl von Medizinischen Versorgungszentren die deutsche Versorgungslandschaft. Auch bezüglich der Rolle und Organisation dieser Einrichtungen wurden die Ärzte daher zu ihrer Meinung befragt. Die teilnehmenden Berufsträger vertreten dabei vorwiegend die Auffassung, dass die Leitung von Medizinischen Versorgungszentren in ärztlicher Hand bleiben ($\bar{x}=1,3$; $\tilde{x}=1$)

und ihre Gründung Vertragsärzten oder Krankenhäusern⁹² vorbehalten sein soll ($\bar{x}=1,7$; $\tilde{x}=1$). Sie sind meist auch davon überzeugt, dass die Zurückdrängung kommerzieller Strukturen aus der ambulanten Versorgung zu befürworten ist ($\bar{x}=1,9$; $\tilde{x}=1$). Die Option, sich in Medizinischen Versorgungszentren anstellen zu lassen, übt aber kaum Anziehungskraft auf die befragten Berufsträger aus ($\bar{x}=4$; $\tilde{x}=4$).

Abbildung 32: Einschätzungen zur Änderungen von Regelungen im MVZ (Angaben in Prozent)



⁹² Nach Ansicht der interviewten Experten liegen die offiziellen Vorteile von Medizinischen Versorgungszentren zwar in der Sicherstellung der fachübergreifenden Versorgung und der Möglichkeit von Ärzten, Praxisinvestitionen nicht selbst tätigen zu müssen. Inoffiziell handle es sich um einen Versuch der Krankenhäuser, weiter in den ambulanten Sektor einzudringen.

Tabelle 5: Einschätzungen zur Änderung von Regelungen im MVZ (Mittelwerte und Streuung)

	$\bar{x}$	$\tilde{x}$	σ	σ^2	n
Die Leitung der medizinischen Versorgung eines Medizinischen Versorgungszentrums soll in ärztlicher Hand bleiben	1,33	1	0,8	0,63	301
Medizinische Versorgungszentren sollen nur von Vertragsärzten und Krankenhäusern gegründet werden können	1,72	1	1,18	1,4	301
Grundsätzlich ist die Zurückdrängung kommerzieller Strukturen aus der ambulanten ärztlichen Versorgung richtig	1,91	1	1,2	1,44	303
Die Tätigkeit als angestellter Arzt in einem Medizinischen Versorgungszentrum ist erstrebenswert	3,97	4	1,19	1,42	303

Die befragten Ärzte legen also besonderen Wert darauf, berufsfremde Einflüsse in Medizinischen Versorgungszentren durch die Sicherstellung der ärztlichen Gründung und Leitung solcher Einrichtungen bzw. allgemein durch die Zurückdrängung kommerzieller Strukturen auszuschließen und auf diese Weise ihre berufliche Autonomie aufrechtzuerhalten. In dieselbe Richtung weist die tendenzielle Ablehnung, sich in Medizinischen Versorgungszentren anstellen zu lassen: Auch hierhin kommt eine Betonung der ärztlichen Eigenständigkeit in der Berufsausübung zum Ausdruck.

Kooperationen bei Rechtsanwälten

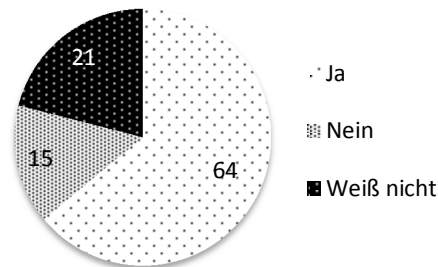
Die weiteren Ausführungen befassen sich – wie zuvor bei niedergelassenen Ärzten – mit den im Rahmen der vorliegenden Studie zutage geförderten Erkenntnissen zum Wissensstand und den Einstellungen von Rechtsanwälten über zur Verfügung stehende Kooperationsmöglichkeiten, darüber hinaus mit ergänzenden Einschätzungen der interviewten Experten zu diesem Thema. Behandelt werden zudem Erfahrungen der Berufsträger mit und Kennzeichen von in Anspruch genommenen Varianten der beruflichen Zusammenarbeit sowie Meinungen und Handlungsabsichten nicht-kooperierender Rechtsanwälte zur Nutzung der beruflichen Kooperation.

Allgemeine kooperationsrelevante Kenntnisse und Einstellungen von Rechtsanwälten

Schilderungen der befragten Experten zufolge ist unter Rechtsanwälten seit längerer Zeit ein erhöhter Bedarf an beruflicher Zusammenarbeit zu beobachten. Zur Beibehaltung der sachgerechten Leistungserbringung seien die Berufsträger immer häufiger auf inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit angewiesen. Auch könne festgestellt werden, dass sich Kooperationswünsche von Rechtsanwälten in breiterem Rahmen bewegten, als es rechtlich momentan zulässig sei. So dürften etwa auf Grund der Verschwiegenheitspflicht nicht ohne weiteres Angehörige anderer Berufsgruppen zur Auftrags erledigung hinzugezogen werden. Andererseits sei zu beachten, dass sich Kooperationsbeschränkungen in erster Linie auf gesellschaftsrechtliche Zusammenschlüsse bezögen. Unterhalb dieser Ebene seien der Zusammenarbeit vergleichsweise wenig Grenzen gesetzt, solange die berufsrechtlichen Gebote (z.B. Vertraulichkeit) eingehalten würden. (Derartige Anforderungen ließen sich beispielsweise dadurch erfüllen, bei der Weitergabe von Akten Namen und Adressen zu entfernen). Es sei aber festzustellen, dass sich die gesellschaftsrechtlichen Restriktionen der Kooperation für Rechtsanwälte im Laufe der Zeit verringert hätten und daher auch mehr formale Optionen offen ließen als in der Vergangenheit.

Das Ausmaß der faktischen Nutzung rechtlich zulässiger Kooperationsvarianten hängt für Rechtsanwälte (wie für andere Berufsgruppen auch) entscheidend von der Geläufigkeit dieser Optionen ab: Die Berufsträger können nur die ihnen bekannten Kooperationsmöglichkeiten in Anspruch nehmen. Bisher gibt es allerdings keine wissenschaftlichen Befunde über den Kenntnisstand der Anwaltschaft zu Formen der beruflichen Zusammenarbeit. Die an der Studie mitwirkenden Berufsangehörigen wurden daher gebeten anzugeben, wie gut sie sich über die Möglichkeiten der beruflichen Zusammenarbeit informiert fühlen. Die diesbezüglichen Ergebnisse weisen enge Parallelen zu den Selbsteinschätzungen der Ärzte auf: 64% meinen ausreichende Kenntnisse zu besitzen, nur 15% sind gegenteiliger Ansicht und etwa jeder Fünfte ist sich nicht sicher, wie der persönliche Informationsstand einzuschätzen ist. Gewisse Zusammenhänge ergeben sich dabei mit der Anzahl der Kanzleimitarbeiter ($V=0,201$; $p=0,008$)⁹³. Mit ihrer Zahl steigt die Neigung zur positiven Selbsteinschätzung (aber auch die Wahrscheinlichkeit, sich kein Urteil zuzutragen).

Abbildung 33: Sind Sie über die bestehenden Kooperationsmöglichkeiten für Rechtsanwälte ausreichend informiert? (n=244; Angaben in Prozent)⁹⁴



Alles in allem deuten die Selbsteinschätzungen der befragten Rechtsanwälte auf einen eher hohen Grad an Informiertheit über bestehende Kooperationsvarianten hin, vor allem dann, wenn die Mitarbeiterzahl der betreffenden Kanzlei größer ist. Davon ungeachtet weisen 36% der Berufsangehörigen einen noch tiefergehenden Aufklä-

⁹³ Die Berechnung der Korrelation basiert auf Seiten der Mitarbeiteranzahl auf der Bildung von Quartilen. Hierbei werden – der Größe nach sortiert – vier gleich große Gruppen gebildet.

⁹⁴ Die Angaben von n beziehen sich in diesem Kapitel auf die Werte vor der Gewichtung, also auf die Ausgangsdaten für Rechtsanwälte.

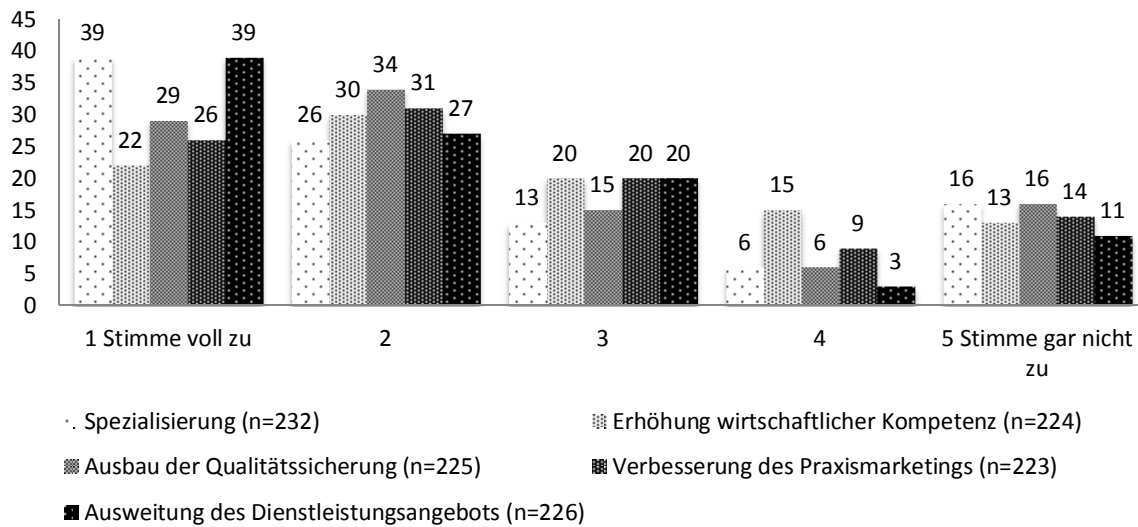
rungsbedarf auf. Anzunehmen ist auch, dass eine Erweiterung der Kenntnisse der Teilnahme an der Zusammenarbeit förderlich wäre.

Für die Bildung von Kooperationen ist aber nicht nur der Wissenstand der Berufsträger über Formen und Bedingungen der beruflichen Zusammenarbeit wesentlich, sondern auch, welche Bedeutung sie den Gründen beimessen, die für eine Kooperation sprechen können. Die befragten Experten heben in diesem Kontext die wachsende Komplexität einzelner Rechtsgebiete hervor, die es Rechtsanwälten häufig nicht mehr gestatte, berufliche Aufgaben ohne Hilfe von Kollegen oder die Beteiligung anderer Berufsgruppen zu lösen. Je nach Rechtsberatungskontext und Fallkonstellation sei es ihnen ohne Kooperationen nicht möglich, an das für die Beurteilung der Sachlage nötige Spezialwissen zu gelangen – etwa durch Hinzuziehung von Ärzten in Bezug auf Medizinrecht oder Architekten bei Angelegenheiten des Baurechts. Ein zentrales Indiz für diese Entwicklungsrichtung sei auch die stetige Zunahme von Fachanwaltschaften, die auf den Drang zur Spezialisierung von Rechtsanwälten hinweise.

Abgesehen vom Spezialisierungsaspekt besteht ein weiteres Motiv für die Kooperationsbildung in der Chance, das anwaltliche Dienstleistungsangebot durch Zusammenarbeit auszuweiten. Hinzu kommen nach Einschätzung der interviewten Experten Erwartungen einer größeren ökonomischen Sicherheit, der beruflichen Entlastung, der Kostensenkung oder der Werbewirksamkeit des Briefkopfes, bei dem die Aufnahme von zusätzlichen Partnern eine Erweiterung von Kompetenz signalisiere.

Die Berufsträger wurden gebeten anzugeben, welches Gewicht sie einer Auswahl von Kooperationsmotiven zusprechen: der Intensivierung der beruflichen Spezialisierung, der Erhöhung der wirtschaftlichen Kompetenz, der Ausweitung der Qualitätssicherung, dem Ausbau des Dienstleistungsangebots sowie der Verbesserung des Praxismarketings. Die befragten Rechtsanwälte konnten hierbei auf einer 5-stufigen Skala Differenzierungen vornehmen: „1“ bedeutet eine vorbehaltlose Zustimmung, „5“ eine uneingeschränkte Ablehnung und „2“ bis „4“ bringen entsprechende Abstufungen zum Ausdruck.

Abbildung 34: Beurteilung der Kooperationsgründe für Rechtsanwälte (Angaben in Prozent)



Die errechneten Mittelwerte geben einen Eindruck, welche Bedeutung die verschiedenen Kooperationsaspekte für die Berufsträger besitzen. So räumen die befragten Rechtsanwälte der Ausweitung des Dienstleistungsangebots ($\bar{x}=2,3$; $\tilde{x}=2$) und der Spezialisierungsvertiefung ($\bar{x}=2,2$; $\tilde{x}=2$) größere Relevanz ein als dem Ausbau der Qualitätssicherung, der Verbesserung des Praxismarketings (beide $\bar{x}=2,5$; $\tilde{x}=2$) oder der Erhöhung der wirtschaftlichen Kompetenz ($\bar{x}=2,7$; $\tilde{x}=2$). Der Spezialisierungsaspekt wird etwas wichtiger empfunden, wenn die Berufsangehörigen erst seit kürzerer Zeit ihre Zulassung besitzen ($r_s=-0,187$; $p=0,009$) und die anwaltliche Berufsausübung noch nicht lange besteht ($r_s=-0,197$; $p=0,006$). In Bezug auf die Verbesserung der wirtschaftlichen Kompetenz zeigen sich ähnliche Zusammenhänge (Jahr der Erstzulassung: $r_s=-0,172$; $p=0,021$; Anzahl der Praxisjahre: $r_s=-0,181$; $p=0,018$). Das geringe Alter wirkt in dieselbe Richtung ($r_s=-0,163$; $p=0,033$). Zudem ist jüngeren Rechtsanwälten mit weniger Berufserfahrung, bei denen die Zulassung zur Berufsausübung noch nicht lange vorliegt, das Kooperationsmotiv der Qualitätssicherung wichtiger (Erstzulassung: $r_s=-0,270$; $p=0,000$; Alter: $r_s=-0,201$; $p=0,009$; Kanzleijahre: $r_s=-0,288$; $p=0,000$). Dasselbe gilt für die Verbesserung des Praxismarketings (Alter: $r_s=-0,191$; $p=0,014$; Erstzulassung: $r_s=-0,180$; $p=0,018$; Kanzleijahre: $r_s=-0,206$; $p=0,008$) und die Erweiterung des Dienstleistungsangebots (Alter: $r_s=-0,163$; $p=0,032$; Erstzulassung: $r_s=-0,261$; $p=0,000$; Kanzleijahre: $r_s=-0,257$; $p=0,000$).

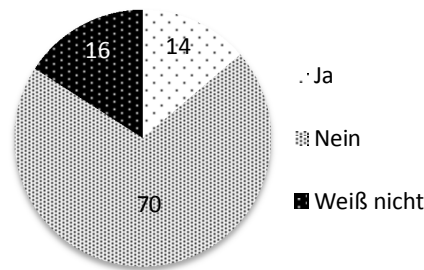
Auffällig ist an den Ergebnissen, dass diesen Kooperationsmotiven weniger Gewicht gegeben wird als bei Ärzten. Insofern könnte der anwaltliche Kooperationsdruck etwas geringer ausfallen als der ärztliche – solange nicht andere, nicht abgefragte Gründe der Zusammenarbeit für Rechtsanwälte besondere Bedeutung besitzen.

Tabelle 6: Bedeutung möglicher Gründe für die Kooperationsbildung von Rechtsanwälten (Mittelwerte und Streuung)

	$\bar{x}$	$\tilde{x}$	σ	σ^2	n
Ausweitung des Dienstleistungsangebots	2,20	2	1,30	1,69	226
Spezialisierung	2,34	2	1,46	2,12	232
Ausbau der Qualitätssicherung	2,46	2	1,37	1,89	225
Verbesserung des Praxismarketings	2,54	2	1,34	1,81	223
Erhöhung der wirtschaftlichen Kompetenz	2,66	2	1,32	1,74	224

Für die Beurteilung künftiger Kooperationsentwicklungen sind die Intentionen der Berufsträger zentral, entweder (erstmalig oder wiederholt) einer Kooperation beizutreten bzw. eine zu gründen, oder eine schon bestehende Zusammenarbeit zu erweitern. Aus diesem Grund wurden die Befragten dazu aufgefordert, diesbezügliche Neigungen darzulegen. Diese Absicht, (weiteren) Kooperationen beizutreten, fällt bei den befragten Rechtsanwälten mit nur 14% deutlich niedriger aus als bei Ärzten (14% statt 32%). Die überwältigende Mehrheit (70%) plant dezidiert keinen Beitritt zu (neuen) Kooperationen, 16% sind sich unsicher. Sofern sich keine prinzipiell jederzeit mögliche Revidierung dieser Intentionen vollzieht, ist vorerst – wenigstens auf Grundlage der latenten Einstellungs- und Planungsebene – von keinem nennenswerten Anstieg von Kooperationen im Berufsfeld der Rechtsanwälte auszugehen.

Abbildung 35: Absicht (weiterer) Kooperationen bei Rechtsanwälten (n=247; Angaben in Prozent)



Besagte Kooperationsabsichten stehen mit dem Umstand in Verbindung, ob bereits eine Form der Zusammenarbeit praktiziert wird ($V=0,359$; $p=0,000$): Die zukunftsgerichtete Intention zu (weiterer) Zusammenarbeit ist bei schon kooperierenden Rechtsanwälten – wie auch bei Ärzten gezeigt werden konnte – höher. Eine gewisse Rolle spielen auch das Alter ($V=0,315$; $p=0,000$), die Dauer der Tätigkeit im Berufsfeld ($V=0,274$; $p=0,000$), die zurückliegende Zeit seit der Erstzulassung ($V=0,293$; $p=0,000$) und die Anzahl der Mitarbeiter in der betreffenden Kanzlei ($V=0,228$; $p=0,000$)⁹⁵.

Kennzeichen kooperierender Rechtsanwälte

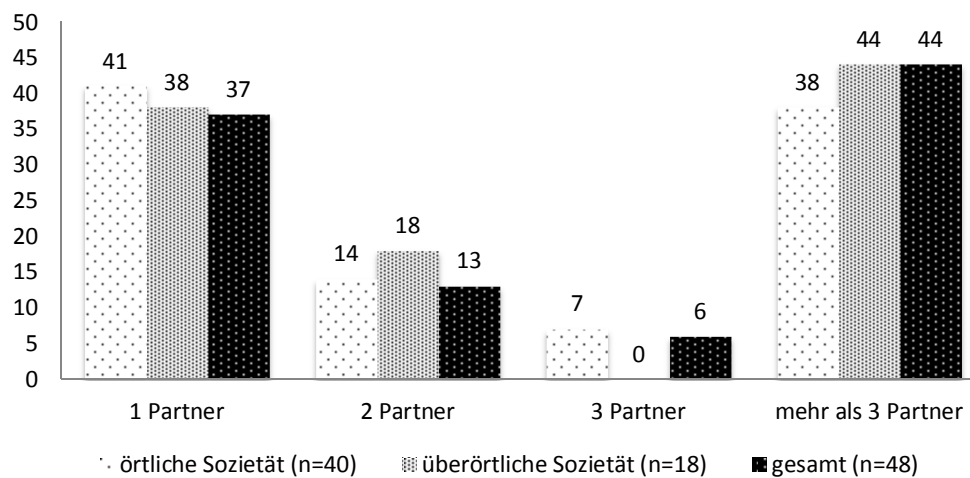
Der Grad der aktuellen Beteiligung an Kooperationen – er beläuft sich auf 43% – ist bei Rechtsanwälten auf niedrigerem Niveau als bei Ärzten angesiedelt. Dies weist ein weiteres Mal auf einen anscheinend geringeren Kooperationsdruck bei Rechtsanwälten hin, als es im Gesundheitswesen der Fall sein dürfte. Ihre Neigung zur Zusammenarbeit korrespondiert dabei mit dem Alter ($V=0,239$; $p=0,010$), der Zeit seit der Erstzulassung ($V=0,302$; $p=0,000$), der Berufserfahrung ($V=0,351$; $p=0,000$) und der wöchentlichen Arbeitszeit ($V=0,288$; $p=0,000$): Jüngere Rechtsanwälte mit einer ge-

⁹⁵ Für das Alter, die Anzahl der Jahre in der Praxistätigkeit und die zurückliegende Zeit seit der Erstzulassung wurden 10-Jahres-Intervalle gebildet, für die Mitarbeiterzahl Quartile. Grund dafür war erneut die geringe Zellenbesetzung, die bei Berechnungen zu einer Überschätzung der Beziehungsdichte und Signifikanz führen würde.

ringeren Dauer der Berufsausübung und einem höheren Arbeitspensum sind häufiger Teil einer Kooperation⁹⁶.

Wie bei Mediziner*innen dominieren auch bei Rechtsanwält*innen zahlenmäßig kleine Kooperationen mit wenigen Mitgliedern. Sowohl in örtlichen als auch in überörtlichen Sozietäten findet sich häufig nur ein Partner. Allerdings verfügen Rechtsanwält*innen öfter als niedergelassene Ärzt*innen über mehr als drei Kooperationspartner, und zwar unabhängig von der regionalen Reichweite der jeweiligen Sozietät.

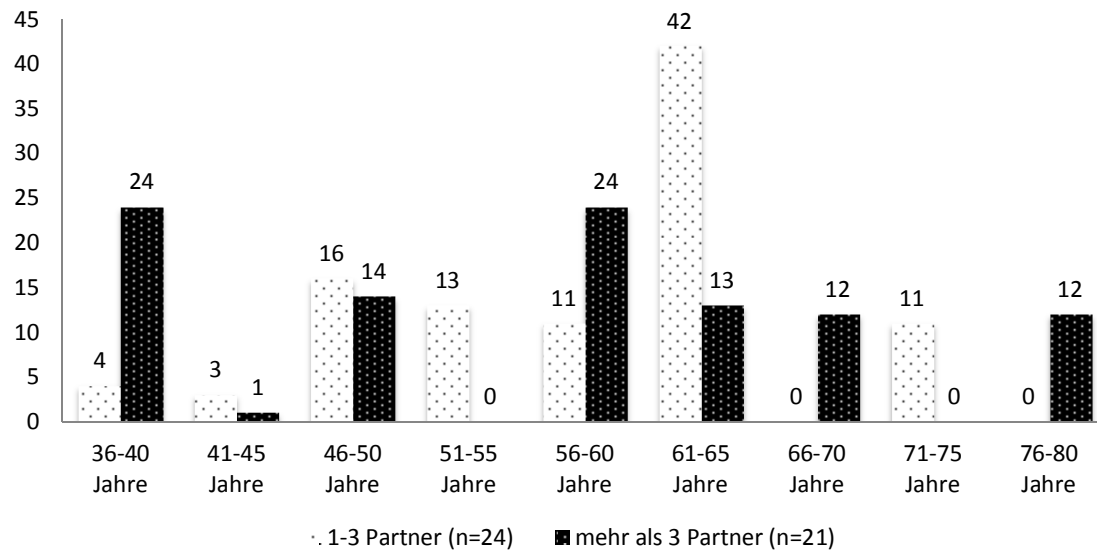
Abbildung 36: Anzahl der Kooperationspartner nach Sozietätstyp (Angaben in Prozent; Mehrfachangaben)



Einige Besonderheiten bezüglich der Zahl der Kooperationspartner ergeben sich aus dem Alter der Rechtsanwält*innen. So stehen in den Altersgruppen der 36- bis 40- und 56- bis 60jährigen umfangreichere Varianten der Zusammenarbeit im Vordergrund, bei den 61- bis 65jährigen verhält es sich vice versa. Zudem sinkt die Zahl der Partner mit dem Lebensalter der Berufsträger ($r_s = -0,320$; $p = 0,004$), ebenso mit der zurückliegenden Zeit seit der Erstzulassung ($r_s = -0,322$ $p = 0,003$) und der Jahresanzahl der Kanzlei-tätigkeit ($r_s = -0,258$; $p = 0,021$).

