

Niederlassung und berufliche Kooperation – Neue Möglichkeiten –

Hinweise und Erläuterungen zu §§ 17-19 und 23 a-d (Muster-) Berufsordnung (MBO)

Stand 21.01.2005

bestätigt vom Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer am 02.03.2005

I. Einleitung

Ziel der Neufassung der (Muster-) Berufsordnung ist die Weiterentwicklung der Strukturen ärztlicher Berufsausübung sowie die Stärkung der Kooperation von Ärztinnen und Ärzten untereinander und mit anderen Gesundheitsberufen. Dies dient insbesondere der Verbesserung der Patientenversorgung, aber auch der Verbesserung der Berufszufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten. Kooperative Berufsausübung schafft nicht nur gleiche Wettbewerbschancen mit neuen Versorgungstypen, wie dem „Medizinischen Versorgungszentrum“. Kooperative Berufsausübung kann auch zu Entlastungen der Ärztinnen und Ärzte führen, weil zum Beispiel Arbeitszeiten sinnvoller eingeteilt werden können und so eine Verbesserung der Patientenversorgung durch höhere Erreichbarkeit, aber auch durch Nutzung von Synergieeffekten der regelhaften Zusammenarbeit verschiedener Fachgebiete erreicht werden kann. Dabei sollen vor allem die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in die Lage versetzt werden, bei zunehmend starkem Wettbewerb auch zukünftig konkurrenzfähig zu bleiben und tatsächliche oder vermeintliche Wettbewerbsvorteile „Medizinischer Versorgungszentren“ auszugleichen.

Ärztinnen und Ärzten sollten weitergehende Möglichkeiten der Berufsausübung und Kooperation eröffnet werden. Die mit der integrierten Versorgung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung eröffneten Möglichkeiten und insbesondere der durch das GKV-Modernisierungsgesetz in § 95 SGB V neu geschaffene Versorgungstyp des „Medizinischen Versorgungszentrums“ haben eine Novellierung der (Muster-) Berufsordnung erforderlich gemacht, da „MVZ's“ kraft Gesetzes in allen zulässigen Organisations- und Gesellschaftsformen gegründet werden können. Einem Medizinischen Versorgungszentrum, das auch mit angestellten Ärztinnen und Ärzten betrieben werden kann, sind damit andere Möglichkeiten eröffnet, als den herkömmlich niedergelassenen Tätigen. Bei der Weiterentwicklung wurden folgende Eckpunkte zugrundegelegt:

- Unabhängig von der gewählten Form der Berufsausübung oder Kooperation muss das Schutzniveau im Patient-Ärzt-Verhältnis gleichartig sein und der Besonderheit dieses Verhältnisses Rechnung getragen werden,
- auch bei kooperativer Leistungserbringung ist der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung zu beachten, es ist Transparenz über die Form der Berufsausübung und Kooperation sowie über die daran Beteiligten sicherzustellen.

Neu ist:

- Die strikte Bindung an einen Praxissitz wird aufgegeben, Tätigkeiten an bis zu zwei weiteren Orten sind zulässig (§§ 17 Abs. 2, 18 Abs. 1 und 3).
- Eine Unterscheidung zwischen ausgelagerter Praxisstätte und Zweigpraxis findet nicht mehr statt (§§ 17 Abs. 2).
- Die bisherige Regelung, nur einer einzigen Berufsausübungsgemeinschaft anzugehören, wird aufgegeben (§ 18 Abs. 3),
- die Möglichkeit, überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften auch bei patientenbezogener Tätigkeit zu bilden (§ 18 Abs. 3).

- Es können Kooperationen auch beschränkt auf einzelne Leistungen gebildet werden (§ 18 Abs. 1).
- die Möglichkeit, fachgebietsfremde Ärztinnen und Ärzte anzustellen (§ 19 Abs. 2).
- die Erweiterung der Möglichkeit der Kooperation mit Leistungserbringern der medizinischen Fachberufe in allen Kooperationsformen (§ 23b Abs. 1).
- die Möglichkeit, Ärztgesellschaften als juristische Personen des Privatrechts zu gründen (§ 23a).

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Schreiben vom 16. 11. 2004, AZ 21-5415.21/6 II, die Genehmigung für die Umsetzung der Neuerungen der (Muster-) Berufsordnung in der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer mit Ausnahme der Bestimmungen in § 19 Abs. 2 und § 23 a erteilt. Diese bedürfen vor einer Umsetzung in Satzungsrecht einer geänderten gesetzlichen Grundlage. Der Gesetzgeber wird zu entscheiden haben, ob und wie die geltende Bedarfsplanung und andere Besonderheiten des Vertragsarztrechtes vom Berufsrecht abweichende Modifikationen erfordern.

II. Die Vorschriften im Einzelnen

1. § 17 Niederlassung und Ausübung der Praxis

1.1 § 17 Absatz 1

Der Praxissitz ist der Ort, an dem sich Ärztinnen und Ärzte niederlassen und regelmäßig erreichbar sind; dort sind sie in jedem Fall Mitglied der Ärztekammer. Ob darüber hinaus bei einer Tätigkeit in einer anderen Ärztekammer, Mitgliedschaften bei weiteren Ärztekammern begründet werden, bestimmt sich nach den Heilberufs- und Kammergesetzen der Länder.

