

Neue Berufsordnung

Die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer hat eine Änderung der Berufsordnung beschlossen (nachzulesen in den Amtlichen Bekanntmachungen im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 12/2011, S. 635 ff.). Die Novelle ist nach deren Genehmigung durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz am 1. Januar 2012 in Kraft getreten und soll an dieser Stelle vorgestellt werden.

Zunächst wurde eine behutsame Neustrukturierung und Straffung vorgenommen. Die Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung, die beispielsweise bisher in Kapitel C enthalten waren, finden sich nunmehr in den Behandlungsgrundsätzen und Verhaltensregeln im Paragrafenteil, dort § 7. Damit soll verdeutlicht werden, dass diese Regeln nicht nur unverbindliche Vorschläge, sondern verbindliche satzungsrechtliche Vorgaben für das tägliche Miteinander zwischen Ärzten und Patienten darstellen. Die Normen zur Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten und Sponsoringregeln wurden systematisch geordnet und zusammengefasst.

Die Generalklausel in § 2 Abs. 2, wonach der Arzt zur gewissenhaften Berufsausübung verpflichtet ist und dem ihm im Zusammenhang mit seinem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen hat, wird ergänzt durch eine Regel, die das Selbstverständnis der Berufsausübung betrifft. „Er hat dabei sein ärztliches Handeln am Wohl der Patienten auszurichten. Insbesondere darf er nicht das Interesse Dritter über das Wohl der Patienten stellen“. Dass der Arzt auch sein eigenes Interesse nicht über das Wohl der Patienten stellen darf, hatte zu großen Diskussionen während des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel geführt und wurde letztlich gestrichen. Die gestrichene Passage wurde als unvereinbar mit Fällen der Selbstgefährdung des Arztes in Ausübung seines Berufes erachtet. Zur gewissenhaften Berufsausübung wird be-

rufsrechtlich zukünftig auch die notwendige fachliche Qualifikation und die Beachtung des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gezählt.

In § 7 finden sich nunmehr die Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln, welche die Interaktion mit Vor-, Mit- und Weiterbehandlern, Krankenhäusern und Patienten betreffen. Auch das Fernbehandlungsverbot und die hiervon zu trennenden telemedizinischen Leistungen werden geregelt. Nach § 7 Abs. 4 Satz 2 ist auch bei telemedizinischen Verfahren zu gewährleisten, dass ein Arzt den Patienten unmittelbar behandelt. Eine Regelung, die mit Sicherheit zukünftig eine größere Rolle als bisher spielen wird.

Die in § 8 enthaltene Aufklärungspflicht des Arztes vor der Behandlung wurde umfassend erweitert und an den aktuellen Stand in Literatur und Rechtsprechung angepasst. So regelt § 8 Satz 3 nunmehr, dass die Aufklärung des Patienten, insbesondere vor operativen Eingriffen, Wesen, Bedeutung und Tragweite der Behandlung einschließlich Behandlungsalternativen und die mit ihr verbundenen Risiken in verständlicher und angemessener Weise zu verdeutlichen hat. „Insbesondere vor diagnostischen oder operativen Eingriffen ist, soweit möglich, eine ausreichende Bedenkzeit vor der weiteren Behandlung zu gewährleisten. Je weniger eine Maßnahme medizinisch geboten oder je größer ihre Tragweite ist, umso ausführlicher und eindrucklicher ist der Patient

über erreichbare Ergebnisse und Risiken aufzuklären“. Die neue Fassung trägt der hohen Bedeutung ärztlicher Aufklärung, insbesondere vor Eingriffen und Behandlungen ohne medizinische Indikation (Schönheitsoperationen), umfassend Rechnung.

Zu Fragen des Honorars und zu Vergütungsabsprachen enthält der neue § 12 Abs. 4 nunmehr in Ergänzung zur Aufklärung nach § 8 ausdrücklich die Verpflichtung zur wirtschaftlichen Aufklärung. „Vor dem Erbringen von Leistungen, deren Kosten erkennbar nicht von einer Krankenversicherung oder von einem anderen Kostenträger erstattet werden, muss der Arzt den Patienten schriftlich über die Höhe des nach der GOÄ zu berechnenden voraussichtlichen Honorars sowie darüber informieren, dass ein Anspruch auf Übernahme der Kosten durch eine Krankenversicherung oder einen anderen Kostenträger nicht gegeben oder nicht sicher ist“.