⁹⁶ Für diese Berechnungen wurde ebenso vorgegangen wie bei der Kalkulation von Zusammenhangsmaßen in Bezug auf Kooperationsabsichten. Aus den dort angeführten Gründen wurden vier Arbeitszeitklassen gebildet.

Abbildung 37: Anzahl der Kooperationspartner nach Alter der Rechtsanwälte (Angaben in Prozent)



Die Bereiche, in denen Rechtsanwälte mit anderen zusammenarbeiten, sind ähnlich frequentiert wie in der Ärzteschaft: Es dominiert der informell-fachliche Austausch⁹⁷ (65%) (der nach Auskunft der Experten auch im formalen Rahmen praktiziert werden kann, wie am Deutschen Anwaltverein ersichtlich werde), gefolgt von der gemeinsamen Dienstleistungserbringung (55%) und Akquise (32%). Der letztgenannte Aspekt scheint für sie eine deutlich wichtigere Rolle zu spielen als für die befragten Mediziner. Auch die Nutzung gemeinsamer Infrastruktur ist für Rechtsanwälte wesentlich (29%), wenn auch nicht im selben Ausmaß wie im Gesundheitswesen. Andere Kooperationsbereiche (z.B. Mandatsübertragungen bei Interessenkollision, gemeinsame Werbung) sind mit 3% kaum relevant.

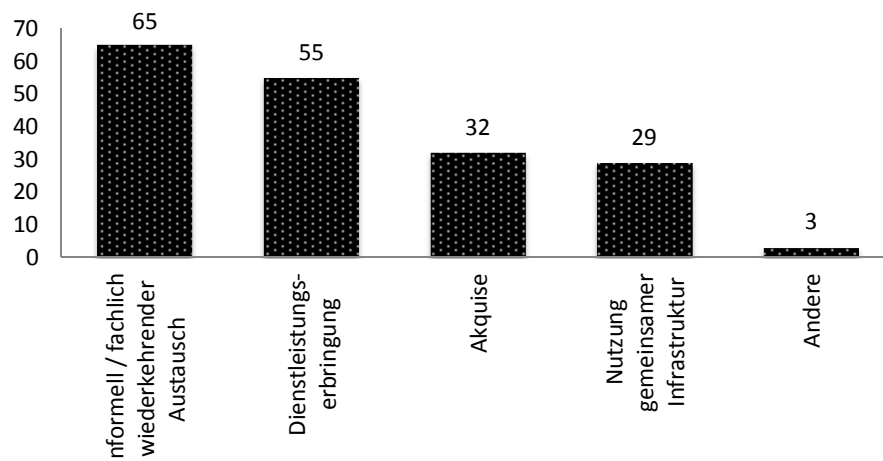
Für den Bereich Dienstleistungserbringung besteht ein Zusammenhang mit der Mitarbeiteranzahl in den Kanzleien ($V=0,421$; $p=0,001$) – nimmt sie zu, steigt die Relevanz dieses Bereichs. Beim informell-fachlichen Austausch spielt die Zeit seit der Erstzulassung ($V=0,477$; $p=0,000$) und der Grad der Praxiserfahrung eine gewisse Rolle

⁹⁷ Nach Ansicht der an der Studie teilnehmenden Experten lohnen sich formale Kooperationen vor allem dann, wenn bestimmte Erfordernisse häufig und wiederholt auftreten.

($V=0,475$; $p=0,000$). Berufsträger, die ihre Zulassung weniger lange besitzen und noch seit geringerer Zeit tätig sind, betreiben ihn häufiger. Für die Akquise ist ebenfalls die Ausdehnung des Zeitraums seit der Erstzulassung von Belang ($V=0,520$; $p=0,000$). Hinsichtlich gemeinsamen Infrastrukturgebrauchs beträgt die Beziehung mit der Praxiserfahrung $V=0,323$ ($p=0,042$). Auch in diesem Fall fördert ein geringeres Maß an praktischer Tätigkeit die Bedeutung des Kooperationsbereichs.

Kennzeichnend ist außerdem, dass sich kooperierende Rechtsanwälte mehrheitlich nicht auf die Zusammenarbeit in einem Bereich beschränken (55%).

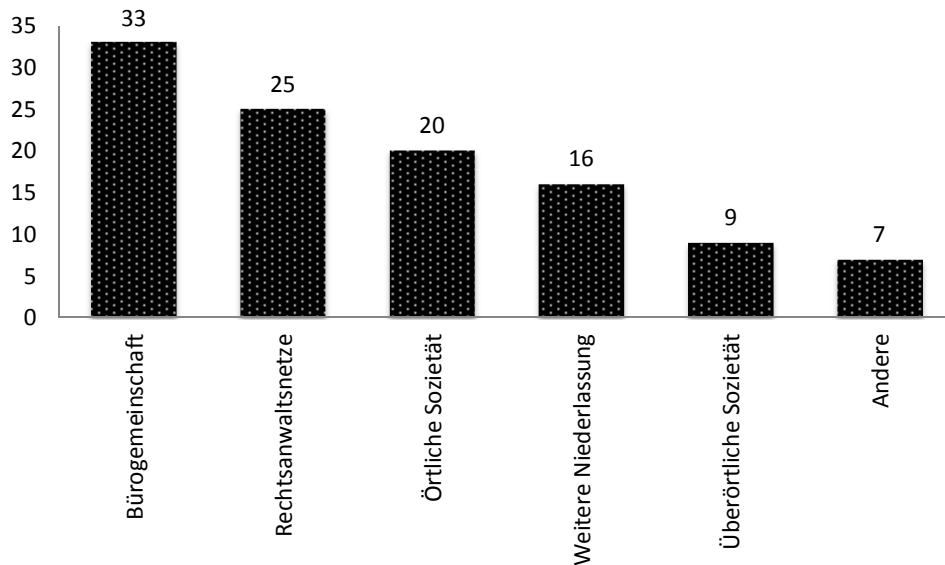
Abbildung 38: Kooperationsbereiche von Rechtsanwälten (n=134; Angaben in Prozent; Mehrfachangaben)⁹⁸



In Bezug auf die Formen beruflicher Zusammenarbeit stehen derzeit bei Rechtsanwälten Bürogemeinschaften – sie werden von jedem Dritten genutzt – und Rechtsanwaltsnetze, an denen sich jeder Vierte beteiligt, im Vordergrund. Einer von fünf Berufsträgern ist Teil einer örtlichen Sozietät (9% in überörtlichen), während 16% im Rahmen weiterer Niederlassungen tätig sind. Andere Gestaltungen (etwa Mitgliedschaften in Strafverteidigervereinen) spielen mit 7% eine nur untergeordnete Rolle.

⁹⁸ Wegen der Option zu Mehrfachangaben beläuft sich die Summe der Prozentangaben auf mehr als 100%.

Abbildung 39: Nutzung von Kooperationsmöglichkeiten bei Rechtsanwälten (n=134; Angaben in Prozent; Mehrfachangaben)



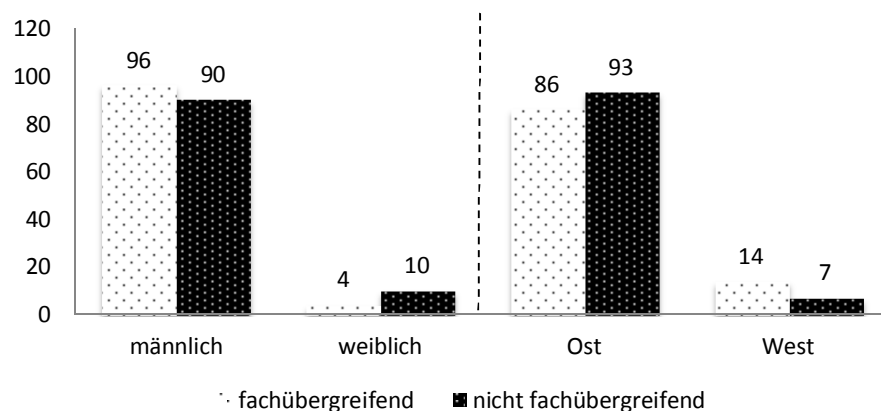
Als Rechtsformen stehen bei formalen, institutionalisierten Kooperationen nach Einschätzung der Experten die Gesellschaft bürgerlichen Rechts, die Partnerschaftsgesellschaft und die Gesellschaft mit beschränkter Haftung im Vordergrund, neuerdings auch die Aktiengesellschaft und vereinzelt Genossenschaften. Hinzu komme die Limited Liability Partnership, bei der zwischen englischen und amerikanischen Varianten zu unterscheiden sei. In der Vergangenheit seien die an die Europäische Wirtschaftliche Interessenvereinigung geknüpften Erwartungen hoch gewesen. Sie habe sich jedoch nicht bewährt und sich deswegen bei Rechtsanwälten auch nicht durchsetzen können.

Im Hinblick auf die Beteiligung an fachübergreifenden Kooperationen seien bei Rechtsanwälten charakteristische Muster erkennbar, etwa in der Verknüpfung von Arbeits- und Sozialrecht oder Medizin- und Versicherungsrecht. Beim Baurecht komme es häufig zur Hinzuziehung von Architekten, beim Familienrecht zur Zusammenarbeit mit Psychologen. Dazu kämen internationale Verbindungslinien, wenn etwa bei der Rechtsberatung von Einwanderern türkisches Erb- und Familienrecht zum Tragen komme. An diesen Beispielen werde deutlich, dass für manche Rechtsgebiete Kooperationen mehr Relevanz besäßen als für andere. Bestimmte Anwaltsgruppen könnten

nach Ansicht der interviewten Experten Anwälte im Verkehrs- oder Strafrecht noch weitgehend ohne berufliche Zusammenarbeit auskommen.

Aus der Befragung der Rechtsanwälte wird ersichtlich, dass sie wesentlich häufiger als Ärzte (63% statt 47%) fachübergreifende Formen der beruflichen Zusammenarbeit betreiben, meist mit Anwälten eines anderen Fachgebiets (71%). 44% von ihnen, also fast die Hälfte, kooperieren mit anderen Berufsträgern (etwa Wirtschaftsprüfern oder Steuerberatern), die nicht der Anwaltschaft zuzurechnen sind. Die Neigung zur interprofessionellen Kooperation ist bei Rechtsanwälten somit im Vergleich zu Ärzten deutlich stärker ausgeprägt. Unterschiede nach Geschlecht oder Ortsansässigkeit lassen sich kaum feststellen.

Abbildung 40: (Nicht-) fachübergreifende Kooperationen nach Geschlecht und Kanzleisitz bei Rechtsanwälten (n=78; Angaben in Prozent)



Im Hinblick auf die Kooperationsbeständigkeit spielt nach Auffassung der befragten Experten bei informeller Zusammenarbeit u.a. der anfallende Arbeitsaufwand der Beteiligten eine Rolle. Sei das Arbeitspensum hoch, werde die Zusammenarbeit eher beendet. Auflösungsgründe seien aber insgesamt vielfältig und reichten von finanziellen Erwägungen über mangelhafte oder verzögerte Aufgabenerledigungen der Partner und ihrer wirtschaftlichen Kompetenz bis hin zu privaten Erwägungen. Zu erwähnen seien vor allem aus unpräzisen Abmachungen herrührende Problemlagen – etwa über das Ausmaß der Verfügungsgewalt der einzelnen Partner über (gemeinsame) finanzielle Mittel. Die häufig nicht zustande kommende Inanspruchnahme von Beratungsangeboten sei hierfür mitverantwortlich. Des Weiteren könne sich eine

Vermischung privater und geschäftlicher Angelegenheiten als problematisch erweisen. Auch könnten mangelhafte soziale Kompetenzen und asymmetrische Beziehungen der Partner die Kooperationsbeständigkeit beeinträchtigen. Formale Kooperationen, bei denen der Vergemeinschaftungsprozess weit vorangeschritten sei und sich auf dieser Basis eine starke Kanzleikultur entwickelt habe, seien hingegen weniger anfällig für Auflösungserscheinungen. Zu bedenken sei auch, dass die Beendigung einer (formalen) Kooperation mit hohen wirtschaftlichen Kosten verbunden sein könne. Teilweise bestünden daher nach außen Sozietäten fort, bei denen intern de facto keine Zusammenarbeit mehr stattfinde.

Neben den genannten Aspekten hat die Erfüllung von Kooperationserwartungen für die Fortführung der Zusammenarbeit zentrale Bedeutung. Die an der Studie teilnehmenden Rechtsanwälte wurden deswegen auch zu diesem Thema befragt. Zu den anvisierten Vorzügen gehören (wie schon bei Ärzten) eine günstigere Ertragssituation, die Ausweitung der Kapitalbasis, eine breitere Verteilung der Lasten, eine vertiefte Spezialisierung, die Realisierung organisatorischer Vorteile, die Vermeidung (drohender) Arbeitslosigkeit, die Option zur Beschäftigung Angestellter, die Möglichkeit zur Teilzeitbeschäftigung, die Gewinnung zeitlicher Flexibilität, die Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit, Kosteneinsparungen, die Verbesserung bzw. Intensivierung des fachlichen Austauschs, eine effizientere Aufgabenverteilung und die Zukunftssicherung. Wie die anderen beiden Berufsgruppen erhielten die befragten Rechtsanwälte Gelegenheit auf einer 3-stufigen Skala anzugeben, inwiefern sich ihre Erwartungen erfüllt haben und welche der genannten Aspekte für sie im Vorfeld der Zusammenarbeit relevant waren. „1“ bedeutet hierbei, dass sich die Ziele wunschgemäß realisieren ließen, „3“ meint das Gegenteil und „2“ bildet eine Zwischenkategorie.

Die Erfüllung der Erwartungen gelingt den Rechtsanwälten vor allem in Bezug auf die Verbesserung des kollegialen Austauschs ($\bar{x}=1,5$; $\tilde{x}=1,2$) und der Zukunftssicherung ($\bar{x}=1,7$; $\tilde{x}=2$). Vergleichsweise günstig werden aber auch andere Bereiche beurteilt, so die Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit, die Möglichkeit zur weiteren Spezialisierung (beide $\bar{x}=1,9$; $\tilde{x}=2$), die effizientere Aufgabenverteilung, die Ertragssituation und die

Erhöhung der zeitlichen Flexibilität (alle $\bar{x}=2$; $\tilde{x}=2$). Es folgen organisatorische Vorteile, Kosteneinsparungen sowie der Vermeidung von Arbeitslosigkeit (alle $\bar{x}=2,1$; $\tilde{x}=2$). Weniger günstig als die bisher bezeichneten Aspekte erscheinen die Lastenverteilung ($\bar{x}=2,4$; $\tilde{x}=2$), die Verbreiterung der Kapitalbasis ($\bar{x}=2,5$; $\tilde{x}=3$), die Option zur Teilzeitbeschäftigung ($\bar{x}=2,5$; $\tilde{x}=2,7$) und die Möglichkeit zur Beschäftigung Angestellter ($\bar{x}=2,8$; $\tilde{x}=3$).

Tabelle 7: Erfüllte Kooperationserwartungen bei Rechtsanwälten (Mittelwerte und Streuung)

	$\bar{x}$	$\tilde{x}$	σ	σ^2	n
Besserer kollegialer Austausch	1,51	1,22	0,530	0,281	93
Bessere Zukunftssicherung	1,68	2	0,544	0,296	89
Möglichkeit weiterer Spezialisierung	1,89	2	0,534	0,285	88
Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit	1,91	2	0,461	0,213	90
Effizientere Aufgabenverteilung	1,96	2	0,520	0,270	86
Bessere Ertragssituation	1,99	2	0,368	0,135	90
Höhere zeitliche Flexibilität	2,01	2	0,900	0,810	86
Organisatorische Vorteile	2,05	2	0,678	0,460	87
Kosteneinsparungen	2,08	2	0,643	0,414	88
Vermeidung von Arbeitslosigkeit	2,08	2	0,480	0,231	85
Lastenverteilung	2,38	2	0,605	0,366	89
Breitere Kapitalbasis	2,54	3	0,566	0,320	86
Möglichkeit der Teilzeitbeschäftigung	2,54	2,71	0,547	0,299	84
Möglichkeit zur Beschäftigung Angestellter	2,79	3	0,561	0,314	84

Diverse Motive für die Teilnahme an einer beruflichen Zusammenarbeit sind für Rechtsanwälte beim Kooperationseintritt nicht ausschlaggebend. Das gilt insbesondere – wie schon bei Ärzten – für die Möglichkeit zur Beschäftigung Angestellter, die Option zur Teilzeitbeschäftigung sowie die Vermeidung von Arbeitslosigkeit, wie nachfolgende Abbildungen zeigen.

Abbildung 41: Erfüllte Kooperationserwartungen bei Rechtsanwälten I (Angaben in Prozent)

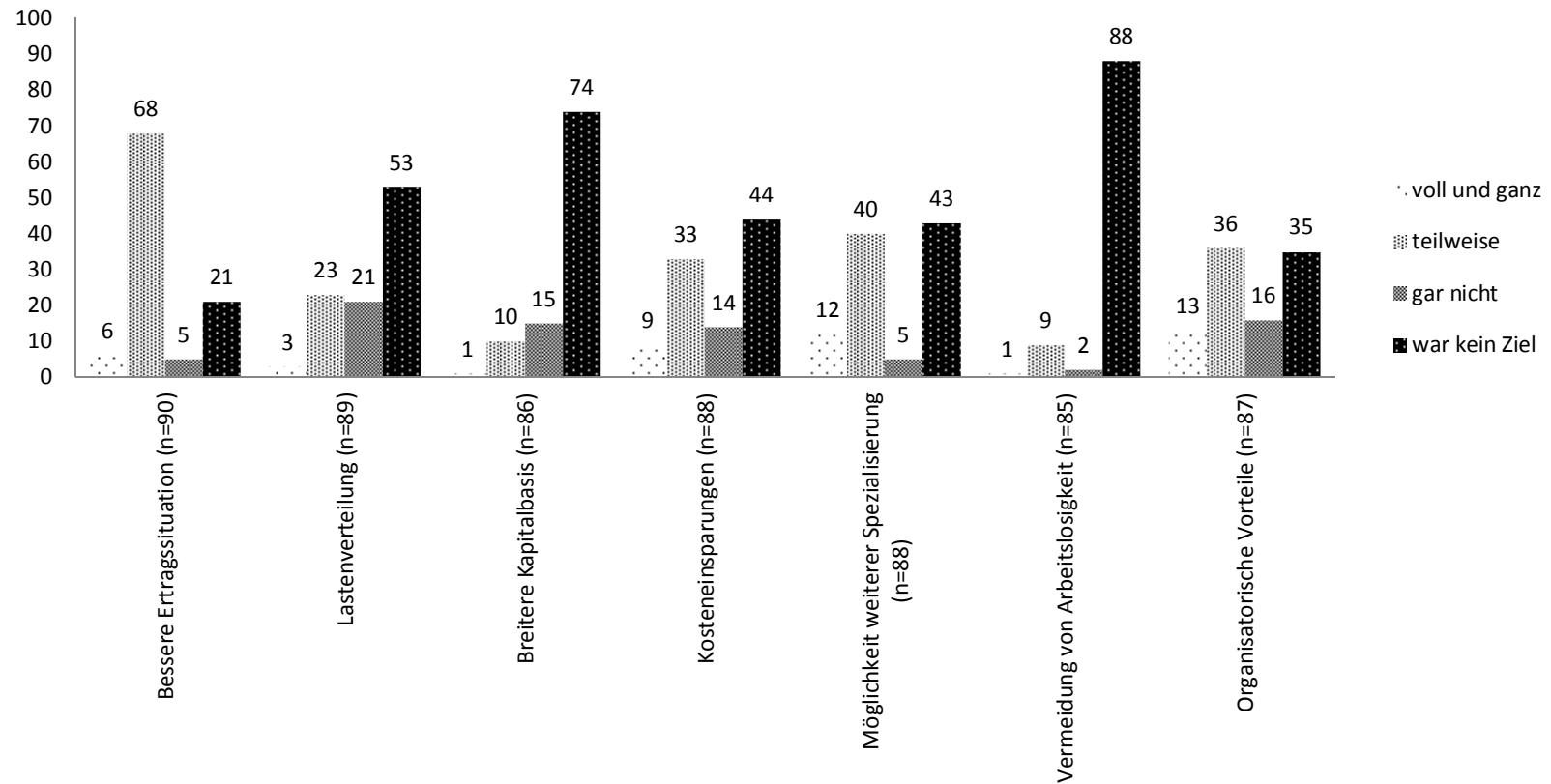
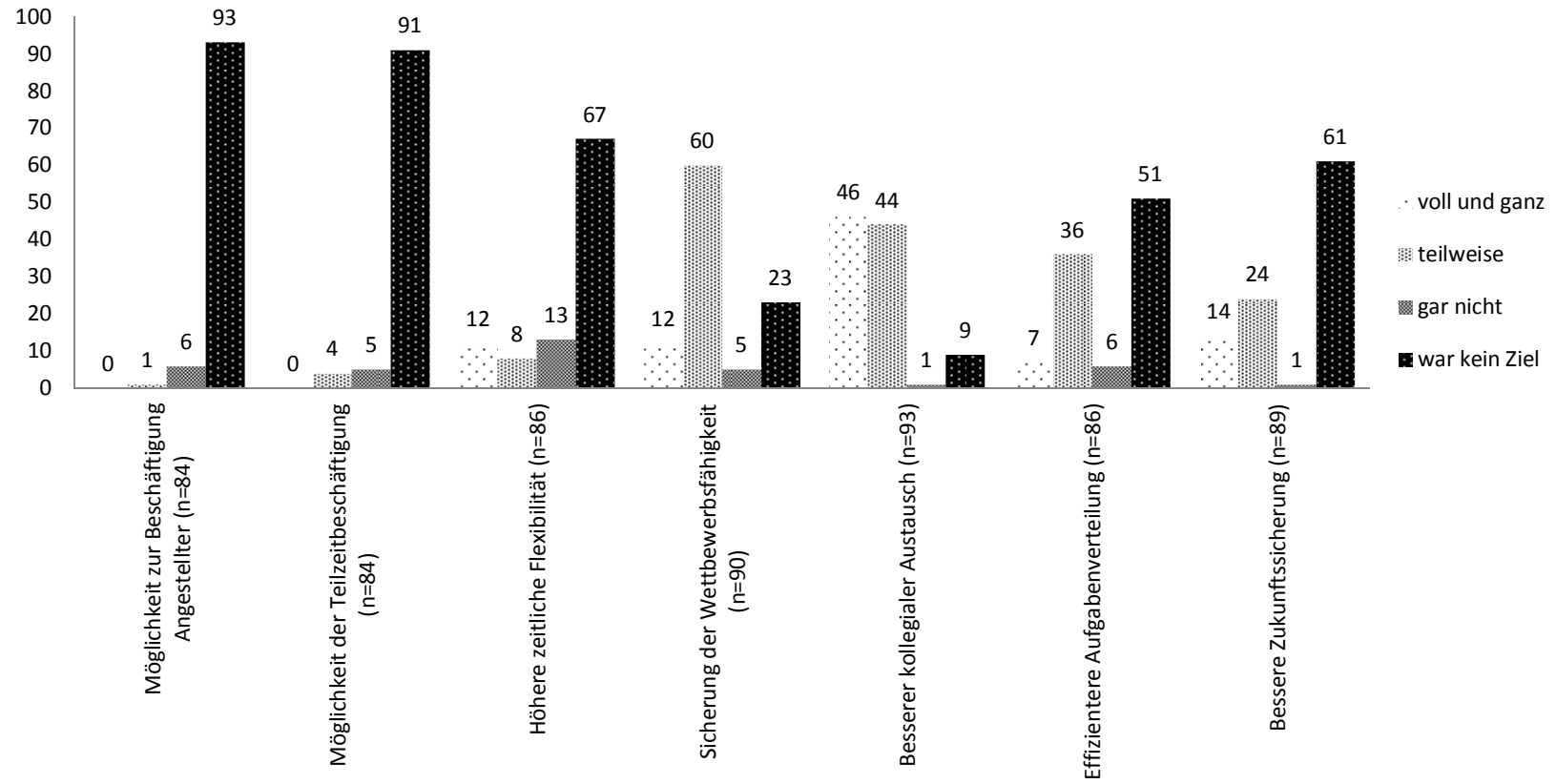
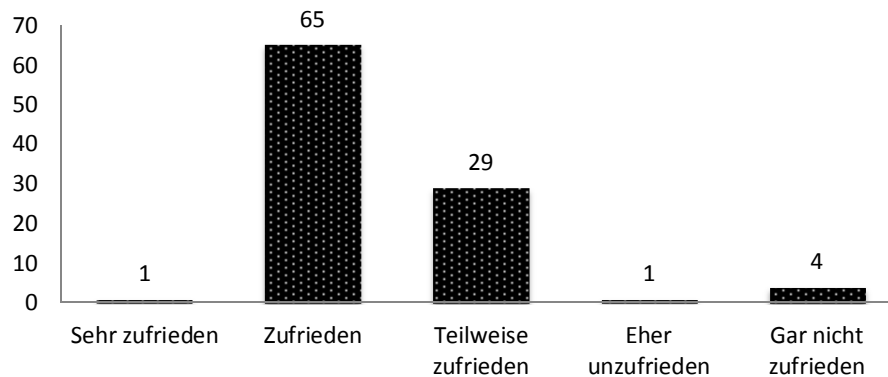


Abbildung 42: Erfüllte Kooperationserwartungen bei Rechtsanwälten II (Angaben in Prozent)



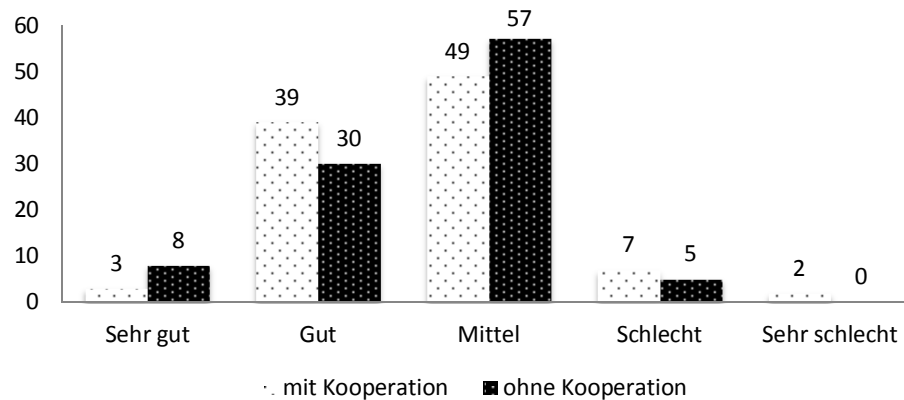
In Anbetracht des Umstandes, dass ein Großteil der an Kooperationen gerichteten Erwartungen auch erfüllt werden konnte, überrascht die allgemeine Zufriedenheit der Rechtsanwälte mit ihrer Zusammenarbeit nicht. Die Mehrheit der an einer beruflichen Zusammenarbeit mitwirkenden Berufsträger äußert sich – wenn auch nicht überschwänglich – zufrieden mit ihrer Kooperation (zwei Drittel). Unzufriedenheit bringen lediglich 5% zum Ausdruck. 29% sind geteilter Ansicht.

Abbildung 43: Zufriedenheit mit Kooperation bei Rechtsanwälten (n=97; Angaben in Prozent)



Erstaunlich ist das Ergebnis der Vergleichs von kooperierenden und nicht-kooperierenden Rechtsanwälten bei der Frage, wie die Berufsträger ihre persönliche und wirtschaftliche Lage in Relation zu Kollegen beurteilen, die im selben Fachgebiet wie sie arbeiten. Zwischen beiden Gruppen sind kaum Differenzen festzustellen. Auf Grundlage einer 5-stufigen Skala, auf der „1“ eine hohe und „5“ keine Zufriedenheit ausdrückt, sind die Mittelwerte nahezu identisch (kooperierende Rechtsanwälte: $\bar{x}=2,7$; $\tilde{x}=3$; nicht-kooperierende Rechtsanwälte $\bar{x}=2,6$; $\tilde{x}=3$).

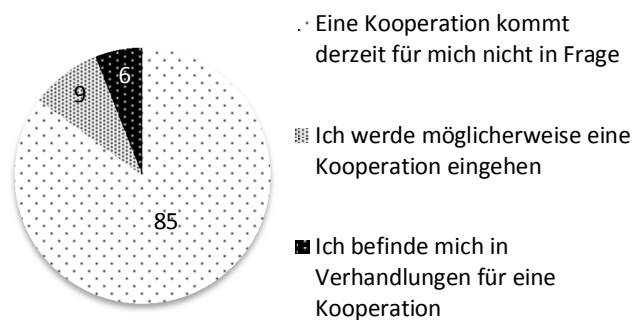
Abbildung 44: Beurteilung der persönlichen und wirtschaftlichen Lage bei Rechtsanwälten (n=241; Angaben in Prozent)



Kennzeichen nicht-kooperierender Rechtsanwälte

Von den momentan nicht mit anderen zusammenarbeitenden Rechtsanwälten zeigen 85% derzeit kein Interesse daran, diese Situation zu ändern. 9% haben diesbezüglich keine konkreten Pläne, schließen aber eine Kooperation für die Zukunft grundsätzlich nicht aus. 6% befinden sich aktuell in entsprechenden Verhandlungen, werden also vermutlich in absehbarer Zukunft – soweit die derzeitigen Gespräche von Erfolg gekrönt sind – an einer beruflichen Zusammenarbeit mitwirken.

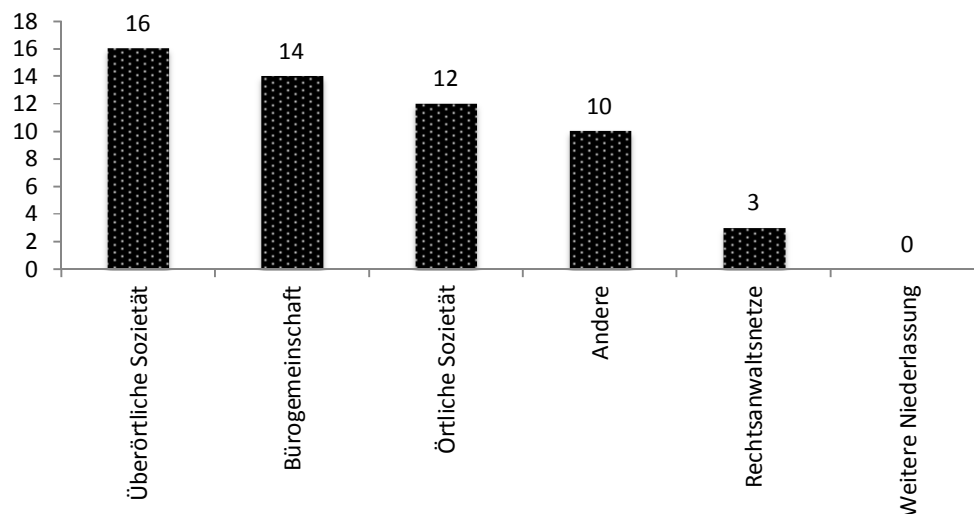
Abbildung 45: Kooperationsbestrebung bei Rechtsanwälten (n=102; Angaben in Prozent)



Für die derzeit nicht kooperierenden Berufsträger, die eine Zusammenarbeit anstreben, strömen die unterschiedlichen Gestaltungsformen von Kooperationen in divergierendem Maße Anziehungskraft aus. Zumeist scheinen überörtliche Sozietäten attraktiv auf sie zu wirken (16%; lokal begrenzt: 12%), zudem interessieren sich 14% für die Etablierung einer Bürogemeinschaft. Die Beteiligung an Rechtsanwaltsnetzen ist

mit einem Wert von nur 3% kaum gefragt, obwohl sie unter schon kooperierenden Berufsangehörigen verbreitet ist. Bestimmte Formen der Kooperation wecken bei ihnen also mehr, manche weniger Interesse, als es die derzeitige Nutzung der verschiedenen Varianten vermuten lässt. Das betrifft insbesondere die Bildung von überörtlichen Sozietäten, Bürogemeinschaften und die Beteiligung an Rechtsanwaltsnetzen. Bürogemeinschaften und Rechtsanwaltsnetze haben unter aktuell bestehenden Formen der Zusammenarbeit mehr Bedeutung, als es sich in den Prioritäten nicht-kooperierender Berufsträger widerspiegelt. Bei überörtlichen Sozietäten verhält es sich umgekehrt.

Abbildung 46: Potenzielle Kooperationen bei Rechtsanwälten (n=113; Angaben in Prozent; Mehrfachangaben)



Die Ergebnisse dieses Vergleichs von momentan praktizierten Formen der Zusammenarbeit und deren Bewertung von derzeit nicht kooperierenden Rechtsanwälten mögen bis zu einem gewissen Grad auf einen Wandel in den Kooperationsstrukturen in der Anwaltschaft hindeuten. Bestimmte informelle Arten der Zusammenarbeit (Rechtsanwaltsnetzwerke) oder lediglich organisationale Zusammenschlüsse (Bürogemeinschaften) könnten demnach in Zukunft einen Teil ihrer Bedeutung einbüßen, während eine gemeinsame, regional ungebundene Berufsausübung zunehmen könnte.

Kooperationen bei Ingenieuren

Die folgenden Ausführungen behandeln Kenntnisse von Ingenieuren über bestehende Kooperationsmöglichkeiten, Beurteilungen und Erfahrungen der Berufsträger zu bzw. mit unterschiedlichen Formen der Zusammenarbeit, das Ausmaß des beruflichen Zusammenwirkens von Ingenieuren und die dabei erkennbaren Besonderheiten, Einstellungen und Kooperationsabsichten momentan nicht-kooperierender Ingenieure zur Zusammenarbeit und ihren Spielarten sowie die dazugehörenden Einschätzungen interviewter Experten.

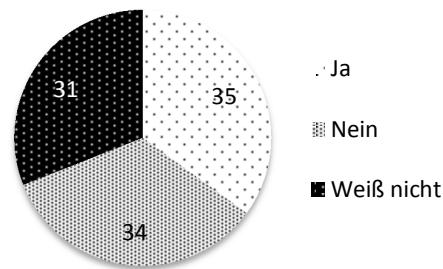
Allgemeine kooperationsrelevante Kenntnisse und Einstellungen von Ingenieuren

Die Änderungsdynamik rechtlicher Kooperationsbedingungen ist bei Ingenieuren wesentlich geringer ausgeprägt als bei Ärzten oder Rechtsanwälten. Auch weisen die berufsrechtlichen Bestimmungen deutlich weniger Restriktionen zur Zusammenarbeit auf wie in den anderen beiden Berufsgruppen. So ist es auch zu erklären, dass Kooperationsbeschränkungen nach Expertenmeinung für die meisten von ihnen kaum eine Rolle spielen. Eine Ausnahme bilden aus ihrer Sicht allerdings Vermessungsingenieure, da sie neben fachlichen auch mit amtlichen Funktionen betraut seien und aus diesem Grund strengerer Vorgaben unterlägen als ihre Kollegen, wie etwa an ihrem strikten Werbeverbot ersichtlich werde.

Die vergleichsweise niedrige Zahl berufsrechtlicher Kooperationsbeschränkungen und diesbezüglicher Änderungen verleitet zur Annahme, dass es Ingenieuren leichter fallen könnte als den anderen beiden Berufsgruppen, den Überblick über bestehende Kooperationsmöglichkeiten zu wahren. Werden allerdings die Selbsteinschätzungen zum Kenntnisstand der Ingenieure über Formen der Zusammenarbeit herangezogen und mit denen von Rechtsanwälten und Ärzten verglichen, scheint das Gegenteil der Fall zu sein. Möglicherweise bewegt gerade die erhöhte Geschwindigkeit des berufsrechtlichen Wandels die Angehörigen der beiden anderen Gruppen zu einer intensiveren Auseinandersetzung mit dieser Thematik, so dass sie zumindest subjektiv den

Eindruck gewinnen, ausreichend über ihre Kooperationsoptionen informiert zu sein. Jedenfalls ist nur ein Drittel der befragten Ingenieure der Ansicht, in genügendem Maße über Möglichkeiten der Zusammenarbeit in Kenntnis gesetzt zu sein (Ärzte: 60%; Rechtsanwälte: 64%). Ungefähr gleich viele sind gegenteiliger Auffassung und weitere 31% trauen sich diesbezüglich keine eindeutige Einschätzung zu, sind sich also nicht sicher, ob sie genügend oder unzureichende Kenntnisse über die Kooperationsmöglichkeiten in ihrem Berufsfeld besitzen. Hierbei besteht ein Zusammenhang mit der bisherigen Dauer der Praxistätigkeit ($V=0,237$; $p=0,032$)⁹⁹: Je kürzer die zurückliegende Ingenieurtätigkeit ist, desto eher trauen sich die Berufsangehörigen keine Einschätzung des eigenen Wissensstandes über Kooperationen zu.

Abbildung 47: Sind Sie über die bestehenden Kooperationsmöglichkeiten für Ingenieure ausreichend informiert? (n=145; Angaben in Prozent)



Trotz des verhältnismäßig niedrigen (subjektiven) Wissensstandes der Berufsgruppe über ihre Kooperationsoptionen ist die berufliche Zusammenarbeit im Ingenieurwesen nach Ansicht der befragten Experten in weiten Teilen unerlässlich: Einzelne Ingenieure bzw. Ingenieurbüros könnten lediglich begrenzte Bereiche von in Auftrag gegebenen Aufgaben bewältigen und seien daher auf berufliche Unterstützung angewiesen. Insbesondere im Bausektor sei es für sie unmöglich, sämtliche Arbeiten auf sich alleine gestellt auszuführen. Dort kämen komplexe Aufgabenkonstellationen zur Entfaltung, die mehrere Fachgebiete berührten (etwa Vermessung, Umwelt, Standsicherheit, Haustechnik usw.). Der stetige Wissensfortschritt steigere in diesem Kontext

⁹⁹ Für die Berechnung des Zusammenhangs wurde die Dauer der zurückliegenden Praxistätigkeit in vier Klassen zusammengefasst.

zusätzlich den Kooperationsdruck: In vergangenen Zeiten seien beispielsweise nahezu alle Ingenieure in der Lage gewesen, Aufgaben der Wärmedämmung zu erfüllen. Heute seien die Kenntnisse auf diesem Gebiet so weit vorangeschritten, dass eine entsprechende Spezialisierung praktisch unabdingbar sei.

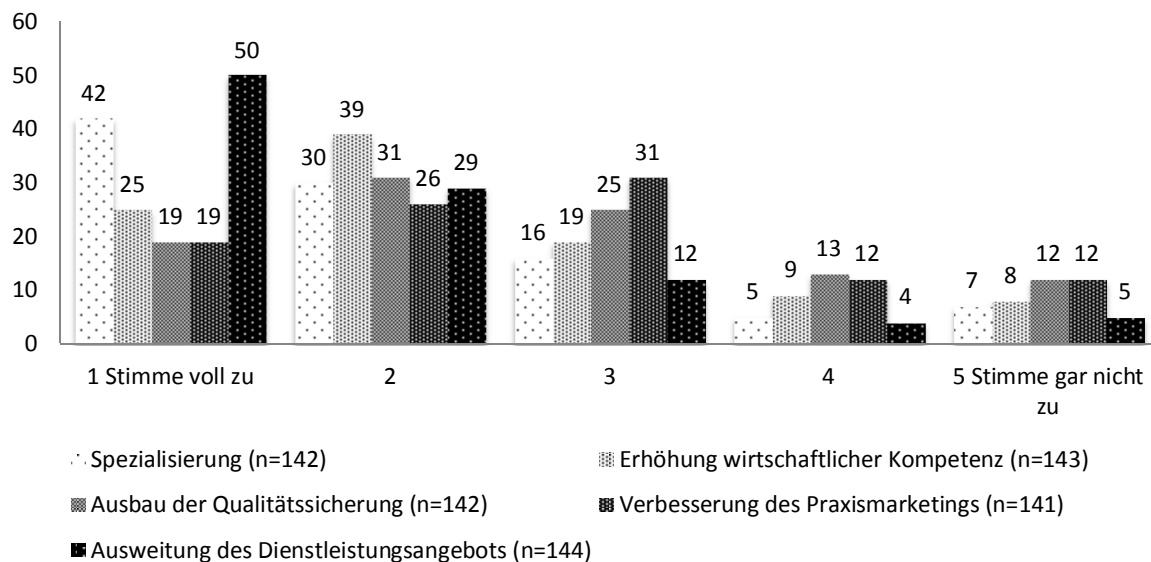
Wesentliche Gründe für die berufliche Zusammenarbeit von Ingenieuren liegen demnach in der wachsenden Differenzierung von fachlichem Wissen und den (durch die Auftraggeber gesetzten) komplexer werdenden Anforderungen der Projektabwicklung. Hinzu kommen aus Sicht der Experten die Aspekte Marktbehauptung, Erhaltung der Konkurrenzfähigkeit (vermehrt auch wegen der Zunahme internationalen Drucks), Erhöhung der beruflichen Durchsetzungsfähigkeit, günstigere Bedingungen der (persönlichen) technischen Entwicklung, Einbeziehung in breitere Arbeitshorizonte sowie Erzielen wirtschaftlicher Vorteile. Auch die verstärkte Forderung von Auftraggebern nach der Erbringung von Dienstleistungen aus einer Hand repräsentiere einen zentralen Faktor. Schließlich spielten Bürokapazitäten eine entscheidende Rolle: Große Büros seien eher in der Lage, auf eine Zusammenarbeit zu verzichten. (Allerdings ersetzt in diesem Fall die innerbetriebliche die nach außen gerichtete Kooperation). In Deutschland sei jedoch die Bürogröße gemessen an internationalen Maßstäben gering – umfangreiche Projekte könnten oft nur durch die Zusammenarbeit mit anderen durchgeführt werden.

Ein Strukturvergleich der Rechtsformen von Ingenieurbüros in Deutschland zwischen 2004 und 2009 bestätigt eine erhöhte Kooperationsneigung in Form von unbefristeten Gesellschaften nur bedingt (siehe Abbildung 13). Bei den Kooperationsbereichen hat die gemeinsame Dienstleistungserbringung hohen Stellenwert (siehe Abbildung 51).

Angesichts dieser Vielzahl möglicher Kooperationsmotive wurden im Rahmen der Studie auch die Ingenieure um Äußerungen dazu gebeten, wie wichtig ihnen einzelne Aspekte sind, darunter die Option vertiefter Spezialisierung, der Ausbau der Qualitätssicherung, die Erweiterung des Dienstleistungsangebots, die Anhebung ökonomischer Kompetenz und die Verbesserung des Praxismarketings. Auch sie hatten die

Möglichkeit, auf einer 5-stufigen Skala das jeweilige Gewicht anzugeben. „1“ bringt eine hohe Bedeutung zum Ausdruck, „5“ eine sehr niedrige. Mit „2“, „3“ und „4“ konnten Abstufungen vorgenommen werden. Wie schon bei Rechtsanwälten und Ärzten kristallisieren sich dabei unterschiedliche Prioritäten heraus.

Abbildung 48: Bedeutung möglicher Gründe für die Kooperationsbildung von Ingenieuren (Angaben in Prozent)



Wie bei den beiden anderen Berufsgruppen nehmen für die Ingenieure vor allem die Ausweitung des Dienstleistungsangebots ($\bar{x}=1,9$; $\tilde{x}=2$) und die vertiefte Spezialisierung ($\bar{x}=2$; $\tilde{x}=2$) einen hohen Stellenwert ein. Eher bedeutend wird auch die Verbesserung der wirtschaftlichen Kompetenz empfunden ($\bar{x}=2,4$; $\tilde{x}=2$). Der Ausbau der Qualitätssicherung ($\bar{x}=2,7$; $\tilde{x}=2,5$) sowie die Verbesserung des Büromarketings ($\bar{x}=2,7$; $\tilde{x}=3$) spielen für sie aber eine weniger zentrale Rolle. Hierbei lassen sich einige Besonderheiten erkennen: Mit der Praxiserfahrung sinkt die (subjektive) Bedeutung des Spezialisierungsaspekts ($r_s=-0,203$; $p=0,018$). Sind die Berufsträger bereits älter und liegt ihre Erstzulassung weiter in der Vergangenheit, sprechen sie der Erhöhung der wirtschaftlichen Kompetenz weniger Gewicht zu ($r_s=-0,209$; $p=0,012$ bzw. $r_s=-0,228$; $p=0,007$). Die Ausweitung des Dienstleistungsangebots wiederum wird in Büros mit einer höheren Mitarbeiterzahl für wichtiger gehalten ($r_s=0,175$; $p=0,037$).

Tabelle 8: Bedeutung möglicher Gründe für die Kooperationsbildung von Ingenieuren (Mittelwerte und Streuung)

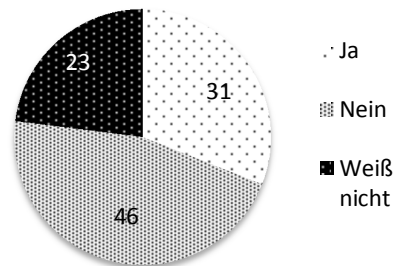
	$\bar{x}$	$\tilde{x}$	σ	σ^2	n
Ausweitung des Dienstleistungsangebots	1,85	2	1,10	1,20	144
Spezialisierung	2,03	2	1,17	1,36	142
Erhöhung der wirtschaftlichen Kompetenz	2,35	2	1,18	1,38	143
Ausbau der Qualitätssicherung	2,68	2,5	1,26	1,58	142
Verbesserung des Büromarketings	2,73	3	1,24	1,54	141

Für das künftige Kooperationsgeschehen im Ingenieurwesen sind nicht nur der bestehende Kooperationsdruck oder die Bedeutung von Kooperationsmotiven im Berufsfeld von Belang, sondern auch, wie die Absichtslage zur Gründung von bzw. zum Beitritt zu Kooperationen konstituiert ist. Wie bei Ärzten und Rechtsanwälten wurden aus diesem Grund Ingenieure dazu befragt. Etwa ein Drittel der betreffenden Berufsträger ist einer weitergehenden Beteiligung an beruflicher Zusammenarbeit zugetan. Das entspricht annähernd demselben Niveau, wie es im Gesundheitswesen festgestellt wurde (32%) und liegt deutlich über dem der Rechtsanwälte (14%). 46% peilen momentan keine Gründung oder Ausdehnung der beruflichen Zusammenarbeit an. Auch dieser Wert ähnelt dem der Ärzte, liegt aber deutlich unter dem der Rechtsanwälte. Wiewohl diese Ergebnisse eher für eine Zunahme von Kooperationen im Ingenieurwesen sprechen, gehen die interviewten Experten von keiner nennenswerten Intensivierung der Zusammenarbeit im betreffenden Berufsfeld aus. Auf den ersten Blick treten hierbei Diskrepanzen zwischen den Expertenmeinungen und den Intentionen der Berufsangehörigen auf. Dies muss aber nicht zwingend der Fall sein. Denkbar ist, dass bestehende Kooperationen unter Ingenieuren häufiger gewechselt werden als in anderen Berufsfeldern, etwa wegen verstärkter Projektarbeit. Unter solchen Bedingungen würde sich besagter Widerspruch auflösen.

Festzustellen ist jedenfalls – wie bei Ärzten und Rechtsanwälten –, dass die Absicht zur Bildung (weiterer) Kooperationen zunimmt, wenn bereits eine Form der beruflichen Zusammenarbeit praktiziert wird ($V=0,261$; $p=0,007$) – eventuell, weil in diesem

Fall etwaige Vorbehalte gegenüber einer Zusammenarbeit entfallen und somit eine der möglichen Kooperationsbarrieren schon überwunden wurde.