Bereits zu Beginn des Jahres wurden die „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ überarbeitet (www.baek.de). Eine klarstellende und dem strafrechtlichen Haftungsregime entsprechende Formulierung in der Berufsordnung wurde bereits kurz nach Erscheinen der genannten Grundsätze gefordert. Die beabsichtigte neue Regelung des § 16 der (Muster-)Berufsordnung, Beistand für den Sterbenden, war im Vorfeld des 114. Deutschen Ärztetages im Fokus der Medien und Fachverbände. Unter

anderem wurde die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung als „keine ärztliche Aufgabe“ deklariert. Die Neufassung, wie sie jetzt auch in § 16 unserer Berufsordnung enthalten ist, trägt der gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung in § 1901a des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB), aber auch der strafrechtlichen Dimension ärztlicher Entscheidungen und Handlungen bei Sterbenden und Sterbenwollenden, Rechnung. „Der Arzt hat Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihm verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Er darf keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“.

Es wird klargestellt, dass die Tötung auf Verlangen und die aktive Sterbehilfe nicht nur strafrechtlich, sondern auch standesrechtlich unzulässig ist. Die Mitwirkung an der Selbsttötung bleibt für Ärzte unzulässig. Solange die Straflosigkeit der Unterstützung eines frei verantwortlichen Suizids (durch Tun oder Unterlassen eines Arztes) nicht zweifelsfrei rechtlich geklärt ist, ist gerade diese Regelung wichtig. Der Vorwurf verschiedener Verbände, diese Regelung gehe am gesellschaftlichen Diskurs und den veränderten Wertvorstellungen der Menschen in Europa im 21. Jahrhundert vorbei, mag seine Berechtigung im demokratischen Verfassungsstaat haben. Die Forderungen nach all zu liberaler Handhabung berücksichtigen jedoch die strafrechtliche Dimension und die Folgen für die Ärzte und das pflegerische Personal nur unzureichend. Mit der neuen Regelung wird nicht die ohnehin straflose Sterbebegleitung oder der gerechtfertigte Behandlungsabbruch (durch Tun oder Unterlassen) für berufsrechtlich unzulässig erklärt. Die Neuregelungen des Patientenverfügungsgesetzes in den §§ 1901a ff. BGB und das Urteil des BGH vom 25.06.2010 (Az.: 2 StR 454/09) haben hier Klarheit geschaffen und die vielfach beklagte Unsicherheit weitestgehend ausgeräumt.

Die Regeln zu den Kooperationsmöglichkeiten enthalten nunmehr in § 18 Abs. 2a eine Definition der Be-

rufsausübungsgemeinschaft. „Eine Berufsausübungsgemeinschaft ist ein Zusammenschluss von Ärzten untereinander, mit Ärztegesellschaften oder mit ärztlich geleiteten Medizinischen Versorgungszentren, die den Vorgaben des § 23a Abs. 1, Buchstabe a, b und d entsprechen, oder dieser untereinander zur gemeinsamen Berufsausübung. Eine gemeinsame Berufsausübung setzt die auf Dauer angelegte berufliche Zusammenarbeit selbstständiger, freiberuflich tätiger Gesellschafter voraus. Erforderlich ist, dass sich die Gesellschafter in einem schriftlichen Gesellschaftsvertrag gegenseitig verpflichten, die Erreichung eines gemeinsamen Zweckes in der durch den Vertrag bestimmten Weise zu fördern und insbesondere die vereinbarten Beiträge zu leisten. Erforderlich ist weiterhin regelmäßig eine Teilnahme aller Gesellschafter der Berufsausübungsgemeinschaft an deren unternehmerischem Risiko, an unternehmerischen Entscheidungen und an dem gemeinschaftlich erwirtschafteten Gewinn.“ Bei mehreren Praxissitzen muss zukünftig nicht mehr mindestens ein Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft am jeweiligen Praxissitz verantwortlich hauptberuflich tätig sein. Vielmehr soll nach § 18 Abs. 3 die Sicherstellung einer ausreichenden Patientenversorgung am jeweiligen Praxissitz genügen.