Abbildung 49: Absicht (weiterer) Kooperationen bei Ingenieuren (n=146; Angaben in Prozent)



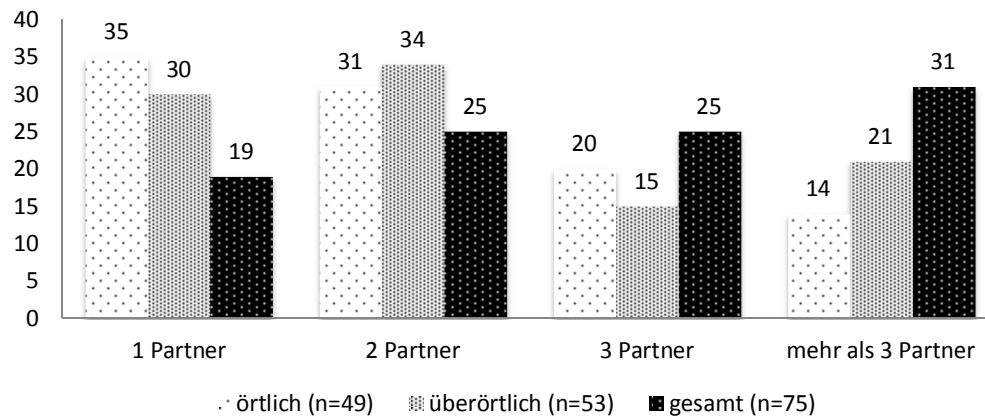
Kennzeichen kooperierender Ingenieure

Ingenieure sind von einer ausgeprägten Kooperationsneigung gekennzeichnet. 82% von praktizieren mindestens eine Form der beruflichen Zusammenarbeit (Ärzte: 57%; Rechtsanwälte: 43%). Dabei steigt die Wahrscheinlichkeit einer Kooperationsteilnahme, wenn die Erstzulassung weniger lange zurückliegt ($V=0,308$; $p=0,011$), das Alter der Ingenieure niedriger ist ($V=0,322$; $p=0,002$) und sich das Arbeitspensum pro Woche auf vergleichsweise hohem Niveau befindet ($V=0,282$; $p=0,010$)¹⁰⁰.

Überdies verfügen 31% der kooperierenden Ingenieure über mehr als drei Kooperationspartner. Dieser Wert liegt auf ähnlichem Niveau wie bei Ärzten, liegt jedoch unter jenem bei Rechtsanwälten. Auch diese Berufsgruppe präferiert also eher Formen der Zusammenarbeit mit vergleichsweise niedriger Mitgliederzahl.

¹⁰⁰ Wie bei den beiden anderen Berufsgruppen wurden die Ausprägungen der betreffenden Variablen für die Berechnungen zusammengefasst.

Abbildung 50: Anzahl der Kooperationspartner in (über-) örtlichen Gemeinschaftsbüros bei Ingenieuren (Angaben in Prozent; Mehrfachnennungen)

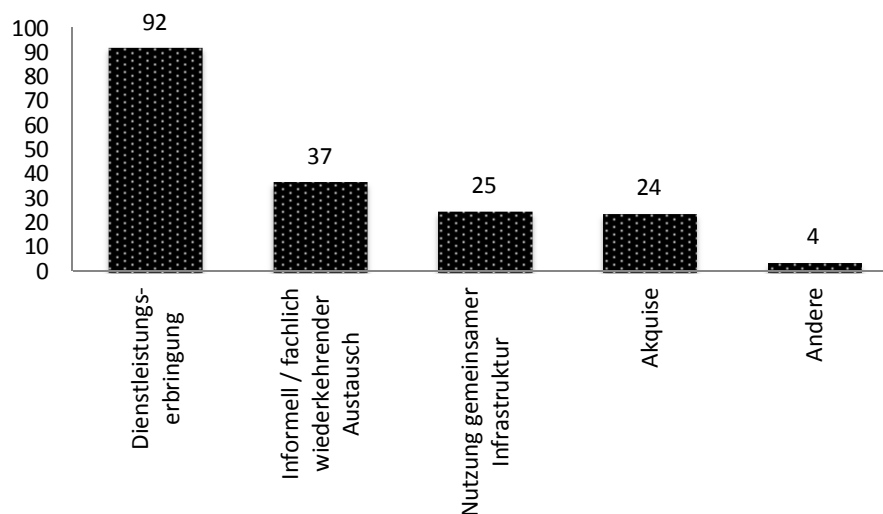


Nach Auskunft der interviewten Experten stehen im Berufsfeld der Ingenieure projektbezogene Formen der Zusammenarbeit auf (individueller und projektspezifischer) vertraglicher Grundlage im Vordergrund – meist, um von Auftraggebern gesetzten Anforderungen zu genügen. Teils würden hierfür im Vorfeld Bietergemeinschaften gegründet, teils übernehme (vor allem bei Großprojekten) ein Ingenieurbüro die Rolle des Hauptauftragnehmers, das an andere Unteraufträge vergebe. Häufig träten zwei oder drei mit einzelnen Arbeitspaketen befassten Büros gesamtschuldnerisch für Projektarbeiten in Erscheinung. In Abhängigkeit von ihren bisherigen Kooperationserfahrungen entwickle sich daraus mitunter eine turnusmäßige Zusammenarbeit. Auch komme es vor, dass aus Projektarbeiten Ingenieurnetzwerke mit locker-kontinuierlichen Konturen hervorgingen. Auch Weiterentwicklungen zu Verbindungen mit festen Vereinbarungen bis hin zu (Büro-) Zusammenschlüssen seien möglich, meist in Form von Gesellschaften bürgerlichen Rechts, Partnerschaftsgesellschaften oder Gesellschaften mit beschränkter Haftung. Daneben existierten informelle Kooperationen, die in erster Linie dem Wissensaustausch und der Aneignung von Know-how dienten.

Anders als bei Ärzten oder Rechtsanwälten dominiert bei Ingenieuren – dies geht aus der Befragung der Berufsträger hervor – nicht der informelle fachliche Austausch (37%), sondern die gemeinsame Dienstleistungserbringung (92%). Ein Viertel der Ingenieure greift auf gemeinsame Infrastruktur zurück, 24% arbeiten in Bezug auf Ak-

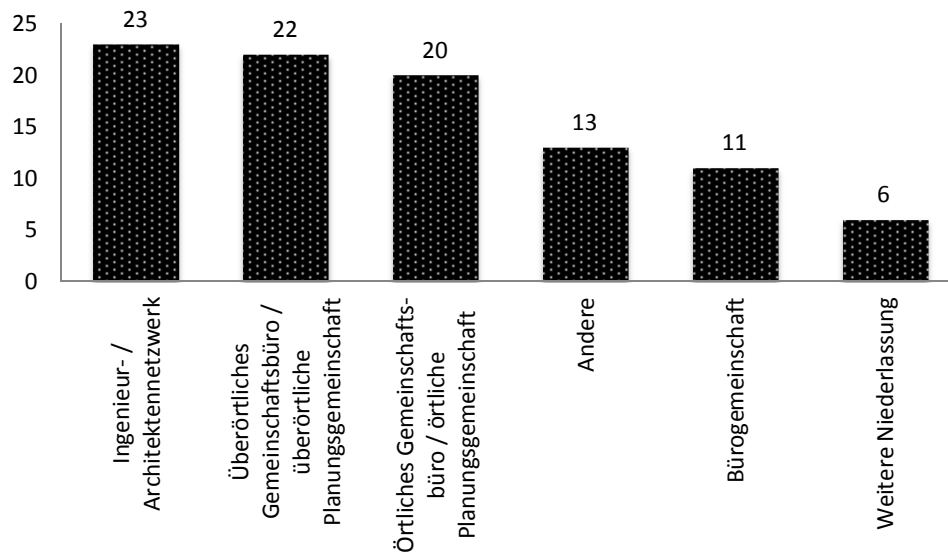
quiseangelegenheiten zusammen. Andere Bereiche sind quantitativ betrachtet kaum von Belang (4%). Auch beschränkt sich die berufliche Zusammenarbeit kooperierender Ingenieure häufig nicht auf einen einzigen Bereich. Bei 56% – dies ist eine weitere Parallele zu den beiden anderen Berufsgruppen – erstreckt sie sich auf zwei oder mehrere Gebiete (Ärzte 57%; Rechtsanwälte 55%). Ähnlich wie bei Juristen sind außerdem 34% an mehr als nur einer Kooperationsvariante beteiligt (z.B. örtliche Sozietät und Ingenieur- bzw. Architektennetzwerke) (Ärzte: 56%).

Abbildung 51: Kooperationsbereiche bei Ingenieuren (n=120; Angaben in Prozent; Mehrfachangaben)



Als Kooperationsvarianten dominieren bei den befragten Ingenieuren sowohl (über-) örtliche Gemeinschaftsbüros bzw. Planungsgemeinschaften als auch die Beteiligung an Ingenieur- oder Architektennetzwerken (20% bis 23%). Nur jeder Zehnte ist Teil einer Bürogemeinschaft. Weitere Niederlassungen kommen kaum zum Tragen (6%). Andere als die angeführten Formen (z.B. Spezialistennetzwerke) machen insgesamt 13% aus.

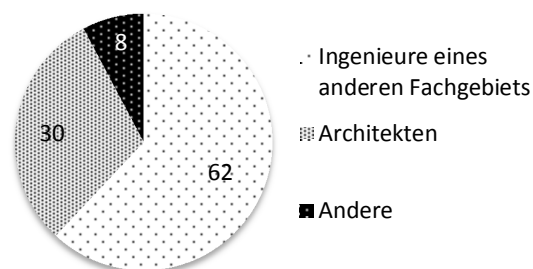
Abbildung 52: Art der Kooperationen bei Ingenieuren (n=120; Angaben in Prozent; Mehrfachangaben)



Deutlich wird darüber hinaus, dass unter Ingenieuren nicht nur generell die Neigung zur Zusammenarbeit höher ist, als in den anderen beiden in der Studie berücksichtigten Berufsgruppen, sondern zudem die Teilnahme an fachübergreifenden Kooperationen mit 73% eine stärkere Ausprägung erfährt (Rechtsanwälte: 63%; Ärzte 47%).

Fast zwei Drittel der Ingenieure arbeiten im Rahmen ihrer Kooperation mit Kollegen eines anderen Fachgebiets zusammen, ein knappes Drittel mit Architekten. Die Zusammenarbeit mit Angehörigen weiterer Berufsgruppen ist zwar grundsätzlich praxisrelevant, aber mit nur 8% eher selten.

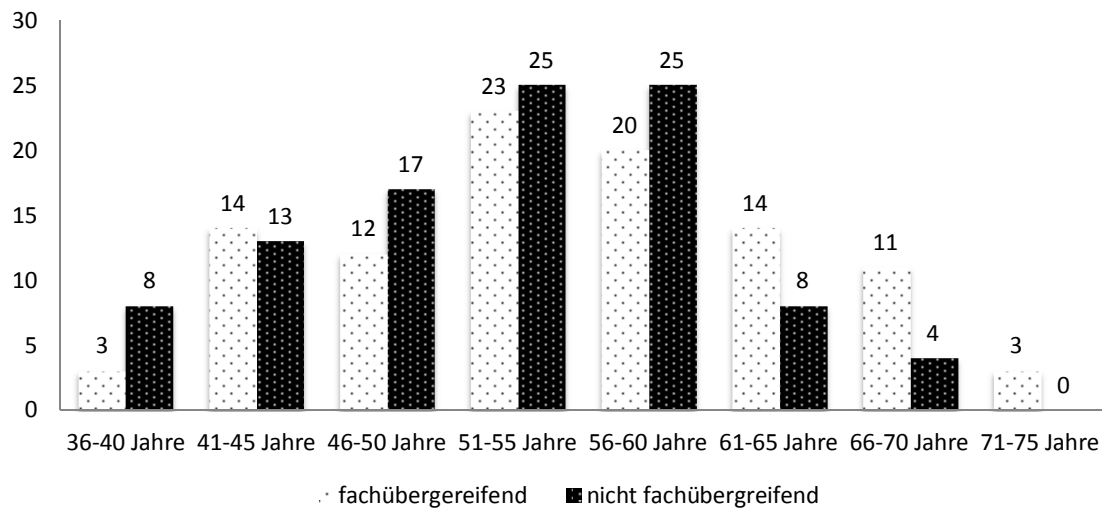
Abbildung 53: Teilnehmende an fachübergreifenden Kooperationen bei Ingenieuren (n=90; Angaben in Prozent)



Das Kooperationsgeschehen konzentriert sich überwiegend auf die mittleren Altersklassen und nimmt sowohl bei jüngeren als auch älteren Berufsträgern ab. Die meis-

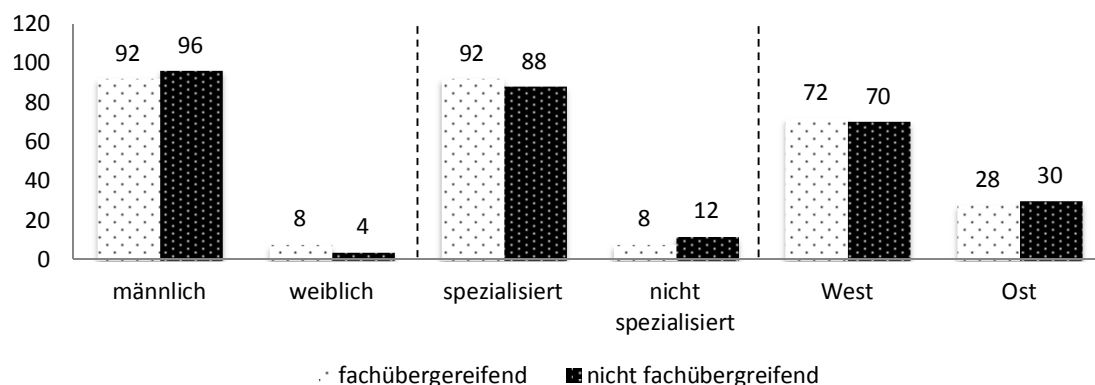
ten Altersgruppen präferieren eher nicht-fachübergreifende Formen der Zusammenarbeit, ab einem Alter von 61 Jahren kehrt sich allerdings dieses Verhältnis um.

Abbildung 54: (Nicht-) fachübergreifende Kooperationen bei Ingenieuren nach Alter (n=89; Angaben in Prozent, Mehrfachangaben)



Anders als beim Alter der Ingenieure sind beim Geschlecht, beim Bürostandort (neue oder alte Bundesländer) und beim Tätigkeitsschwerpunkt keine Auffälligkeiten in Bezug auf Beteiligungen an fachübergreifenden Kooperationen zu erkennen. Das Verhältnis beider Varianten bleibt bei allen drei Merkmalen ausgeglichen.

Abbildung 55: (Nicht-) fachübergreifende Kooperationen bei Ingenieuren nach Geschlecht, Spezialisierung und Bürositz (Angaben in Prozent)¹⁰¹



¹⁰¹ Für das Geschlecht n=86, für die Spezialisierung n=90, für den Bürositz n=87.

Ein weiterer zentraler Aspekt in Zusammenhang mit der Untersuchung von berufsfeldspezifischer Zusammenarbeit ist die „Lebensdauer“ von Kooperationen. Nach Auskunft der interviewten Experten ist hierfür weitgehend die Art der Zusammenarbeit ausschlaggebend. Während bei projektbezogenen Kooperationen der geplante Zeitraum von vornherein festgelegt (aber bei zufriedenstellender Abwicklung durchaus wiederholbar) sei, könnten über Ingenieurnetzwerke kaum Prognosen zur „Überlebensdauer“ getätigt werden. Sie repräsentierten eine lose Form der Zusammenarbeit und zeigten etwa bei Änderungen der Marktsituation rasch Auflösungserscheinungen. Gesellschaftsrechtliche Zusammenschlüsse hingegen seien häufig auf Dauer angelegt und schon auf Grund ihrer vertraglichen Konstitution stabiler. Eine Ausnahme bildeten allerdings Gesellschaften mit beschränkter Haftung, die erfahrungsgemäß bei Ingenieuren nicht lange Bestand hätten.

Für die Auflösung von Kooperationen gebe es eine Vielzahl möglicher Gründe. Bei projektbezogener Zusammenarbeit stehe die vorab festgelegte Befristung im Vordergrund, bei Ingenieurnetzwerken Veränderungen marktbezogener Rahmenbedingungen. Dazu komme bei der informellen Zusammenarbeit eine Anhebung des bestehenden Arbeitspensums von Beteiligten. Zu berücksichtigen seien des Weiteren mangelnde fachliche Kompetenzen des Partners, die unter Ingenieuren verbreitete Einzelkämpfermentalität, Dissens in finanziellen Belangen, defizitäre, für Kooperationen unverzichtbare Sozialkompetenzen der Beteiligten, intergenerationale Spannungen (bei stark divergierendem Alter der Partner), aus der gesamtschuldnerischen Haftung herrührende Konflikte, unterschiedliche Leistungsansprüche, Vertrauensverluste zwischen den Partnern, einseitige Versäumnisse bei der Termineinhaltung, Asymmetrien zwischen den Beteiligten (etwa wegen unterschiedlicher Bürogrößen oder abweichender Effizienz) und im internationalen Bereich auch unzureichende Fremdsprachenkenntnisse.

Für das Überleben der Kooperationen und die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit ist zudem wesentlich, ob die mit der Kooperation verfolgten Ziele realisiert werden konnten. Wie die an der Studie mitwirkenden Ärzte und Rechtsanwälte wurden daher

auch die Ingenieure zu diesem Thema befragt und gebeten anzugeben, welche Erwartungen für sie im Vorfeld der Zusammenarbeit wichtig waren und inwiefern sie sich erfüllt haben. Besonders positiv beurteilt werden dabei die Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit, die bessere Zukunftssicherung und die Förderung des kollegialen Austauschs (jeweils $\bar{x}=1,7$; $\tilde{x}=2$). Vergleichsweise günstig fallen auch die Angaben zur Effizienz der Aufgabenverteilung und zur weitergehenden Spezialisierung aus (beide $\bar{x}=1,8$; $\tilde{x}=2$). Ähnliches gilt für die Verbesserung der Ertragssituation und den Lastenverteilungsaspekt (beide $\bar{x}=1,9$; $\tilde{x}=2$). Die übrigen Ziele lassen sich weniger häufig verwirklichen, darunter die höhere zeitliche Flexibilität, organisatorische Vorteile (jeweils $\bar{x}=2,1$; $\tilde{x}=2$), Kostensenkungen ($\bar{x}=2,2$; $\tilde{x}=2$), die Vermeidung von Arbeitslosigkeit ($\bar{x}=2,4$; $\tilde{x}=2$), die Möglichkeit zur Beschäftigung Angestellter, die Schaffung einer breiteren Kapitalbasis (jeweils $\bar{x}=2,6$; $\tilde{x}=3$) und die Option zur Teilzeitbeschäftigung ($\bar{x}=2,8$; $\tilde{x}=3$).

Tabelle 9: Erfüllte Kooperationserwartungen bei Ingenieuren (Mittelwerte und Streuung)

	$\bar{x}$	$\tilde{x}$	σ	σ^2	n
Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit	1,65	2	0,554	0,307	78
Besserer kollegialer Austausch	1,71	2	0,564	0,318	75
Bessere Zukunftssicherung	1,71	2	0,647	0,418	78
Effizientere Aufgabenverteilung	1,79	2	0,567	0,321	78
Möglichkeit weiterer Spezialisierung	1,83	2	0,641	0,410	69
Bessere Ertragssituation	1,89	2	0,556	0,309	76
Lastenverteilung	1,89	2	0,694	0,481	74
Höhere zeitliche Flexibilität	2,08	2	0,666	0,443	61
Organisatorische Vorteile	2,12	2	0,721	0,520	59
Kosteneinsparungen	2,24	2	0,642	0,413	54
Vermeidung von Arbeitslosigkeit	2,42	2	0,604	0,364	36
Möglichkeit zur Beschäftigung Angestellter	2,58	3	0,584	0,341	24
Breitere Kapitalbasis	2,63	3	0,554	0,306	32
Möglichkeit der Teilzeitbeschäftigung	2,81	3	0,402	0,162	21

Einige der genannten Motive spielen für Ingenieure im Vorfeld der Kooperation eine geringere Rolle als andere, vornehmlich – und dies deckt sich weitgehend auch mit den Forschungsergebnissen zu Rechtsanwälten und Ärzten – die Möglichkeit zur Be-

schäftigung Angestellter und zur Teilzeitbeschäftigung, aber auch die Schaffung einer breiteren Kapitalbasis.

Abbildung 56: Erfüllte Kooperationserwartungen bei Ingenieuren I (Angaben in Prozent)

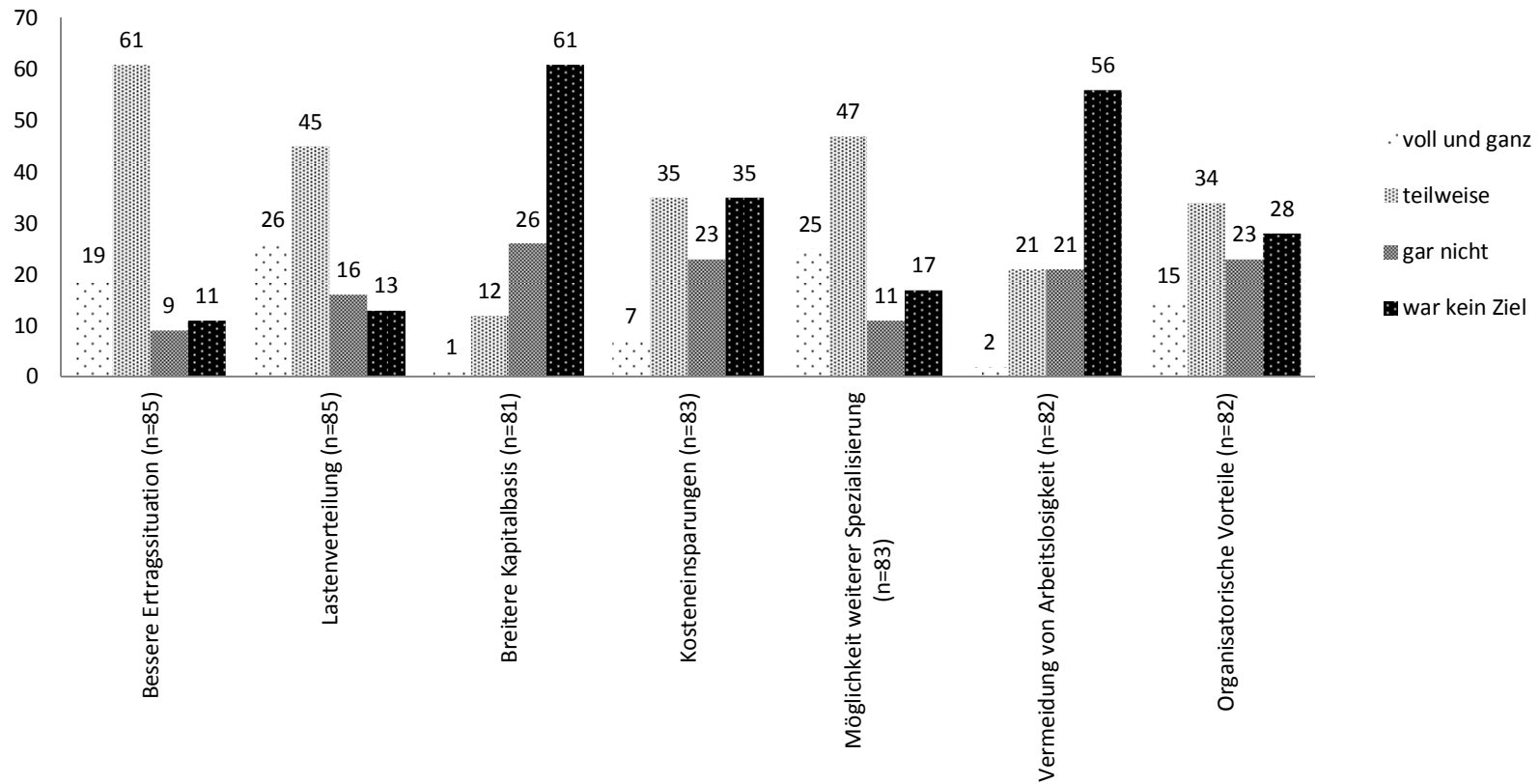
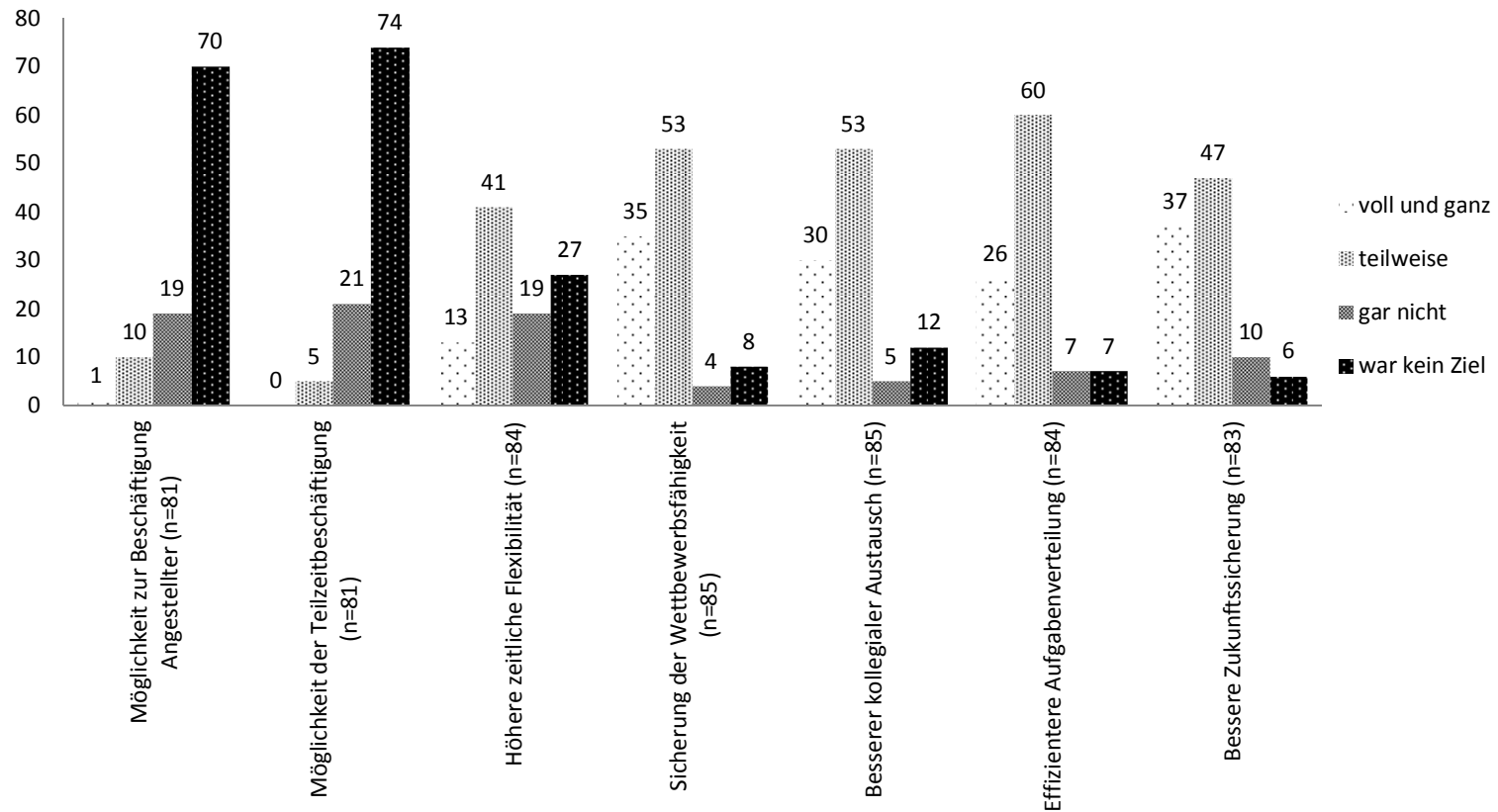


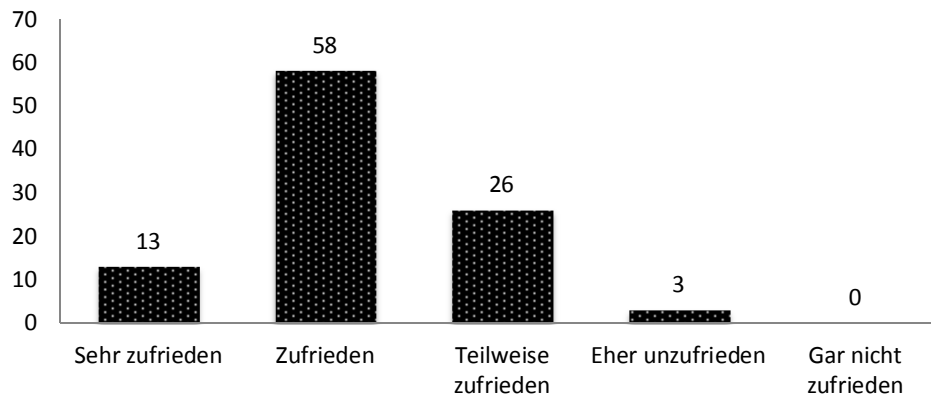
Abbildung 57: Erfüllte Kooperationserwartungen bei Ingenieuren II (Angaben in Prozent)



Bei einem Scheitern der Kooperation würden von Ingenieuren teils neue Partner gesucht, teils zögen sich die betreffenden Berufsangehörigen – soweit möglich – auf Tätigkeiten in Einzelbüros zurück.

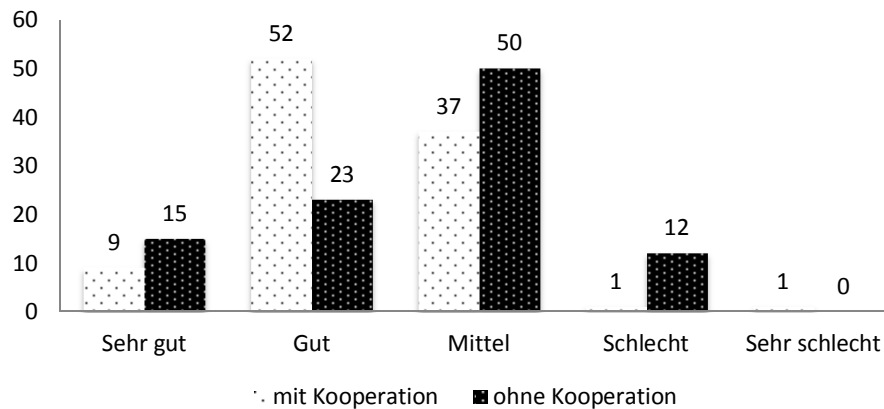
Die Zufriedenheit mit der Kooperation ist bei Ingenieuren (sehr zufrieden: 13%) insgesamt weniger gegeben als bei Ärzten (sehr zufrieden: 29%), aber dennoch beachtlich und befindet sich über dem Niveau der Rechtsanwälte (sehr zufrieden: 1%). 97% geben an, nicht unzufrieden mit ihrer Zusammenarbeit zu sein, womit in diesem Bereich Gründe für eine verfrühte Beendigung der Zusammenarbeit zu entfallen scheinen.

Abbildung 58: Zufriedenheit mit der Kooperation bei Ingenieuren (n=90; Angaben in Prozent)



Ein Vergleich zwischen kooperierenden und nicht-kooperierenden Berufsträgern zeigt, dass – im Unterschied zu Ärzten und Rechtsanwälten – die Beurteilung der persönlichen und wirtschaftlichen Lage in Relation zu Kollegen, die im selben Fachgebiet tätig sind, unter sich in einer Zusammenarbeit befindenden Ingenieuren gemessen an den Mittelwerten günstiger ausfällt ($\bar{x}=2,3$; $\tilde{x}=2$), als bei nicht-kooperierenden ($\bar{x}=2,6$; $\tilde{x}=3$). Die Berechnung von Cramer's V bestätigt diesen Eindruck ($V=0,319$; $p=0,006$).

Abbildung 59: Beurteilung der persönlichen und wirtschaftlichen Lage bei Ingenieuren (n=143; Angaben in Prozent)



Kennzeichen nicht-kooperierende Ingenieure

Für weitere Kooperationsentwicklungen im Berufsfeld der Ingenieure sind Neigungen und konkrete Planungen nicht-kooperierender Berufsträger über die Bildung bzw. den Eintritt in bestehende berufliche Verbindungen relevant. Wird nur dieser Personenkreis betrachtet, wird ersichtlich, dass sie mehrheitlich nicht bestrebt sind, in Zukunft eine berufliche Zusammenarbeit zu praktizieren: Für drei Viertel von ihnen kommt derzeit keine Kooperation in Frage. 25% schließen eine künftige Zusammenarbeit mit anderen nicht aus. Anzumerken ist auch, dass sich – anders als bei Ärzten und Rechtsanwälten – in der Stichprobe keine Berufsangehörigen, die momentan nicht mit anderen zusammenarbeiten, befanden, welche aktuell an Kooperationsverhandlungen beteiligt sind. Von einer wesentlichen Ausweitung der Zusammenarbeit auf weitere Berufsträger kann auf Grundlage der vorliegenden Ergebnisse daher kaum ausgegangen werden.

Zusammenfassung

Trotz der langjährigen Auseinandersetzung mit beruflicher Zusammenarbeit ist es den Sozial- und Wirtschaftswissenschaften bisher nicht gelungen, eine einheitliche, allgemein verbindliche Definition der Kooperation vorzulegen. Dies liegt einerseits an unterschiedlichen disziplinären Herangehensweisen, andererseits an einer Vielzahl denkbarer Charakterisierungsmöglichkeiten, die in Bezug auf Kooperationen vorgenommen werden können. Nichtsdestotrotz erfordert die wissenschaftliche Untersuchung des Phänomens Kooperation eine präzise Bestimmung, was unter ihr verstanden werden soll. Die vorliegende Studie begriff sie als Kontinuum, das von sporadischen, informellen, nicht-institutionalisierten Arten der Zusammenarbeit von mindestens zwei Akteuren bis zu dauerhaften, rechtlich stabilisierten und institutionalisierten Varianten reicht, wobei im letztgenannten Fall gesellschaftsrechtliche Anforderungen zum Tragen kommen. Auf dieser begrifflichen Grundlage untersuchte die Forschungsarbeit Kooperationen in drei Freien Berufen – Ärzte, Rechtsanwälte und Ingenieure.

Die Beweggründe für die Bildung von Kooperationen und gegebenenfalls für die Wahl der geeigneten Rechtsform sind vielfältig, reichen von ökonomischen Motivlagen über Erwartungen der organisatorischen und beruflichen Entlastung bis hin zur Erleichterung des Informationszugangs und der Verbesserung der beruflichen Interessendurchsetzung. Rahmenbedingungen, Verbreitungsgrade, Gestaltungsformen und damit verbundene Erfahrungen der Berufsträger sowie die dazugehörenden Einschätzungen der befragten Experten werden im Folgenden für alle drei Berufsgruppen nochmals zusammenfassend dargestellt.

Ärzte

Die Möglichkeiten der beruflichen Zusammenarbeit von Medizinern unterliegen einer Reihe von berufsrechtlich festgelegten Einschränkungen, die eng mit den Anforderungen der eigenverantwortlichen, medizinisch unabhängigen und nicht-gewerblichen Berufsausübung, der Wahrung der freien Arztwahl und der Erhaltung der Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient verknüpft sind. Andererseits gilt die medizini-

sche Kooperation immer mehr als einer der zentralen Problemlösungsmodi für Kostensteigerungen und (drohende) Versorgungsengpässe im deutschen Gesundheitswesen, so dass es in den letzten Jahren zu einer sukzessiven Lockerung berufsrechtlicher Kooperationsbeschränkungen kam.

Dieser Wandel vollzieht sich nicht ohne Widerstände: Kritisiert wird eine Entwicklung hin zu einem Geschäftsmodell Medizin, eine durch Delegation medizinischer Leistungen an nicht-ärztliches Personal hervorgerufene Deprofessionalisierungstendenz, das Auftreten „nicht-ärztlicher Lenker“ im Gesundheitswesen, eine mögliche Einschränkung der freien Arztwahl, eine wachsende Abhängigkeit der Ärzte von Krankenkassen sowie eine Wettbewerbszunahme in der medizinischen Leistungserbringung durch verstärktes Eindringen von Krankenhäusern in die ambulante Versorgung.

Im Zuge verschiedener Liberalisierungen im ärztlichen Berufsrecht traten neue Varianten der beruflichen Zusammenarbeit zu den bereits länger existierenden hinzu. Zugänglich sind nun Berufsausübungsgemeinschaften verschiedenen Zuschnitts (einschließlich Medizinischen Versorgungszentren), Organisationsgemeinschaften (Praxis-, Labor- und Apparatgemeinschaften; Ärztehäuser und Praxisnetze), Kooperationen mit Krankenhäusern (Beleg-, Honorar- und Konsiliarärzte, nicht-stationäre Leistungen, Praxis am Krankenhaus, Anlaufpraxis), die Anstellung bei mehreren Arbeitgebern sowie der informelle fachliche Austausch unter Kollegen.

Besagte Veränderungen bewirken eine zunehmende Komplexität von Formen der beruflichen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen; die anwaltliche Beratung für die Bildung von Kooperationen wird dadurch wichtiger. Dessen ungeachtet gibt derzeit die Mehrheit der befragten (insbesondere männlichen) Ärzte an, ausreichend über bestehende Optionen der Zusammenarbeit in ihrem Berufsfeld informiert zu sein, wenngleich ein ausbaufähiger Kenntnisstand von immerhin etwa 40% der Berufsträger nicht verleugnet werden kann.

Für die Nutzung der Kooperationsmöglichkeiten kommen verschiedene Gründe und Erwartungen zum Tragen, von denen einige vornehmlich jüngere Berufsangehörige betreffen, etwa ein intensiverer Informationsaustausch, eine erleichterte Bewältigung

von zunehmendem Konkurrenzdruck, organisatorische und berufliche Entlastungen, Ausgabensenkungen, eine günstigere Verhandlungsposition gegenüber Krankenkassen oder eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Besonderes Gewicht geben die befragten Ärzte der Ausweitung des Dienstleistungsangebots – vor allem, wenn die Mitarbeiterzahl der Praxis hoch ist – und der Erhöhung der wirtschaftlichen Kompetenz.

Mehr als die Hälfte der befragten Ärzte ist bereits Teil einer Kooperation. Von ihnen beteiligen sich mehr als 50% an mehr als nur einer Kooperationsvariante. Sie bevorzugen in erster Linie informelle Arten der Zusammenarbeit (jüngere Berufsträger mehr als ältere), die gemeinsame Dienstleistungserbringung und (mehr noch Frauen) die Nutzung von gemeinsamer Infrastruktur.

Häufig besitzt die Zusammenarbeit fachübergreifenden Charakter, besonders in den alten Bundesländern. Sie konzentriert sich in diesem Fall meist auf Ärzte eines anderen Fachgebiets, nicht auf Berufsangehörige außerhalb des Ärztestands.

Unter den Kooperationsgemeinschaften dominiert die örtliche Berufsausübungsgemeinschaft. Überwiegend handelt es sich um gemessen an der Mitglie­derzahl kleine Kooperationsvarianten mit nur einem Partner. Die Zahl der Beteiligten nimmt allerdings geringfügig mit dem Lebensalter der betreffenden Personen zu.

Bestimmte, mit der Kooperation in Verbindung gebrachte Erwartungen, deren Verwirklichung für die Fortführung der Zusammenarbeit ein zentrales Kriterium ist, haben sich für die betreffenden Berufsträger eher erfüllt als andere, darunter die Realisierung organisatorischer Vorteile und die Intensivierung des kollegialen Austauschs – im Gegensatz zur Schaffung einer breiteren Kapitalbasis und zur Möglichkeit der Beschäftigung Angestellter.

Für die Beendigung der Zusammenarbeit gibt es jedoch auch andere Gründe. Dazu gehören unter anderem in wirtschaftlicher Hinsicht die ungleiche Aufgabenerledigung bei gleicher Gewinnbeteiligung und Ungleichgewichte der Investition seitens der involvierten Partner, Haftungsprobleme, divergente unternehmerische Strategien oder auch Komplikationen, die von vertraglich unpräzisen Regelungen herrühren. Ei-

ner Auflösung entgegenwirkende Faktoren sind anfallende Ausstiegskosten und die Praxisgröße: bei umfangreichen Verbindungen sind die finanziellen Anreize zur Beibehaltung der Zusammenarbeit stärker.

Kooperierende Ärzte geben sich mit ihrer Zusammenarbeit überwiegend zufrieden bis sehr zufrieden. Allerdings schätzen sie ihre persönliche und wirtschaftliche Situation nicht günstiger ein, als Kollegen, die keine Form der Zusammenarbeit praktizieren. Mehrheitlich schließen die befragten Mediziner eine (weitergehende) Beteiligung an Kooperationen nicht aus, wobei die Option zur Anstellung in Medizinischen Versorgungszentren eine nur geringe Anziehungskraft ausstrahlt. Die Hinwendung zur Vertiefung der Zusammenarbeit ist unter kooperierenden Ärzten größer als bei nicht-kooperierenden Berufsträgern – etwaige Vorbehalte scheinen in der ersten Gruppe eher abgebaut zu sein.

Die Mehrheit der nicht-kooperierenden Mediziner strebt derzeit auch keine Kooperation an. Für diejenigen unter ihnen, bei denen dies anders ist, wirkt vor allem die Teilnahme an örtlichen Berufsausübungsgemeinschaften anziehend.

Rechtsanwälte

Wie schon bei der Berufsgruppe der Ärzte gezeigt werden konnte, führten tiefgreifender Veränderungen in den Rahmenbedingungen der Berufsausübung auch bei Rechtsanwälten zu einer Liberalisierung berufsrechtlicher Restriktionen der Zusammenarbeit, wenngleich manche Bestimmungen, die sich aus dem Status der Freiberuflichkeit und der Festlegung sozietätsfähiger Berufe ergeben, dadurch nicht obsolet geworden sind.

Ausgelöst durch eine beständige Vermehrung der Rechtsanwaltszahl, Rechtsberatungsanbietern aus dem Ausland und eine Zunahme von Rechtsberatungsleistungen durch Nicht-Juristen wächst auch der Konkurrenzdruck für Anwälte. Faktoren, die ebenfalls kooperationsförderlich wirken, sind die anwaltliche Spezialisierung, Komplexitätszuwächse der Rechtsmaterien und eine verstärkte Nachfrage nach Dienstleistungen aus einer Hand. Auch sind Anwälte zur sachgerechten Leistungserbringung

immer häufiger auf die Zusammenarbeit auch mit Nicht-Juristen angewiesen. Infolgedessen weichen sich allmählich bestehende berufsrechtliche Kooperationsbeschränkungen auf, ohne aber gänzlich zu verschwinden.

Aller Erleichterungen der Zusammenarbeit zum Trotz ist das Kooperationsgeschehen in der deutschen Rechtsanwaltschaft gemessen an internationalen Maßstäben allerdings noch gering, obwohl mit einer Ausweitung der beruflichen Zusammenarbeit gerechnet wird. Eine nicht unerhebliche Rolle für diese Einschätzung spielt die unter jungen Berufsträgern geringere Ausprägung von Berührungängsten in Bezug auf eine Kooperationsteilnahme; der anwaltliche Nachwuchs könnte aus diesem Grund langfristig für eine Zunahme des Kooperationsgeschehens sorgen.

Verfügbare Optionen der beruflichen Zusammenarbeit von Rechtsanwälten sind zurzeit neben informellen Spielarten sowohl lokal begrenzte als auch überörtliche Sozietäten bis hin zu international agierenden „Law Firms“, Organisationsgemeinschaften (Bürogemeinschaft) und andere Varianten wie die Beteiligung an Rechtsanwaltsnetzwerken und „integrated teams“. Zulässig sind mittlerweile auch so genannte „Sternsozietäten“, in deren Rahmen die Mitgliedschaft in mehreren anwaltlichen Berufsausübungsgemeinschaften praktiziert werden kann. Problematisch, aber dennoch vorhanden sind darüber hinaus „Scheinsozietäten“, in denen freie Mitarbeiter oder Angestellte intern keine gesellschaftertypischen Rechte besitzen, in der Außendarstellung jedoch alle Risiken von Gesellschaftern mitzutragen haben.

Nicht nur für Ärzte, auch in der Rechtsanwaltschaft führten zahlreiche Veränderungen der letzten Jahre zu einer Zunahme an Komplexität von Möglichkeiten der beruflichen Zusammenarbeit. Dessen ungeachtet schätzen derzeit ca. zwei Drittel der befragten Anwälte ihren Informationsstand hierzu als ausreichend ein.

Subjektive Kooperationserwartungen der Rechtsanwälte sind vielfältig und betreffen unter anderem die Erleichterung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, die Verringerung der unternehmerischen, organisatorischen und beruflichen Aufgaben, Kosteneinsparungen, die Verbesserung des kollegialen Austauschs oder die Ausweitung des Dienstleistungsangebots. Den befragten Berufsträgern – zumal den jüngeren,

deren Erstzulassung und Kanzleieinstieg noch nicht weit zurückliegt – sind insbesondere die Ausweitung des Dienstleistungsangebots sowie die Möglichkeit zur weiteren Spezialisierung wichtig.

Die aktuelle Kooperationsbeteiligung der Rechtsanwälte beläuft sich auf 43% und befindet sich damit auf einem niedrigeren Niveau als bei Ärzten. Sie ist bei jüngeren Anwälten mit geringerer Berufserfahrung und höherem Arbeitspensum ausgeprägter. Im Hinblick auf die fachübergreifende Zusammenarbeit sind überdies bestimmte Muster erkennbar. Häufig werden Arbeits- und Sozialrecht, Medizin- und Versicherungsrecht, Baurecht und fachliche Ansichten von Architekten oder Familienrecht und psychologische Einschätzungen miteinander verknüpft. Auf internationalem Gebiet kann zudem auch ausländisches Recht (etwa Erb- und Familienrecht) relevant werden. Rechtsanwälte, die in diesen Bereichen tätig sind (bzw. deren Arbeitsbereich eine stärkere internationale Verknüpfung aufweist), sind auf Grund der inhaltlichen Verflechtungen einem höheren Kooperationsdruck als andere ausgesetzt. Darüber hinaus kann festgestellt werden, dass die fachübergreifende Zusammenarbeit, nicht nur mit Kollegen eines anderen Fachgebiets, sondern auch mit nicht-anwaltlichen Berufsangehörigen ausgeprägter ist als bei Ärzten.

Bei den Kooperationsbereichen ist der informelle fachliche Austausch, die gemeinsame Dienstleistungserbringung und die Zusammenarbeit zu Akquisezwecken zentral, während die Nutzung gemeinsamer Infrastruktur eine wesentlich geringere Relevanz besitzt, als es bei Ärzten der Fall ist. In diesem Zusammenhang lässt sich des Weiteren feststellen, dass das Gewicht der Dienstleistungserbringung mit steigender Mitarbeiterzahl der Kanzlei wächst. Der informell fachliche und wiederkehrende Austausch gewinnt an Bedeutung, wenn die Zulassung zur anwaltlichen Berufsausübung noch nicht lange zurückliegt und die Berufserfahrung noch vergleichsweise gering ist. Ähnliches gilt für die Zusammenarbeit bei Akquiseangelegenheiten. Zudem beschränken sich kooperierende Rechtsanwälte mehrheitlich nicht auf nur einen Kooperationsbereich.