Die ärztliche Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten (Abschnitt IV. 4.) erfährt eine Stärkung durch deutlich restriktivere Regelungen. Die Berufsordnung streicht nunmehr deutlicher ihre wichtige (aufsichts-)rechtliche und ethische Steuerungsfunktion im Standesrecht heraus.

Die ärztliche Unabhängigkeit sieht mit § 30 eine eigene Generalklausel vor. In allen vertraglichen und sonstigen beruflichen Beziehungen zu Dritten sind Ärzte verpflichtet, ihre ärztliche Unabhängigkeit für die Behandlung der Patienten zu wahren. In § 32 werden verschärfte Regeln zur Annahme von Zuwendungen aufgenommen. Eine Geringfügigkeitsklausel hinsichtlich eines Geschenks oder eines Vorteils gibt es

nicht mehr. Dafür ist die Annahme von Geschenken und anderen Vorteilen und die daraus resultierende Beeinflussung der Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen dann nicht berufswidrig, wenn diese Beeinflussung einer wirtschaftlichen Behandlungs- oder Ordnungsweise auf sozialrechtlicher Grundlage dient und der Arzt die Möglichkeit hat, aus medizinischen Gründen eine andere als die mit finanziellen Anreizen verbundene Entscheidung zu treffen.

Die Annahme von geldwerten Vorteilen in angemessener Höhe ist auch zulässig, sofern sie ausschließlich für berufsbezogene Fortbildung verwendet wird. Dieser Vorteil ist unangemessen, wenn er über die notwendigen Reisekosten und Tagungsgebühren hinaus geht. „Die Annahme von Beiträgen Dritter zur Durchführung von Veranstaltungen (Sponsoring) hat angemessen zu sein und sich auf das wissenschaftliche Programm zu beschränken. Das Sponsoring, dessen Bedingungen und Umfang sind bei der Ankündigung und Durchführung der Veranstaltung offen zu legen“. Ein Änderungsantrag während des 114. Deutschen Ärztetages begehrte die Streichung der Möglichkeit, Vorteile zum Zwecke des berufsbezogenen Fortbildungssponsorings anzunehmen. Diese Sichtweise konnte sich jedoch (noch?) nicht durchsetzen, der Antrag wurde abgelehnt.

Auch die Werbevorschriften wurden überarbeitet. So wurde in § 27 die Unzulässigkeit von Werbung für eigene oder fremde gewerbliche Tätigkeiten oder Produkte in Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit aufgenommen. Die Auslagen in mancher Arztpraxis dürften damit der Vergangenheit angehören. Die in der Außerdarstellung angegebenen Tätigkeitsschwerpunkte müssen jetzt ausdrücklich auch als solche gekennzeichnet werden. Der veraltete und juristisch überholte § 28 zur Eintragung von Ärzten in Verzeichnisse wurde aufgehoben.

Die Grundsätze der kollegialen Zusammenarbeit in § 29 wurden in Bezug auf die Beteiligungsvergütung

Berufspolitik

angepasst. Den herangezogenen ärztlichen Mitarbeitern steht auch dann eine angemessene Beteiligung an der Vergütung zu, wenn dem Chefarzt oder leitenden Arzt kein Privatliquidationsrecht, sondern andere Formen der Abrechnung eigener Leistungen eingeräumt wurden. Die Sächsische Landesärztekammer hat

auf Grundlage des Sächsischen Heilberufekammergesetzes die Pflicht zur Wahrnehmung der Berufsaufsicht über ihre Mitglieder. Im Rahmen dieser Berufsaufsicht hat die Kammer unterschiedliche Ermittlungsmöglichkeiten und kann mit einer Vielzahl von Aufsichtsmaßnahmen auf Verstöße reagieren.

Buchbesprechung

Die Berufsordnung ist auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer www.slaek.de unter „Rechtsgrundlagen“ eingestellt und kann bei der Rechtsabteilung auch in Papierform bestellt werden. Lesen lohnt sich.

Dr. jur. Alexander Gruner
Leiter der Rechtsabteilung