Unter den Formen der Zusammenarbeit andererseits dominieren vor allem Bürogemeinschaften und die Einbindung in Rechtsanwaltsnetzwerke. Bedeutende Rechtsformen sind in erster Linie Gesellschaften bürgerlichen Rechts, Partnerschaftsgesellschaften, und Gesellschaften mit beschränkter Haftung. Eine gewisse Rolle spielen auch Limited Liability Partnerships.

Auch in der Rechtsanwaltschaft stehen eher Kooperationen mit einer geringeren Mitgliederanzahl im Vordergrund. Die Zusammenarbeit mit mehr als drei Partnern liegt aber häufiger vor als bei Ärzten, und zwar unabhängig vom regionalen Ausdehnungsgrad der Sozietät. Bei einer umfangreicheren Zusammenarbeit stehen tendenziell mittlere Altersklassen im Vordergrund.

In Erfüllung gegangene Kooperationserwartungen bestehen in erster Linie in der Verbesserung des fachlichen Informationsaustauschs, in der Zukunftssicherung, der Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit und der Möglichkeit zur Spezialisierung. Abgesehen von nicht erfüllten Kooperationserwartungen können verschiedene Gründe für eine Beendigung der Zusammenarbeit sorgen, darunter finanzielle Erwägungen, die mangelhafte oder verzögerte Leistungserbringung von Partnern, defizitäre wirtschaftliche oder soziale Kompetenzen der Beteiligten, von vertraglichen Ungenauigkeiten herrührende Konflikte oder auch asymmetrischen Beziehungen zwischen den involvierten Partnern. Eine Erhöhung der Arbeitslast kann sich darüber hinaus negativ auf die Fortführung einer informellen Zusammenarbeit auswirken. Andererseits sind die wirtschaftlichen Kosten einer Kooperationsbeendigung insbesondere bei größeren Zusammenschlüssen unter Umständen hoch und wirken so einer Auflösung tendenziell entgegen. Auch entwickelt sich bei längerer „Lebensdauer“ einer (engeren) Zusammenarbeit in der Regel eine „Kanzleikultur“, die einer Auflösung entgegenwirkt.

Insgesamt zeigen sich kooperierende Rechtsanwälte mit ihrer Zusammenarbeit zufrieden. Ihre persönliche und wirtschaftliche Situation beurteilen sie jedoch nicht besser als Kollegen, die derzeit keine Zusammenarbeit praktizieren.

Die Bereitschaft, (weitere) Kooperationen einzugehen, ist mit 14% deutlich geringer ausgeprägt als bei Ärzten. Sie steigt, wenn bereits eine Zusammenarbeit stattfindet,

das Alter noch gering ist, die Erstzulassung noch nicht weit in der Vergangenheit liegt, das Ausmaß der Berufserfahrung noch vergleichsweise niedrig und die Zahl der Kanzleimitarbeiter umfangreicher ist. Nicht-kooperierende Rechtsanwälte zeigen meist kein Interesse an der Gründung oder einem Beitritt zu einer Kooperation. Für diejenigen unter ihnen, die sich durch eine diesbezügliche Bereitschaft auszeichnen, sind vornehmlich überörtliche Sozietäten und Berufsausübungsgemeinschaften attraktiv.

Ingenieure

Ingenieure sind mit erheblich geringeren berufsrechtlichen Barrieren der Kooperation konfrontiert als die beiden anderen behandelten Berufsgruppen. (Eine Ausnahme bilden Vermessungsingenieure, die auch amtliche Aufgaben erfüllen und daher strengere Vorgaben einzuhalten haben). Ebenso ist die Änderungsdynamik der Bestimmungen deutlich schwächer ausgeprägt.

Wie bei Ärzten und Rechtsanwälten nimmt allerdings auch bei freiberuflich tätigen Ingenieuren der Druck zur Kooperationsintensivierung stetig zu (auch wenn der hierzulande attestierte Ingenieurmangel dieser Entwicklung ein wenig entgegenwirken dürfte). Gründe dafür liegen in einer wachsenden Konkurrenz aus dem Ausland (während deutsche Ingenieurbüros außerhalb Deutschlands kaum Präsenz zeigen), in der Anwesenheit außer-professioneller Leistungsanbieter (wie Produktions- und Bauunternehmen, welche Beratungs- und Planungsarbeiten übernehmen) sowie den gewerblich agierenden Ingenieuren. Hinzu kommt ein rasanter, für den Ingenieurbereich enorm relevanter Wissensfortschritt und eine gemessen an internationalen Maßstäben geringe durchschnittliche Bürogröße, während Auftraggeber dieser Berufsgruppe zunehmend zur Vergabe umfassender und fachübergreifender Gesamtplanungen mit heterogenen Leistungsanforderungen neigen und so die Gewährleistung fachlicher Ergänzung mehrerer Büros für die Auftragserledigung unumgänglich machen.

Zu den Ingenieuren zugänglichen Kooperationsvarianten gehören Sozietäten bzw. Partnerschaften (insbesondere Projektarbeitsgemeinschaften und weitere Niederlas-

sungen), Organisationsgemeinschaften (Büro- bzw. Apparategemeinschaften) sowie weitere Formen der Zusammenarbeit im Rahmen von Ingenieur- bzw. Architekten-netzwerken.

Die geringere Zahl an berufsrechtlichen Kooperationsbeschränkungen und Regelungsänderungen verleitet zunächst zur Annahme, dass Ingenieure eher als Ärzte oder Rechtsanwälte einen Überblick über ihre bestehenden Kooperationsoptionen wahren können. Zumindest auf Grundlage der Selbsteinschätzungen der befragten Berufsträger muss diese Vermutung jedoch revidiert werden. Im Gegenteil: Die Meinung, ausreichend über dieses Thema informiert zu sein, ist unter Ingenieuren weit- aus geringer verbreitet als in den anderen beiden Berufsgruppen. Das liegt vor allem daran, dass sich – anders als Rechtsanwälte und Ärzte – Berufsträger, die erst seit kür- zerer Zeit ihrem Beruf nachgehen, häufig keine eindeutige Einschätzung ihres Kennt- nisstandes hierzu zutrauen. Des Weiteren legt dieser Befund die Vermutung nahe, dass der beschleunigte Wandel von berufsrechtlichen Regelungen in Bezug auf be- rufliche Zusammenarbeit in den anderen beiden Berufsgruppen Rechtsanwälte und Ärzte stärker dazu animiert, sich mit ihren bestehenden Kooperationsmöglichkeiten auseinanderzusetzen.

Abgesehen von den schon genannten Kooperationsgründen spielen für Ingenieure weitere (subjektive) Motive eine nicht unerhebliche Rolle, darunter der erleichterte Zugang zu technischem Wissen, wirtschaftliche Erwägungen (einschließlich Marktbe- hauptung), die berufliche Durchsetzungsfähigkeit, Risikostreuung, die Ausweitung des Dienstleistungsangebots oder auch die bessere Zukunftssicherung. Dabei zeigt sich, dass der Spezialisierungsaspekt als besonders wichtig eingeschätzt wird, vor al- lem, wenn die Berufsträger eine noch geringe Berufserfahrung vorzuweisen haben. Von zentraler Bedeutung ist für die befragten Berufsangehörigen zudem die Bereit- stellung eines breiteren Dienstleistungsangebots. Das Gewicht dieses Motivs nimmt mit steigender Mitarbeiterzahl der Ingenieurbüros zu.

Der Berufsstand der Ingenieure weist eine deutlich höhere Neigung zur Zusammen- arbeit auf als Ärzte oder Rechtsanwälte. 82% praktizieren mindestens eine Form der

Kooperation. Sie ist bei jüngeren Berufsträgern, deren Erstzulassung noch nicht weit in die Vergangenheit reicht und bei Ingenieuren mit höherem Arbeitspensum stärker ausgeprägt. Anders als in den beiden zuvor behandelten Berufsgruppen dominieren im Ingenieurwesen zeitlich befristete Projektarbeiten, bei denen die (geplante) Laufzeit der Zusammenarbeit von vornherein begrenzt ist.

Der zentrale Bereich der Zusammenarbeit ist nicht wie bei Ärzten und Rechtsanwälten der informell fachlich wiederkehrende Austausch (der jedoch auch bei Ingenieuren nicht zu vernachlässigen ist), sondern die gemeinsame Dienstleistungserbringung. Wie in den beiden anderen Berufsgruppen erstreckt sich die Zusammenarbeit mehrheitlich nicht auf lediglich einen einzigen Bereich. Die gebräuchlichsten Kooperationsformen sind Ingenieur- bzw. Architektennetzwerke sowie die Unterhaltung überörtlicher Gemeinschafts- bzw. Planungsbüros. Ca. ein Drittel der kooperierenden Ingenieure beschränkt sich überdies nicht auf die Teilnahme an nur einer Kooperationsform. Sehr häufig hat im Berufsfeld der Ingenieure – deutlich mehr als bei Rechtsanwälten und Ärzten – die Zusammenarbeit fachübergreifenden Charakter, besonders, wenn das Lebensalter 60 Jahre übersteigt. Beteiligt sind dann zumeist Ingenieure eines anderen Fachgebiets und Architekten. Des Weiteren neigen die betreffenden Berufsangehörigen wie die Berufsträger der beiden anderen Gruppen eher zur Bildung kleiner Kooperationen. Immerhin ein Drittel der in eine Zusammenarbeit involvierten Ingenieure verfügt aber über mehr als drei Partner.

Unter den mit der Kooperation in Verbindung gebrachten Zielsetzungen werden bei Ingenieuren in erster Linie die Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit, die bessere Zukunftssicherung sowie die Verbesserung des kollegialen Austauschs realisiert. Nicht erreichte Kooperationsziele bilden einen wesentlichen Grund für die Beendigung einer bestehenden Zusammenarbeit. Daneben gibt es für Ingenieure diverse weitere Gründe, die zur Auflösung einer Kooperation führen können. Dazu gehören Änderungen der marktspezifischen Rahmenbedingungen (vor allem in Zusammenhang von Ingenieur- bzw. Architektennetzwerken) sowie mangelhafte Fach- und Sozialkompetenzen bzw. eine fehlende Zuverlässigkeit der Partner. Eine wichtige Rolle spie-

len unter anderem auch finanzielle Erwägungen, intergenerationale Spannungen zwischen den Beteiligten, aus einer gesamtschuldnerischen Haftung resultierende Konflikte, ein divergenter Leistungsethos der Involvierten und bei internationaler Zusammenarbeit auch mangelhafte Fremdsprachenkenntnisse.

Alles in allem äußern sich kooperierende Ingenieure mit ihrer Zusammenarbeit allerdings zufrieden, wenngleich auf niedrigerem Niveau als Ärzte und Rechtsanwälte. Die persönliche und wirtschaftliche Situation wird von den kooperierenden Berufsangehörigen geringfügig günstiger beurteilt als von Kollegen, die momentan nicht Teil einer Kooperation sind.

Festzustellen ist darüber hinaus, dass – ähnlich wie bei Ärzten, mehr allerdings als bei Rechtsanwälten – die Bereitschaft zur (weiteren) Kooperationsbildung bei einem Drittel der Ingenieure gegeben ist. Sie ist deutlich höher, wenn die Betroffenen bereits an einer Form der beruflichen Zusammenarbeit teilnehmen, während nicht-kooperierende Berufsangehörige meist nicht geneigt sind, in Zukunft eine Kooperation einzugehen.

Der letztgenannte Umstand spricht bei allen drei untersuchten Berufsgruppen eher für eine Erweiterung des Kooperationsgeschehens durch schon kooperierende Berufsträgern denn für eine deutliche Ausweitung der Zusammenarbeit auf immer weitere Mitglieder des jeweiligen Berufsstands, sofern die Betroffenen ihren Intentionen in der angegebenen Form Taten folgen lassen. Diese Einschätzung einschränkend konnte andererseits eruiert werden, dass jüngere Berufsträger in allen drei Gruppen weniger Vorbehalte gegenüber beruflicher Zusammenarbeit aufweisen als ältere – nicht zuletzt, weil ihre berufliche Sozialisation bereits relativ häufig bei der Kooperationspraxis ansetzt. Sie könnten daher auf lange Sicht – im Verbund mit einem ohnehin zunehmenden Druck zu mehr Zusammenarbeit angesichts sich wandelnder beruflicher Rahmenbedingungen – für eine Kooperationsexpansion in ihren Berufsfeldern sorgen.

Literaturverzeichnis

Anwaltsblatt (2013): Fremdbesitz an Kanzleien. Verfügbar unter: <http://anwaltsblatt.anwaltverein.de/rechtsprechung-details/items/Fremdbesitz.html>. Letzter Zugriff am 24.01.2013.

Ausschuss der Verbände und Kammern der Ingenieure und Architekten für Honorarordnung e.V. (Hrsg.) (2011): AHO-Bürokostenvergleich 2010. Studie des Instituts für Freie Berufe Nürnberg im Auftrag des AHO. Berlin.

Apelt, Maja (1999): Vertrauen in der zwischenbetrieblichen Kooperation. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.

Armbruster, Susanne; Bausch, Frank; Becker, Ekkehard; Diel, Franziska; Hujer, Heide; Klawonn, Barbara; Klute, Gesine; Lubs, Susanne; Mecklenburg, Tanja; Mehnert, Dorothy; Nagel, Renate; Pellarin, Oliver; Ramolla, Peter; Riedl, Franz; Rücker, Antje; Schenk, Walter; Schmidt, Heiko (2007): Kooperationskompass – Wege ärztlicher Zusammenarbeit. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Axelrod, Robert (2000): Die Evolution der Kooperation. München: Oldenbourg.

Bäcker, Gerhard; Naegele, Gerhard; Bispinck, Reinhard; Hofemann, Klaus; Neubauer, Jennifer (2008): Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland, Bd.1: Grundlagen, Arbeit, Einkommen und Finanzierung. Wiesbaden: VS-Verlag.

Balling, Richard (1998): Kooperation. Strategische Allianzen., Netzwerke, Joint Ventures und andere Organisationsformen zwischenbetrieblicher Zusammenarbeit in Theorie und Praxis. Frankfurt a.M.: Peter Lang.

Bayerische Ingenieurkammer – Bau (2011): Ergebnisse der Konjunkturmfrage 2011. München: Bayerische Ingenieurkammer – Bau.

Bayerisches Ärzteblatt SPEZIAL 3/2012 (ohne Autor): Ausschüsse und Kommissionen. 7-15.

Berg, Christiane (2012): Lokale Lösungen, globale Herausforderungen. In: Niedersächsisches Ärzteblatt 09/2012. 42-43.

Best, Heinrich (2011): Kooperationsstrategien spezialisierter Ingenieurberatungsunternehmen im internationalen Wettbewerb. Weimar: Bauhaus-Universität Weimar.

Betz, Wolfgang (1992): Genossenschaften freier Berufe. Eine Untersuchung ihrer Strukturen, Aufgaben und Entfaltungsmöglichkeiten. Neuendettelsau: Freimund-Verlag.

BRAK-Ausschuss „Internationale Sozietäten“ (2008): Empfehlungen des BRAK-Ausschusses „Internationale Sozietäten“. In: BRAK-Mitteilungen 1/2008: 17-20.

Bundesärztekammer (2008): Niederlassung und berufliche Kooperation. Neue Möglichkeiten. Verfügbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100-.1144.6198>. Letzter Zugriff am 03.02.2013.

Bundesministerium für Gesundheit (2010): Integrierte Versorgung. Verfügbar unter: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/zusatzleistungen-wahltarife/integrierte-versorgung.html>. Letzter Zugriff am 21.03.2012.

Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2009): Innovative Kooperationsmodelle (IKOM). Verfügbar unter: <http://www.bmwi.de/Dateien/BMWi/PDF/IT-Gipfel/it-gipfel-ikom,property=pdf,bereich=bmwi2012,sprache=de,rwb=true.pdf>. Letzter Zugriff am 03.02.2013.

Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2010): Existenzgründung und Freie Berufe. Begleitbroschüre zum eTraining „Existenzgründung und Freie Berufe“. Berlin: Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie.

Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2013a): Limited – private company limited by shares. Verfügbar unter: <http://www.existenzgruender.de/selbstaendigkeit/vorbereitung/gruendungswissen/rechtsform/00447/index.php>. Letzter Zugriff am 24.01.2013.

Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2013b): Existenzgründung – Weg in die Selbständigkeit. Verfügbar unter: <http://www.existenzgruender.de/selbstaendigkeit/vorbereitung/gruendungswissen/rechtsform/index.php>. Letzter Zugriff am 24.01.2013.

Bundesrechtsanwaltskammer (2012a): Keine Zulassung einer Rechtsanwaltsgesellschaft als GmbH & Co. KG. In: BRAK Mitteilungen. 02/2012. 77-79.

Bundesrechtsanwaltskammer (2012b): Entwicklung der Zahl zugelassener Rechtsanwälte seit 1915. Verfügbar unter: <http://www.brak.de/fuer-journalisten/zahlen-zur-anwaltschaft/>. Letzter Zugriff am 21.09.2012.

Bundesrechtsanwaltsordnung (2011): Bundesrechtsanwaltsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 303-8, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist.

Busse, Felix (2008): Berufsethik. In: Deutscher Anwaltverein. Forum junge Anwaltschaft (Hrsg.): Ratgeber für junge Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte. Berlin: Deutscher Anwaltverlag. 61-72.

Companies House (2013): Limited Liability Partnerships (LLPs). FAQs. Verfügbar unter: <http://www.companieshouse.gov.uk/infoAndGuide/faq/llpFAQ.shtml>. Letzter Zugriff am 24.01.2013.

Contractor, Farok J.; Laronge, Peter (1988): Why should firms cooperate? The strategy and economics basis for cooperative ventures. In: Dies.: Cooperative strategies in international business. Lexington: Lexington Books. 3-30.

Czaja, Mario; Meinlschmidt, Gerhard; Bettge, Susanne (2012): Sozialindikative Planung der regionalen ärztlichen Versorgung. Ein Diskussionsbeitrag für Berlin am Beispiel der Psychotherapeuten und Hausärzte. In: Gesundheits- und Sozialpolitik. Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen. 03/2010. 34-43.

Deckenbrock, Christian (2011): 5. Satzungsversammlung: Chance für die überfällige Modernisierung der BORA. In: AnwBl 10/2011. 705-712.

Deitz, Georg D.; Tokman, Mert; Richey, R. Glenn; Morgan, Robert M. (2010): Joint Venture Stability and Cooperation: Direct, Indirect and Contingent Effects of Resource Complementary and Trust. In: Industrial Marketing Management 39/2010. 862-873.

Deutscher Bundestag (1991): Drucksache 12/21. 6. Verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/12/000/1200021.pdf>

- Deutscher Genossenschafts- und Raiffeisenverband e.V. (2011):** Gründerfibel Ärz-
tegenossenschaften. Berlin: Deutscher Genossenschafts- und Raiffeisenverband e.V.
- Distler, Bianca (2010):** Die Einführung Medizinischer Versorgungszentren und ihre
Auswirkungen auf den Arzt als Freiberufler. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.
- Doblhammer, Gabriele; Fritze, Thomas (2012):** Demographische Einflussfaktoren
auf Pflege und Demenzerkrankungen. In: Die BKK. Zeitschrift der Betrieblichen Kran-
kenversicherung. 09/2012. 400-403.
- Eggert, Kerstin (2011):** STAR: Umsatz- und Einkommensentwicklung der Rechtsan-
wälte 1996 bis 2008. In: BRAK-Mitteilungen 3/2011. 118-122.
- Engelken, Eva (2011):** Der ausgelagerte Jurist. In: Handelsblatt. 20.11.2011. 18.
- Fontanari, Martin (1996):** Kooperationsgestaltungsprozesse in Theorie und Praxis.
Berlin: Duncker & Humboldt.
- Frank, Christian (1994):** Strategische Partnerschaften in mittelständischen Unter-
nehmen. Option zur Sicherung der Eigenständigkeit. Wiesbaden: Deutscher Universi-
tätsverlag.
- Franke, Dieter (2008):** Wie sehen Rechtsanwälte ihre Zukunft? Ergebnisse empiri-
scher Untersuchungen. In: (Vortrag am DATEV-Kongress 09/2008) 69-75.
- Frerich, Johannes; Frey, Martin (1993):** Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik
in Deutschland, Band 3: Sozialpolitik in der Bundesrepublik Deutschland bis zur Her-
stellung der Deutschen Einheit. München/Wien: Oldenbourg.
- Friese, Marion (1998):** Kooperation als Wettbewerbsstrategie für Dienstleistungsun-
ternehmen. Wiesbaden: Gabler.
- Fruhner, Julia Beatrice (2012):** Drei Ärzte, eine Philosophie. Kooperatives Beleg-
arztwesen am Beispiel einer urologischen Praxis in Winsen an der Luhe. In: Nieder-
sächsisches Ärzteblatt 09/2012. 8-13.
- Gablers Wirtschaftslexikon (2012a):** Integrierte Versorgung. Letzter Zugriff am
21.03.2012.

Gablers Wirtschaftslexikon (2012b): Virtuelle Organisation. Verfügbar unter: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/10822/virtuelle-organisation-v8.html>. Letzter Zugriff am 11.12.2012.

Gaß, Gerald (2012): Integration ambulant-stationärer Versorgung zur Sicherstellung medizinischer Grundversorgung in der Fläche. In: Gesundheits- und Sozialpolitik. Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen. 48-52.

Goldammer, Dietmar (1997): Management im Ingenieurbüro. In: Goldammer, Dietmar (Hrsg.): Das Ingenieurbüro – ein Unternehmer-Handbuch. Köln: Verlagsgesellschaft Rudolf Müller. 21-43.

Goldammer, Dietmar; Rollhagen, Klaus (1997): Herausforderungen der Zukunft. In: Goldammer, Dietmar (Hrsg.): Das Ingenieurbüro – ein Unternehmer-Handbuch. Köln: Verlagsgesellschaft Rudolf Müller. 321-331.

Gottschall, Karin (2008): Soziale Dienstleistungen zwischen Informalisierung und Professionalisierung - oder: der schwierige Abschied vom deutschen Erbe sozialpolitischer Regulierung, In: ARBEIT, Zeitschrift für Arbeitsforschung, Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik 17 (4): 254-267.

Hartung, Wolfgang (1995): Sozietät oder Kooperation? Zwei unterschiedliche Formen beruflicher Zusammenarbeit. In: Anwaltsblatt 07/1995. 333-338.

Henssler, Martin (2005): Freie Fahrt für die Anwalts-AG. In: AnwBl 06/2005. 374-377.

Hohlheimer, Irene; Oberlander, Willi (2005): Kooperationen bei Rechtsanwälten. Disziplinäre und interdisziplinäre Zusammenarbeit im Rahmen gesetzlich geregelter und nicht geregelter Formen. Nürnberg: Institut für Freie Berufe.

Hübner, Denis (2012): Nachgebessert. Seit Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes sind die Gründung und das Betreiben eines Medizinischen Versorgungszentrums an engere Voraussetzungen gebunden. Ein Überblick. In: Niedersächsisches Ärzteblatt 06/2012. 48-49.

Huff, Martin (2012): Die Lage der deutschen Anwaltschaft. In: IQB Career Services AG (Hrsg.): JURAcon Jahrbuch 2010/2011. 30-33.

Informationssystem Studienwahl und Arbeitsmarkt der Universität Duisburg-Essen (ISA) (2012): Jura (Rechtswissenschaft). Verfügbar unter: http://www.uni-due.de/isa/fg:wirtschaft_recht/rechtswiss/rechtswiss_am_frm.htm. Letzter Zugriff am 12.10.2012.

Institut für Freie Berufe (Hrsg.) (2013): Die Partnerschaftsgesellschaft. Partnerschaftsgesellschaft mit beschränkter Berufshaftung (Gesetzesentwurf). Gründungsinformation Nr. 4. Nürnberg: Institut für Freie Berufe.

IRES Gesellschaft für Unternehmens-, Marketing- und Kommunikationsforschung mbH (2012): Wie sehen Rechtsanwälte ihre Zukunft? Ergebnisse empirischer Untersuchungen. Verfügbar unter: <http://www.ires.de/rechtsanwaelte.htm>. Letzter Zugriff am 28.09.2012.

Jacob, Otto H.; Spengel, Christoph; Herrmann, Rico A.; Stetter, Thorsten (2003): Steueroptimale Rechtsformwahl: Personengesellschaften besser als Kapitalgesellschaften. ZEW Discussionpaper 03-30. Mannheim. 1-40.

Janitz-Seemann, Ulrike (2012): Ärztliche Partnerschaften – gegenseitige Haftung. In: Der niedergelassene Arzt. 09/2012. 30-31.

Jungk, Antje (2008): Anwaltspflichten und Anwaltshaftung. In: Deutscher Anwaltverein. Forum junge Anwaltschaft (Hrsg.): Ratgeber für junge Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte. Berlin: Deutscher Anwaltverlag. 129-145.

Kääh, Ottheinz; Oberlander, Willi (2005): Kooperationsformen bei Rechtsanwälten - Teil 1: Von Einzelkanzleien, Sozietäten, Gesellschaften bis zu Netzwerken, Ketten und Franchise-Systemen. In: BRAK-Mitteilungen. 50-55.

Kaiping, Peter (2009): Interdisziplinarität - Es geht nicht ohne. In: Verband Beratender Ingenieure (Hrsg.): Selbstständig im Ingenieurbüro - kompetent und unabhängig. Berlin. Verband Beratender Ingenieure. 111-116.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2011): Integrierte Versorgung. Verfügbar unter: <http://www.kbv.de/koop/8777.html>. Letzter Zugriff am 21.03.2012.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012): Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Verfügbar unter: <http://www.kbv.de//koop/8791.html>. Letzter Zugriff am 18.09.2012.

Kaufmann, Franz-Xaver (2009): Sozialpolitik und Sozialstaat: Soziologische Analysen. Wiesbaden: VS-Verlag.

Kilian, Mathias; Lemke, Stefanie (2011): Anwaltsgesellschaften mit berufsfremder Beteiligung. ABS, ILP und MDP: Der Regulierungsansatz in Australien und England. In: AnwBl 11/2011. 800-808.

Kleine-Cosack, Michael (2011): Ist die GmbH & Co. KG für Anwälte zulässig? AnwBl Online 2011. Verfügbar unter: <http://anwaltverein.de/downloads/Anwaltsblatt/Rechtsprechung/RS2011/AnwBl-Online-2011-013.pdf>. Letzter Zugriff am 12.10.2012.

Koch, Ludwig (2008): Anwaltliches Berufsrecht – hilfreich oder hinderlich. In: Deutscher Anwaltverein. Forum junge Anwaltschaft (Hrsg.): Ratgeber für junge Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte. Berlin: Deutscher Anwaltverlag. 81-90.

Köhler, Knut (2012): 115. Deutscher Ärztetag. In: Ärzteblatt Sachsen. 06/2012. 224-229.

Kolloge, Konstantin (2009): Kooperation als Schlüssel zur Internationalisierung? Eine empirische Analyse für den Deutschen Maschinenbau. In: Beuthin, Volker (Hrsg.): Aktuelle Forschungsansätze zum Genossenschafts- und Kooperationsmanagement. Marburg. 65-99.

Köbler, Sebastian (2011): Die Beteiligung Berufsfremder an Arztpraxen, Apotheken und anderen Heilberufsunternehmen. Fremdbesitz – Fremdbetrieb – Fremdnutzung. Berlin: Duncker & Humboldt.

Köster, Uwe (2012): Joint Venture MED? Alternativen zur Niederlassung in eigener Praxis werden gesucht. Sind Praxis-Franchising und Angestelltenverhältnisse Zukunftsmodelle? In: Niedersächsisches Ärzteblatt 06/2012. 36-37.

Krüger, Dirk (1992): Zweckmäßige Wahl der Unternehmensform. Bonn: Stollfuß Verlag.

Lange, Kersten (2012): Stabilität und Stabilisierung von Unternehmenskooperationen. Eine empirische Untersuchung in der deutschen Automobilindustrie. Aachen: Shaker.

Liebrech, Christin (2012): Umsetzung des Versorgungsstrukturgesetzes. In: Ersatzkasse Magazin. 7./8./2012. 32.

Lüerßen, Hartmut (2011): Anwenderstudie 2011. Zukunft der Ingenieurdienstleistungen in Deutschland. Planungspartnerschaften gegen den Fachkräftemangel. Kaufbeuren. Lünendonk GmbH.

Lüscher, Kurt. (1972): Berufliche Sozialisation. In: Luckmann, Thomas; Sprondel, Walter Michael (Hrsg.): Berufssoziologie. Köln: Kiepenhauer & Witsch. 219-236.

Meißner, Marc; Rieser, Susanne (2012): Kooperative Versorgungsstrukturen. „Packen wir’s an!“. In: Deutsches Ärzteblatt 06/2012. 1136-1140.

Merz, Brigitte; Oberlander, Willi (2006): Auswirkungen der Gründung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) auf die freiberufliche ärztliche Tätigkeit. Köln: Deutscher Ärzteverlag.

Merz, Brigitte; Oberlander, Willi (2008): Berufsbild und Autonomie von Ärztinnen und Ärzten. Köln: Deutscher Ärzteverlag.

Meyer, Thomas (2004): Interkulturelle Kooperationskompetenz. Eine Fallstudienanalyse interkultureller Interaktionsbeziehungen in internationalen Unternehmenskooperationen. Frankfurt a.M.: Europäischer Verlag der Wissenschaften.

Mittendorf, Thomas; Schmidt, Frank (2006): Integrierte Versorgung in Deutschland – ein Schlaglicht. Diskussionspapier Nr. 338. Mai 2006. Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät Hannover. 1-60.

Moock, Jörn; Koch, Christian; Kawohl, Christian (2012): Integrierte Versorgungskonzepte für psychisch kranke Menschen. In: Gesundheit und Gesellschaft. 03/2012. 24-34.

Niedersächsisches Ärzteblatt (2012): Networking. Das Versorgungsgesetz hat es möglich gemacht. Kassenärztliche Vereinigungen können Ärztenetze mit einem Ex-trabudget fördern. In: Niedersächsisches Ärzteblatt. 06/2012. 29.

Naumov, Dimitrij (2012): Willkommen im Zeitalter der Netzwerke. In: unus 11/2012. 4-5.

Nye, Joseph S.; Welch, David, A. (2011): Understanding Global Conflict and Cooperation. An Introduction to Theory and History. New York: Pearson.

Oberlander, Willi; Liebig, Kerstin (2006): Qualitätssicherung anwaltlicher Dienstleistungen unter veränderten Arbeits- und Wettbewerbsbedingungen. Nürnberg: Institut für Freie Berufe.

Oberlander, Willi; Eggert, Kerstin (2010): Der Wandel im anwaltlichen Berufsbild. Eine empirische Untersuchung im Auftrag der Selbsthilfe der Rechtsanwälte e.V. Nürnberg: Institut für Freie Berufe.

Padrok, Carsten; Burchartz, Carsten (2011): Zwischen Kooperation und Freiberuflichkeit – Perspektiven im Gesundheitswesen. In: European Business Network. Verfügbar unter:
http://ebn24.com/fileadmin/images/Standorte/00_Deutschland/Hessen/127_Gesundheitsstandort%20Hessen/R_20_Padrok/carsten_padrok_2202.pdf. Letzter Zugriff am 21.06.2012.

Peemöller, Volker H. (2005): Genossenschaften als „historische“ und moderne Form der Kooperation. In: Zentes, Joachim; Swoboda, Bernhard; Morschett, Dirk (Hrsg.): Kooperationen, Allianzen und Netzwerke. Grundlagen - Ansätze – Perspektiven. Wiesbaden: Gabler. 405-427.

Posegga, Volker (2012): Die Partnerschaftsgesellschaft mit beschränkter Berufshaftung als neue Organisationsform. Überblick und erste Bewertung des Referentenentwurfs zur Einführung einer PartG mbB. In: Deutsches Steuerrecht. 12/2012. 611-615.

Preißing, Werner (2002): Gründung eines Architektur- oder Ingenieurbüros. Köln: Rudolf Müller.

Prütting, Hans (2011): Aktuelle Entwicklungstendenzen im Deutschen Anwaltsrecht. In: Ritsumeikan Law Review R.L.R. No 28. 174.

Quack, Helmut (2000): Internationale Kooperation. Ein Wegweiser für mittlere und kleine Unternehmen. Frankfurt a.M.: Frankfurter Allgemeine Buch.

Reiß, Michael (2001): Netzwerk-Kompetenz. In: Corsten, H. (Hrsg.): Unternehmensnetzwerke. München/Wien. 121-187.

Rexin, Burkhard (2012): Arztnetze sind Leuchttürme der Versorgung. In: Gesundheit und Gesellschaft. 09/2012. 39-41.

Rollenhagen, Klaus (1997): Das Selbstverständnis eines Ingenieurbüros. In: Goldammer, Dietmar (Hrsg.): Das Ingenieurbüro – ein Unternehmer-Handbuch. Köln: Verlagsgesellschaft Rudolf Müller. 9-19.

Ruff, Andreas (2010): Die anwaltliche Kooperation auf nationaler Ebene. Berufs- und haftungsrechtliche Aspekte. Frankfurt a.M./Berlin/Bern/Brüssel/New York/Oxford/Wien: Peter Lang Verlag.

Schelsky, Helmut (1965): Die Soziologie des Krankenhauses im Rahmen einer Soziologie der Medizin. In: Ders.: Auf der Suche nach Wirklichkeit. Gesammelte Aufsätze. Düsseldorf/Köln: Eugen Dietrich Verlag.

Schmidt, Axel; Kiefer, Clemens (2005): Kooperationen zwischen mittelständischen Unternehmen. In: Zentes, Joachim; Swoboda, Bernhard; Morschett, Dirk (Hrsg.): Kooperationen, Allianzen und Netzwerke. Grundlagen - Ansätze – Perspektiven. Wiesbaden: Gabler. 1357-1381.

Schmidt, Thomas (2009): Unternehmensformen - Vor- und Nachteile. In: Verband Beratender Ingenieure (Hrsg.): Selbstständig im Ingenieurbüro - kompetent und unabhängig. Berlin. Verband Beratender Ingenieure. 22-27.

Soldan Institut (2012): Rechtsanwälte lehnen Fremdbesitz von Anwaltskanzleien mehrheitlich ab. Verfügbar unter: <http://www.soldaninstitut.de/index.php?id=2870>. Letzter Zugriff am 12.10.2012.

Specht, Dieter; Kahmann, J.; Siegler, O. (1999): Regelungsbedarf kooperativ verbundener Unternehmen im Spannungsfeld zwischen Flexibilität und Stabilität. In: Nagel, K.; Erben, R.F.; Piller, F.T. (Hrsg.): Produktionswirtschaft 2000. Wiesbaden. 175-195.

Spitzer, Stefan (2011): Veränderungen mit Augenmaß. In: Monitor Versorgungsforschung 04/2011. 6-8.

Statistisches Bundesamt (2010): Strukturhebung im Dienstleistungsbereich. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/DienstleistungenFinanzdienstleistungen/Struktur/ErbringungsonstigerDienstleistungen20904501070-04.html>. Letzter Zugriff am 03.02.2013.

Stillfried von, Dominik; Leibner, Markus; Erhart, Michael (2012): Wirtschaftliche Lage niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland. Kritische Entwicklung in den Einzelpraxen? In: Gesundheits- und Sozialpolitik. 02/2012. 56-63.

Swoboda, Bernhard (2005): Kooperation: Erklärungsperspektiven grundlegender Theorien, Ansätze und Konzepte im Überblick. In: Zentes, Joachim; Swoboda, Bernhard; Morschett, Dirk (Hrsg.): Kooperationen, Allianzen und Netzwerke. Grundlagen - Ansätze – Perspektiven. Wiesbaden: Gabler. 35.64.

Tönnies, Ferdinand (1963): Gemeinschaft und Gesellschaft. Grundbegriffe der reinen Soziologie. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Vogt, Hans-Dieter (1997): Rechtsformen für Ingenieurbüros. In: Goldammer, Dietmar (Hrsg.): Das Ingenieurbüro – ein Unternehmer-Handbuch. Köln: Verlagsgesellschaft Rudolf Müller. 55-91.

Wasilewski, Rainer; Engel, Stefan (2001): Die Genossenschaft als Rechtsform für freiberufliche Kooperationen. Nürnberg: Institut für Freie Berufe.

Wöhe, Günter; Döring, Ulrich (1996): Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre. München: Verlag Fran Vahlen.

Zahorka, Hans-Jürgen (2010): Gründung und Betrieb einer EWIV (Europäische wirtschaftliche Interessenvereinigung). Verfügbar unter: <http://www.libertasinstitut.com/de/PDF/BasicScript.pdf>. Letzter Zugriff am 24.01.2013.

Zapfel, Stefan; Promberger, Markus (2011): Gemeinschaft, Gesellschaft und soziale Sicherung. Überlegungen zu Genese und Wandel des modernen Wohlfahrtsstaats. IAB Discussionpaper 21/2011. Nürnberg. 1-34.

Zentes, Joachim; Schramm-Klein, Hanna (2005): Determinanten der Kooperation Exogene und endogene Einflussfaktoren. In: Zentes, Joachim; Swoboda, Bernhard;

Morschett, Dirk (Hrsg.): Kooperationen, Allianzen und Netzwerke. Grundlagen - Ansätze – Perspektiven. Wiesbaden: Gabler. 79-300.

Zimmermann, Felix (2003): Vertrauen in Virtuellen Unternehmen. Lohmar/Köln: Josef Eul Verlag.

Anhang

Fragebogen zur beruflichen Kooperation von niedergelassenen Ärzten

Sie können den Fragebogen ausgefüllt per E-Mail, Fax oder Post zurückschicken.

Sie können ihn aber auch bequem und schnell online beantworten!

Den **Online-Fragebogen** finden Sie unter www.kooperationen-aerzte.de. Ihre Daten werden in jedem Fall anonym behandelt!

1. In welchem Jahr wurden Sie approbiert? (Bitte geben Sie das Jahr vierstellig an.) _____							
2. Seit welchem Jahr sind Sie in einer Praxis tätig? (Bitte geben Sie das Jahr vierstellig an.) _____							
3. In welcher Form üben Sie Ihren Beruf aus?							
☐ Als Hausarzt ☐ Als Facharzt im Bereich: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ Innere Medizin ☐ Kinder- und Jugendmedizin ☐ Frauenheilkunde und Geburtshilfe </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ Psychiatrie und Psychotherapie ☐ Radiologie ☐ Anderer, und zwar: _____ </td> </tr> </table>						☐ Innere Medizin ☐ Kinder- und Jugendmedizin ☐ Frauenheilkunde und Geburtshilfe	☐ Psychiatrie und Psychotherapie ☐ Radiologie ☐ Anderer, und zwar: _____
☐ Innere Medizin ☐ Kinder- und Jugendmedizin ☐ Frauenheilkunde und Geburtshilfe	☐ Psychiatrie und Psychotherapie ☐ Radiologie ☐ Anderer, und zwar: _____						
4. Haben Sie eine weitere Zulassung?							
☐ Ja, und zwar als: _____ ☐ Teilzulassung Erläuterung: Vertragsärzte haben die Möglichkeit, ihren Versorgungsauftrag zu beschränken. So können sie zugleich niedergelassen und z.B. in einem Krankenhaus oder Medizinischen Versorgungszentrum tätig sein. ☐ Nein							
5. Wie viele Gesellschafter hat Ihre Praxis / Einrichtung (Sie selbst eingeschlossen)? Anzahl: _____							
6. Wie viele Personen sind in Ihrer Praxis / Einrichtung beschäftigt (Sie selbst eingeschlossen)?							
Ärzte	Anzahl	_____	Arztshelfer / medizinische Fachangestellte	Anzahl	_____		
Technisches Personal	_____		Andere	_____			
Im Gesundheitswesen ist seit einiger Zeit eine Zunahme der beruflichen Zusammenarbeit (Kooperation) zu beobachten. Für Ärzte gibt es verschiedene Möglichkeiten einer solchen Zusammenarbeit. Manchmal erhalten medizinische Einrichtungen dadurch eine besondere Rechtsform (z.B. Gemeinschaftspraxen in Form einer Personen- oder Kapitalgesellschaft), in anderen Fällen hingegen nicht (etwa Praxisnetze oder Integrierte Versorgung). Im Folgenden möchten wir Sie bitten, uns Ihre Meinung zu diesen Entwicklungen mitzuteilen und über Ihre Erfahrungen zu berichten.							
7. Sind Sie über die bestehenden Kooperationsmöglichkeiten für Ärzte ausreichend informiert?							
☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht							
8. Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Gründe, die für eine Kooperation sprechen können?	Stimme voll zu				Stimme gar nicht zu		
Spezialisierung	☐	☐	☐	☐	☐		
Erhöhung der wirtschaftlichen Kompetenz	☐	☐	☐	☐	☐		
Ausbau der Qualitätssicherung	☐	☐	☐	☐	☐		
Verbesserung des Praxismarketings	☐	☐	☐	☐	☐		
Ausweitung des Dienstleistungsangebots	☐	☐	☐	☐	☐		
9. Beabsichtigen Sie, (weitere) berufliche Kooperation(en) einzugehen?							
☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht							
10. Arbeiten Sie oder Ihre freiberufliche Niederlassung mit anderen Freiberuflern bzw. freiberuflichen Niederlassungen zusammen?							
☐ Ja ☐ Nein							
Falls ja, in welchem Bereich bzw. in welchen Bereichen arbeiten Sie mit anderen zusammen? Hier sind Mehrfachnennungen möglich.							
☐ Akquise ☐ Informell / fachlich wiederkehrender Austausch ☐ Dienstleistungserbringung			☐ Nutzung gemeinsamer Infrastruktur ☐ Andere, und zwar: _____				

Die Fragen 11 bis 15 befassen sich mit Ihren derzeitigen Erfahrungen in der beruflichen Zusammenarbeit. Sollten Sie momentan an keiner Kooperation im Gesundheitswesen beteiligt sein, machen Sie bitte mit Frage 16 weiter.

11. Nutzen Sie eine der folgenden Kooperationsmöglichkeiten? (Mehrfachnennungen möglich)

☐ Örtliche Berufsausübungsgemeinschaft (d.h. BAG/Gemeinschaftspraxis) ☐ Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (BAG/Gemeinschaftspraxis) <u>Erläuterung:</u> Eine BAG mit mehreren Praxissitzen ist zulässig, wenn an dem jeweiligen Praxissitz verantwortlich mindestens ein Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft hauptberuflich tätig ist. ☐ Teilberufsausübungsgemeinschaft <u>Erläuterung:</u> Kooperation zwischen Ärzten, beschränkt auf einzelne Bereiche. Die an der Teilberufsausübungsgemeinschaft beteiligten Vertragsärzte können dabei in den weiteren Bereichen ihrer ärztlichen Tätigkeit voneinander unabhängig auf eigene Rechnung tätig bleiben. <u>Beispiel:</u> Ein Gynäkologe und ein Onkologe bilden eine Teilberufsausübungsgemeinschaft zur gemeinsamen Behandlung von Krebspatienten.	}	Mit der Rechtsform: ☐ GbR (Gesellschaft bürgerlichen Rechts /BGB-Gesellschaft) ☐ Partnerschaftsgesellschaft ☐ Andere, und zwar: _____
☐ Jobsharing (BAG mit einem Senior- und einem Juniorpartner in Form einer GbR) ☐ Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)	}	Mit der Rechtsform: ☐ GbR (Gesellschaft bürgerlichen Rechts /BGB-Gesellschaft) ☐ Partnerschaftsgesellschaft ☐ Andere, und zwar: _____ ☐ Freiberuflich im MVZ tätig ☐ Angestellt im MVZ
☐ Organisationsgemeinschaft (Teilung von Infrastrukturkosten) <u>Erläuterung:</u> Keine Rechtsform, allerdings als GmbH möglich, z.B. zum gemeinsamen Ankauf von Medizintechnik, die den Gesellschaftern gegen ein bestimmtes Entgelt zur Nutzung überlassen wird.	}	☐ Praxisgemeinschaft ☐ Apparat-/Laborgemeinschaft ☐ Medizinische Kooperationsgemeinschaft <u>Erläuterung:</u> Einer medizinischen Kooperation gehören auch nichtärztliche Angehörige anderer Gesundheitsberufe an. ☐ Andere, und zwar: _____
☐ Zweigpraxis	}	☐ Im gleichen KV-Bezirk ☐ In verschiedenen KV-Bezirken
☐ Ausgelagerter Praxissitz (spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen) ☐ Praxisnetz/Arztnetz ☐ Kooperation mit Krankenhaus	}	☐ Belegbetten am Krankenhaus ☐ Ambulante OP ☐ Stationäre OP
☐ Integrierte Versorgung <u>Erläuterung:</u> Bei der Integrierten Versorgung werden Patienten qualitätsgesichert und sektoren- bzw. fachübergreifend versorgt. Ärzte, Fachärzte, Krankenhäuser, Versorge- und Reha-Kliniken und andere zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringer können hierbei kooperieren. Hierzu schließen Krankenkassen mit Leistungserbringern entsprechende Verträge.		

12. Wie viele Kooperationspartner haben Sie außerhalb Ihrer Praxis?

Anzahl in örtlicher Berufsausübungsgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis: _____

Anzahl in überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis: _____

13. Ist Ihre Kooperation fachübergreifend? (Mehrfachnennung möglich)

☐ Ja, und zwar mit:

☐ Ärzten eines anderen Fachgebiets ☐ Angehörigen sozialpädagogischer Berufe

☐ Angehörigen anderer Heilberufe ☐ Anderen, und zwar: _____

☐ Nein

14. Inwiefern haben sich Ihre Erwartungen an Ihre Kooperation erfüllt? (Bitte Zutreffendes ankreuzen)	voll und ganz	teilweise	gar nicht	war kein Ziel
Bessere Ertragssituation	☐	☐	☐	☐
Lastenverteilung	☐	☐	☐	☐
Breitere Kapitalbasis	☐	☐	☐	☐
Kosteneinsparungen	☐	☐	☐	☐
Möglichkeit weiterer Spezialisierung	☐	☐	☐	☐
Vermeidung von Arbeitslosigkeit	☐	☐	☐	☐
Organisatorische Vorteile	☐	☐	☐	☐
Möglichkeit zur Beschäftigung als Angestellter	☐	☐	☐	☐
Möglichkeit zur Teilzeitbeschäftigung	☐	☐	☐	☐
Höhere zeitliche Flexibilität	☐	☐	☐	☐
Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit	☐	☐	☐	☐
Besserer kollegialer Austausch	☐	☐	☐	☐
Effizientere Aufgabenverteilung	☐	☐	☐	☐
Bessere Zukunftssicherung	☐	☐	☐	☐

15. Wenn Sie nun Ihre gesamte berufliche Situation bedenken: Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit ihrer Kooperation?

☐ Sehr zufrieden ☐ Zufrieden ☐ Teilweise zufrieden ☐ Eher unzufrieden ☐ Gar nicht zufrieden

→ Wenn Sie derzeit Mitglied einer beruflichen Kooperation sind, gehen Sie bitte weiter zu Frage 18!

16. Falls Sie eine berufliche Kooperation anstreben, welche Kooperations- und Rechtsform würden Sie wählen? Orientieren Sie sich dabei bitte an den Antwortvorgaben von Frage 11. Kooperationsform: _____ mit der Rechtsform (sofern erforderlich): _____	Bitte nur ausfüllen, wenn Sie derzeit kein Mitglied einer beruflichen Kooperation sind.
17. Planen Sie derzeit eine berufliche Kooperation? ☐ Ich werde möglicherweise eine Kooperation eingehen. ☐ Ich befinde mich in Verhandlungen für eine Kooperation. ☐ Eine Kooperation kommt derzeit für mich nicht in Frage.	

Geben Sie bitte im Folgenden an, wie Sie die verschiedenen Entwicklungen und Einrichtungen im Gesundheitswesen sehen.					
18. Wie beurteilen Sie die folgenden gesetzlichen Änderungen und Ihre Auswirkungen auf das Gesundheitswesen?	Stimme voll zu				Stimme gar nicht zu
Das Versorgungsstrukturgesetz erlaubt es, flexibel auf regionale Bedarfe zu reagieren.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Delegation ärztlicher Leistungen entlastet Ärzte von bürokratischen Aufgaben.	☐	☐	☐	☐	☐
In Eigeneinrichtungen zu arbeiten ist für Ärzte attraktiver als niedergelassen tätig zu sein.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Ermächtigung (von Krankenhäusern und anderen Einrichtungen) verstärkt die Konkurrenz für niedergelassene Ärzte.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Ermächtigung (von Krankenhäusern und anderen Einrichtungen) hilft die ambulante Versorgung sicherzustellen.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Aufhebung der Residenzpflicht verschlechtert die ambulante Versorgung durch Vertragsärzte.	☐	☐	☐	☐	☐
Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung verbessert die Diagnostik und die Behandlung bei komplexen Erkrankungen.	☐	☐	☐	☐	☐
Die erleichterte Gründung von Zweigpraxen gefährdet die Versorgung am Vertragsarztsitz.	☐	☐	☐	☐	☐
Zweigpraxen ermöglichen es Ärzten, die medizinische Versorgung weiträumig sicherzustellen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ärzte können sich leichter vertreten lassen.	☐	☐	☐	☐	☐
Befristete Zulassungen bringen Ärzte zusätzlich unter Druck.	☐	☐	☐	☐	☐
Die begrenzte Möglichkeit der Praxisverlegung verbessert die ambulante Versorgung vor Ort.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Förderung von Praxisnetzen erleichtert den Erfahrungsaustausch von Ärzten.	☐	☐	☐	☐	☐
Regionale Unterschiede in der Vergütung sollen abgebaut werden.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Förderung der hausarztzentrierten Versorgung verbessert die Lotsenfunktion von Hausärzten.	☐	☐	☐	☐	☐
Selektivverträge verbessern die Position von Vertragsärzten gegenüber den Krankenkassen.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu Medizinischen Versorgungszentren zu?	Stimme voll zu				Stimme gar nicht zu
Die Tätigkeit als angestellter Arzt in einem Medizinischen Versorgungszentrum ist erstrebenswert.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Leitung der medizinischen Versorgung eines Medizinischen Versorgungszentrums soll in ärztlicher Hand bleiben.	☐	☐	☐	☐	☐
Medizinische Versorgungszentren sollen nur von Vertragsärzten und Krankenhäusern gegründet werden können.	☐	☐	☐	☐	☐
Grundsätzlich ist die Zurückdrängung kommerzieller Strukturen aus der ambulanten ärztlichen Versorgung richtig.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Wie beurteilen Sie Ihre persönliche berufliche und wirtschaftliche Lage und Entwicklung im Vergleich zu Kollegen, die im selben medizinischen Fachgebiet wie Sie arbeiten?					
☐ Sehr gut ☐ Gut ☐ Mittel ☐ Schlecht ☐ Sehr schlecht					
21. Wie sehr trägt aus Ihrer Sicht eine berufliche Zusammenarbeit im Gesundheitswesen dazu bei, die wirtschaftliche und berufliche Situation von Ärzten zu verbessern?					
☐ Sehr stark ☐ Stark ☐ Teilweise ☐ Kaum ☐ Gar nicht					

22. Wie viele Stunden haben Sie 2011 durchschnittlich pro Woche gearbeitet (ohne Fortbildungen)?	
Anzahl: _____	
23. Wie viele Urlaubstage haben Sie 2011 genommen? Anzahl: _____	
24. Welches Geschlecht haben Sie? ☐ Männlich ☐ Weiblich	
25. In welchem Jahr sind Sie geboren? (Bitte geben Sie das Jahr vierstellig an.) _____	
26. Tragen Sie hier bitte das Kfz-Kennzeichen des Ortes ein, in dem sich Ihre Praxis befindet, also z.B. „M“ für München oder „L“ für Leipzig.	
☐ In der kreisfreien Stadt mit dem Ortskennzeichen _____	
☐ Im Landkreis mit dem Ortskennzeichen _____	

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Falls Sie nicht elektronisch antworten können oder möchten, senden Sie den Fragebogen bitte ausgefüllt zurück an das Institut für Freie Berufe an der Universität Erlangen-Nürnberg

- per E-Mail an stefan.zapfel@ifes.uni-erlangen.de,
- per Fax an 0911 / 23 565 50 oder
- postalisch an das Institut für Freie Berufe, Marienstraße 2/IV, 90402 Nürnberg.

Institut für Freie Berufe
Marienstr. 2 / IV
90402 Nürnberg

stefan.zapfel@ifes.uni-erlangen.de
Tel. 0911 / 23 565 33
Fax: 0911 / 23 565 50



Fragebogen zur beruflichen Kooperation von Rechtsanwälten

Sie können den Fragebogen ausgefüllt per E-Mail, Fax oder Post zurückschicken.

Sie können ihn aber auch bequem und schnell online beantworten!

Den **Online-Fragebogen** finden Sie unter www.kooperationen-rechtsanwaelte.de. Ihre Daten werden in jedem Fall anonym behandelt!

1. In welchem Jahr erhielten Sie Ihre Erstzulassung? (Bitte geben Sie das Jahr vierstellig an.) _____					
2. Seit welchem Jahr sind Sie in einer Kanzlei tätig? (Bitte geben Sie das Jahr vierstellig an.) _____					
3. Sind Sie persönlich auf ein bestimmtes Rechtsgebiet oder bestimmte Zielgruppen spezialisiert? (Mehrfachnennungen möglich)					
☐ Ich bin weder spezialisiert, noch Fachanwalt ☐ Ich bin auf folgendes Rechtsgebiet spezialisiert: _____ ☐ Ich bin Fachanwalt für: _____ ☐ Ich bin auf folgende Zielgruppen spezialisiert: _____ ☐ Ich habe eine andere Art der Spezialisierung: _____					
4. Haben Sie eine weitere berufliche Qualifikation? ☐ Ja, und zwar als: _____ ☐ Nein					
5. Wie viele Gesellschafter hat Ihre Kanzlei (Sie selbst eingeschlossen)? Anzahl: _____					
6. Wie viele Personen sind in Ihrer Kanzlei beschäftigt (Sie selbst eingeschlossen)?					
Rechtsanwälte	Anzahl	_____	Patentanwälte	Anzahl	_____
Steuerberater	_____		Fachangestellte	_____	
Wirtschaftsprüfer/ vereidigte Buchprüfer	_____		Andere	_____	
Bei Rechtsanwälten ist seit einiger Zeit eine Zunahme der beruflichen Zusammenarbeit (Kooperation) zu beobachten. Für Rechtsanwälte gibt es verschiedene Möglichkeiten einer solchen Zusammenarbeit. Manchmal erhalten Rechtsanwaltskanzleien dadurch eine besondere Rechtsform (z.B. Sozietäten / Gemeinschaftsbüros in Form einer Personen- oder Kapitalgesellschaft), in anderen Fällen hingegen nicht. Im Folgenden möchten wir Sie bitten, uns Ihre Meinung zu diesen Entwicklungen mitzuteilen und über Ihre Erfahrungen zu berichten.					
7. Sind Sie über die bestehenden Kooperationsmöglichkeiten für Rechtsanwälte ausreichend informiert? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht					
8. Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Gründe, die für eine Kooperation sprechen können?		Stimme voll zu			Stimme gar nicht zu
Spezialisierung		☐	☐	☐	☐
Erhöhung der wirtschaftlichen Kompetenz		☐	☐	☐	☐
Ausbau der Qualitätssicherung		☐	☐	☐	☐
Verbesserung des Kanzleimarketings		☐	☐	☐	☐
Ausweitung des Dienstleistungsangebots		☐	☐	☐	☐
9. Beabsichtigen Sie, (weitere) berufliche Kooperation(en) einzugehen? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht					
10. Arbeiten Sie oder Ihre Kanzlei mit anderen Freiberuflern bzw. Kanzleien zusammen? ☐ Ja ☐ Nein					
Falls ja, in welchem Bereich bzw. in welchen Bereichen arbeiten Sie mit anderen zusammen? Hier sind Mehrfachnennungen möglich.					
☐ Akquise		☐ Nutzung gemeinsamer Infrastruktur			
☐ Informell / fachlich wiederkehrender Austausch		☐ Andere, und zwar: _____			
☐ Dienstleistungserbringung					

Die Fragen 11 bis 15 befassen sich mit Ihren derzeitigen Erfahrungen in der beruflichen Zusammenarbeit. Sollten Sie momentan an keiner Kooperation beteiligt sein, machen Sie bitte mit Frage 16 weiter.

11. Nutzen Sie eine der folgenden Kooperationsmöglichkeiten? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Örtliche Sozietät
☐ Überörtliche Sozietät
- } Mit der Rechtsform:
☐ GbR (Gesellschaft bürgerlichen Rechts/BGB-Gesellschaft)
☐ Partnerschaftsgesellschaft
☐ Andere, und zwar: _____
- ☐ Bürogemeinschaft
☐ Weitere Niederlassung
☐ Rechtsanwaltsnetzwerke
☐ Andere, und zwar: _____

12. Wie viele Kooperationspartner haben Sie außerhalb Ihrer Kanzlei?

Anzahl in örtlicher Sozietät: _____ Anzahl in überörtlicher Sozietät: _____

13. Ist Ihre Kooperation fachübergreifend? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Ja, und zwar mit: ☐ Rechtsanwälten eines anderen Fachgebiets
☐ Anderen Berufen, und zwar: _____
☐ Nein

14. Inwiefern haben sich Ihre Erwartungen an Ihre Kooperation erfüllt? (Bitte Zutreffendes ankreuzen)	voll und ganz	teilweise	gar nicht	war kein Ziel
Bessere Ertragssituation	☐	☐	☐	☐
Lastenverteilung	☐	☐	☐	☐
Breitere Kapitalbasis	☐	☐	☐	☐
Kosteneinsparungen	☐	☐	☐	☐
Möglichkeit weiterer Spezialisierung	☐	☐	☐	☐
Vermeidung von Arbeitslosigkeit	☐	☐	☐	☐
Organisatorische Vorteile	☐	☐	☐	☐
Möglichkeit zur Beschäftigung als Angestellter	☐	☐	☐	☐
Möglichkeit zur Teilzeitbeschäftigung	☐	☐	☐	☐
Höhere zeitliche Flexibilität	☐	☐	☐	☐
Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit	☐	☐	☐	☐
Besserer kollegialer Austausch	☐	☐	☐	☐
Effizientere Aufgabenverteilung	☐	☐	☐	☐
Bessere Zukunftssicherung	☐	☐	☐	☐

15. Wenn Sie nun Ihre gesamte berufliche Situation bedenken: Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit ihrer Kooperation?

- ☐ Sehr zufrieden
 ☐ Zufrieden
 ☐ Teilweise zufrieden
 ☐ Eher unzufrieden
 ☐ Gar nicht zufrieden

➔ Wenn Sie derzeit Mitglied einer beruflichen Kooperation sind, gehen Sie bitte weiter zu Frage 18!

16. Falls Sie eine berufliche Kooperation anstreben, welche Kooperations- und Rechtsform würden Sie wählen? Orientieren Sie sich dabei bitte an den Antwortvorgaben von Frage 11.

Kooperationsform: _____

mit der Rechtsform (sofern erforderlich): _____

17. Planen Sie derzeit eine berufliche Kooperation?

- ☐ Ich werde möglicherweise eine Kooperation eingehen.
☐ Ich befinde mich in Verhandlungen für eine Kooperation.
☐ Eine Kooperation kommt derzeit für mich nicht in Frage.

Bitte nur ausfüllen, wenn Sie derzeit kein Mitglied einer beruflichen Kooperation sind.

18. Wie beurteilen Sie Ihre persönliche berufliche und wirtschaftliche Lage und Entwicklung im Vergleich zu Kollegen, die im selben Fachgebiet wie Sie arbeiten?

- ☐ Sehr gut ☐ Gut ☐ Mittel ☐ Schlecht ☐ Sehr schlecht

19. Wie sehr trägt aus Ihrer Sicht eine berufliche Zusammenarbeit bei Rechtsanwälten dazu bei, die wirtschaftliche und berufliche Situation von Rechtsanwälten zu verbessern?

- ☐ Sehr stark ☐ Stark ☐ Teilweise ☐ Kaum ☐ Gar nicht

20. Wie viele Stunden haben Sie 2011 durchschnittlich pro Woche gearbeitet (ohne Fortbildungen)?

Anzahl: _____

21. Wie viele Urlaubstage haben Sie 2011 genommen? Anzahl: _____

22. Welches Geschlecht haben Sie? ☐ Männlich ☐ Weiblich

23. In welchem Jahr sind Sie geboren? (Bitte geben Sie das Jahr vierstellig an.) _____

24. Tragen Sie hier bitte das Kfz-Kennzeichen des Ortes ein, in dem sich Ihre Kanzlei befindet, also z.B. „M“ für München oder „L“ für Leipzig.

- ☐ In der kreisfreien Stadt mit dem Ortskennzeichen _____
☐ Im Landkreis mit dem Ortskennzeichen _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Falls Sie nicht elektronisch antworten können oder möchten, senden Sie den Fragebogen bitte ausgefüllt zurück an das Institut für Freie Berufe an der Universität Erlangen-Nürnberg

- per E-Mail an stefan.zapfel@ifes.uni-erlangen.de,
- per Fax an 0911 / 23 565 50 oder
- postalisch an das Institut für Freie Berufe, Marienstraße 2/IV, 90402 Nürnberg.

Institut für Freie Berufe
 Marienstr. 2 / IV
 90402 Nürnberg

stefan.zapfel@ifes.uni-erlangen.de
 Tel. 0911 / 23 565 33
 Fax: 0911 / 23 565 50

IFB
 ■ INSTITUT
 FÜR FREIE
 BERUFE
 NÜRNBERG

Fragebogen zur beruflichen Kooperation von Ingenieuren

Sie können den Fragebogen ausgefüllt per E-Mail, Fax oder Post zurückschicken.

Sie können ihn aber auch bequem und schnell online beantworten!

Den Online-Fragebogen finden Sie unter www.kooperationen-ingenieure.de. Ihre Daten werden in jedem Fall anonym behandelt!

1. In welchem Jahr erhielten Sie Ihre Erstzulassung? (Bitte geben Sie das Jahr vierstellig an.) _____											
2. Seit welchem Jahr sind Sie in einem Ingenieur-Büro tätig? (Bitte geben Sie das Jahr vierstellig an.) _____											
3. Sind Sie persönlich auf ein bestimmtes Gebiet spezialisiert? ☐ Nein, ich bin nicht spezialisiert ☐ Ich bin auf folgenden Bereich spezialisiert: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">☐ Vermessungswesen</td> <td style="width: 50%; border: none;">☐ Elektrotechnik</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">☐ Maschinenbau</td> <td style="border: none;">☐ Bau</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">☐ Klima, Umwelt, Energie</td> <td style="border: none;">☐ Anderes, und zwar: _____</td> </tr> </table> → Wenn „Klima, Umwelt, Energie“: Was ist die Fachrichtung Ihres Büros? Fachrichtung: _____						☐ Vermessungswesen	☐ Elektrotechnik	☐ Maschinenbau	☐ Bau	☐ Klima, Umwelt, Energie	☐ Anderes, und zwar: _____
☐ Vermessungswesen	☐ Elektrotechnik										
☐ Maschinenbau	☐ Bau										
☐ Klima, Umwelt, Energie	☐ Anderes, und zwar: _____										
4. Haben Sie eine weitere berufliche Qualifikation? ☐ Ja, und zwar als: _____ ☐ Nein											
5. Wie viele Gesellschafter hat Ihr Büro (Sie selbst eingeschlossen)? Anzahl: _____											
6. Wie viele Personen sind in Ihrem Büro beschäftigt (Sie selbst eingeschlossen)?											
Ingenieure	Anzahl	Fachangestellte	Anzahl								
Architekten	_____	Andere	_____								
Im Ingenieurwesen ist seit einiger Zeit eine Zunahme der beruflichen Zusammenarbeit (Kooperation) zu beobachten. Für Ingenieure gibt es verschiedene Möglichkeiten einer solchen Zusammenarbeit. Manchmal erhalten Ingenieurbüros dadurch eine besondere Rechtsform (z.B. Gemeinschaftsbüros in Form einer Personen- oder Kapitalgesellschaft), in anderen Fällen hingegen nicht. Im Folgenden möchten wir Sie bitten, uns Ihre Meinung zu diesen Entwicklungen mitzuteilen und über Ihre Erfahrungen zu berichten.											
7. Sind Sie über die bestehenden Kooperationsmöglichkeiten für Ingenieure ausreichend informiert?											
☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht											
8. Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Gründe, die für eine Kooperation sprechen können?	Stimme voll zu				Stimme gar nicht zu						
Spezialisierung	☐	☐	☐	☐	☐						
Erhöhung der wirtschaftlichen Kompetenz	☐	☐	☐	☐	☐						
Ausbau der Qualitätssicherung	☐	☐	☐	☐	☐						
Verbesserung des Büromarketings	☐	☐	☐	☐	☐						
Ausweitung des Dienstleistungsangebots	☐	☐	☐	☐	☐						
9. Beabsichtigen Sie, (weitere) berufliche Kooperation(en) einzugehen?											
☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht											
10. Arbeiten Sie oder Ihr Büro mit anderen Freiberuflern bzw. Ingenieur-Büros zusammen?											
☐ Ja ☐ Nein											
Falls ja, in welchem Bereich bzw. in welchen Bereichen arbeiten Sie mit anderen zusammen?											
Hier sind Mehrfachnennungen möglich.											
☐ Akquise ☐ Informell / fachlich wiederkehrender Austausch ☐ Dienstleistungserbringung			☐ Nutzung gemeinsamer Infrastruktur ☐ Andere, und zwar: _____								

Die Fragen 11 bis 15 befassen sich mit Ihren derzeitigen Erfahrungen in der beruflichen Zusammenarbeit. Sollten Sie momentan an keiner Kooperation im Ingenieurwesen beteiligt sein, machen Sie bitte mit Frage 16 weiter.

11. Nutzen Sie eine der folgenden Kooperationsmöglichkeiten? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Örtliches Gemeinschaftsbüro/
örtliche Planungsgemeinschaft

☐ Überörtliches Gemeinschaftsbüro/
überörtliche Planungsgemeinschaft

☐ Bürogemeinschaft

☐ Weitere Niederlassung

☐ Ingenieurnetzwerk/Architektenetzwerk

☐ Andere, und zwar: _____

}

Mit der Rechtsform:

☐ GbR (Gesellschaft bürgerlichen Rechts
/BGB-Gesellschaft)

☐ Partnerschaftsgesellschaft

☐ GmbH

☐ Aktiengesellschaft

☐ Eingetragener Verein

☐ Ausländische Rechtsform (nach Europäischem
Gemeinschaftsrecht)

☐ Andere, und zwar _____

12. Wie viele Kooperationspartner haben Sie außerhalb Ihres Büros?

Anzahl in örtlichem/-r Gemeinschaftsbüro/Planungsgemeinschaft: _____

Anzahl in überörtlichem/-r Gemeinschaftsbüro/Planungsgemeinschaft: _____

13. Ist Ihre Kooperation fachübergreifend? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Ja, und zwar mit:
- ☐ Ingenieuren eines anderen Fachgebiets

☐ Architekten
- ☐ Anderen, und zwar: _____
- ☐ Nein

14. Inwiefern haben sich Ihre Erwartungen an Ihre Kooperation erfüllt? (Bitte Zutreffendes ankreuzen)	voll und ganz	teilweise	gar nicht	war kein Ziel
Bessere Ertragssituation	☐	☐	☐	☐
Lastenverteilung	☐	☐	☐	☐
Breitere Kapitalbasis	☐	☐	☐	☐
Kosteneinsparungen	☐	☐	☐	☐
Möglichkeit weiterer Spezialisierung	☐	☐	☐	☐
Vermeidung von Arbeitslosigkeit	☐	☐	☐	☐
Organisatorische Vorteile	☐	☐	☐	☐
Möglichkeit zur Beschäftigung als Angestellter	☐	☐	☐	☐
Möglichkeit zur Teilzeitbeschäftigung	☐	☐	☐	☐
Höhere zeitliche Flexibilität	☐	☐	☐	☐
Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit	☐	☐	☐	☐
Besserer kollegialer Austausch	☐	☐	☐	☐
Effizientere Aufgabenverteilung	☐	☐	☐	☐
Bessere Zukunftssicherung	☐	☐	☐	☐

15. Wenn Sie nun Ihre gesamte berufliche Situation bedenken: Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit ihrer Kooperation?

- ☐ Sehr zufrieden ☐ Zufrieden ☐ Teilweise zufrieden ☐ Eher unzufrieden ☐ Gar nicht zufrieden

➔ Wenn Sie derzeit Mitglied einer beruflichen Kooperation sind, gehen Sie bitte weiter zu Frage 18!

16. Falls Sie eine berufliche Kooperation anstreben, welche Kooperations- und Rechtsform würden Sie wählen? Orientieren Sie sich dabei bitte an den Antwortvorgaben von Frage 11.

Kooperationsform: _____

mit der Rechtsform (sofern erforderlich): _____

17. Planen Sie derzeit eine berufliche Kooperation?

- ☐ Ich werde möglicherweise eine Kooperation eingehen.
☐ Ich befinde mich in Verhandlungen für eine Kooperation.
☐ Eine Kooperation kommt derzeit für mich nicht in Frage.

Bitte nur ausfüllen, wenn Sie derzeit kein Mitglied einer beruflichen Kooperation sind.

18. Wie beurteilen Sie Ihre persönliche berufliche und wirtschaftliche Lage und Entwicklung im Vergleich zu Kollegen, die im selben Fachgebiet wie Sie arbeiten?

- ☐ Sehr gut ☐ Gut ☐ Mittel ☐ Schlecht ☐ Sehr schlecht

19. Wie sehr trägt aus Ihrer Sicht eine berufliche Zusammenarbeit im Ingenieurwesen dazu bei, die wirtschaftliche und berufliche Situation von Ingenieuren zu verbessern?

- ☐ Sehr stark ☐ Stark ☐ Teilweise ☐ Kaum ☐ Gar nicht

20. Wie viele Stunden haben Sie 2011 durchschnittlich pro Woche gearbeitet (ohne Fortbildungen)?

Anzahl: _____

21. Wie viele Urlaubstage haben Sie 2011 genommen? Anzahl: _____

22. Welches Geschlecht haben Sie? ☐ Männlich ☐ Weiblich

23. In welchem Jahr sind Sie geboren? (Bitte geben Sie das Jahr vierstellig an.) _____

24. Tragen Sie hier bitte das Kfz-Kennzeichen des Ortes ein, in dem sich Ihr Büro befindet, also z.B. „M“ für München oder „L“ für Leipzig.

- ☐ In der kreisfreien Stadt mit dem Ortskennzeichen _____
☐ Im Landkreis mit dem Ortskennzeichen _____

25. Sind Sie Mitglied einer Ingenieurkammer? ☐ Ja ☐ Nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Falls Sie nicht elektronisch antworten können oder möchten, senden Sie den Fragebogen bitte ausgefüllt zurück an das Institut für Freie Berufe an der Universität Erlangen-Nürnberg

- per E-Mail an stefan.zapfel@ifes.uni-erlangen.de,
- per Fax an 0911 / 23 565 50 oder
- postalisch an das Institut für Freie Berufe, Marienstraße 2/IV, 90402 Nürnberg.

Institut für Freie Berufe
 Marienstr. 2 / IV
 90402 Nürnberg

stefan.zapfel@ifes.uni-erlangen.de
 Tel. 0911 / 23 565 33
 Fax: 0911 / 23 565 50

IFB
 ■ INSTITUT
 FÜR FREIE
 BERUFE
 NÜRNBERG