Durch die Änderung des Begriffes „in eigener Praxis“ in den Begriff „in einer Praxis“ wird klargestellt, dass es nicht auf die Eigentumsverhältnisse der Praxis ankommt. Wie bisher muss die Praxis aber verantwortlich von Ärztinnen oder Ärzten geleitet werden. Von einer verantwortlichen Leitung kann gesprochen werden, wenn die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte über die sächlichen Ausstattung verfügen und Personalentscheidungen treffen können, und wenn sie die medizinische Verantwortung tragen und der Behandlungsvertrag mit ihnen geschlossen wird.

Soweit diese Voraussetzungen vorliegen, ist auch immer eine persönliche Leitung nach § 19 Abs. 1 (Muster-) Berufsordnung gegeben.

1.2 § 17 Abs. 2 MBO

§ 17 Abs. 2 MBO ersetzt die bisherige Regelung des § 18 Abs. 1 und 2 MBO, die zwischen ausgelagerter Praxisstätte und Zweigpraxis unterschieden hat. Die frühere Fassung hatte dazu geführt, dass vielfach eine klare Grenzziehung zwischen „ausgelagerter Praxisstätte“ und „Zweigpraxis“ nicht mehr möglich war.

Nach § 17 Abs. 2 MBO ist es Ärztinnen und Ärzten zukünftig möglich, über den Praxissitz hinaus an zwei weiteren Orten tätig zu sein. Voraussetzung ist allerdings, dass die Ärztinnen und Ärzte Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung ihrer Patienten an allen Orten ihrer Tätigkeit treffen. Konkret bedeutet dies, dass Ärztinnen und

Ärzte, die nicht nur am Praxissitz ambulant ärztlich tätig sein wollen, dafür zu sorgen haben, dass auch an dem jeweilig anderen Ort ihrer Tätigkeit eine ordnungsgemäße Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten erfolgt.

Eine ordnungsgemäße Versorgung ist zum Beispiel dann gewährleistet, wenn die Orte der ärztlichen Tätigkeit so gewählt werden, dass die Ärztinnen und Ärzte alle Orte innerhalb kurzer Zeit erreichen können.³ Darüber hinaus ist eine ordnungsgemäße Versorgung i.d.R. gegeben, wenn durch einen Partner einer Gemeinschaftspraxis oder angestellte Ärztinnen und Ärzte eine qualitativ gleichwertige Versorgung sichergestellt wird. Darüber hinaus kann eine ordnungsgemäße Versorgung grundsätzlich auch durch einen beauftragten anderen Arzt gewährleistet werden. Aus dem Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung folgt für diese Fallkonstellation, dass der Behandlungsvertrag mit dem anderen Arzt zustande kommt und diese(r) selbst abrechnet.

Bereits die zahlenmäßige Begrenzung auf zwei weitere Orte soll dazu beitragen, dass gewährleistet werden kann, dass eine ordnungsgemäße Versorgung der Patientinnen und Patienten an jedem Ort sichergestellt ist. Aus dem Sinn und Zweck der Norm ergibt sich, dass diese Beschränkung nicht für Anästhesistinnen und Anästhesisten bezogen auf deren anästhesiologische Tätigkeit gilt.

Da die Regelung an die Person anknüpft, bedeutet dies, dass auch jede Ärztin und jeder Arzt einer Berufsausübungsgemeinschaft an bis zu zwei weiteren Orten tätig sein kann.

Anders als nach bisher geltendem Recht für die Zweigpraxis bedarf die Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit an weiteren Orten keiner Genehmigung durch die Ärztekammern. Auch kann an jedem Ort der Tätigkeit ein Erstkontakt mit Patientinnen und Patienten stattfinden und es können ggf. auch identische Leistungen an allen Orten der Tätigkeit angeboten werden. Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, gem. § 17 Abs. 5 MBO die Aufnahme ärztlicher Tätigkeit an weiteren Orten der Ärztekammer anzuzeigen. Die Anzeige hat immer gegenüber der Ärztekammer, bei der sie Mitglied sind, und darüber hinaus gegenüber der Ärztekammer, in deren Bereich sie tätig werden, zu erfolgen.

Unverändert ist die Ausübung der ambulanten Tätigkeit im Umherziehen berufsrechtswidrig. Keine unzulässige Form der Ausübung der ambulanten Tätigkeit im Umherziehen stellt die aufsuchende medizinische Gesundheitsversorgung dar, wie zum Beispiel die medizinische Behandlung von Obdachlosen; in diesem Fall kann die Ärztekammer auf Antrag eine Ausnahme vom Niederlassungsgebot genehmigen. Erbringen Ärztinnen und Ärzte an weiteren Orten ärztliche Leistungen müssen sie diese dort durch ein Hinweisschild im Sinne von § 18 MBO kenntlich machen. Das Schild sollte Angaben zur Erreichbarkeit und zur Art der dort erbrachten Leistungen enthalten.

2. § 18 Berufliche Kooperation

Auch durch § 18 MBO-neu wird die bisherige Differenzierung zwischen Zweigpraxis und ausgelagerten Praxisräumen aufgehoben. Er enthält jetzt eine neue Grundregel zu den Möglichkeiten und Grenzen beruflicher Kooperation.

2.1 § 18 Abs. 1 MBO

§ 18 Abs. 1 MBO stellt klar, dass Ärztinnen und Ärzte sich zu Berufsausübungsgemeinschaften zusammenschließen dürfen. Neu ist, dass diese Berufsausübungsgemeinschaft nicht das gesamte Leistungsspektrum umfassen muss. Es ist auch möglich, „Teil-Gemeinschaftspraxen“ oder „Teil-Partnerschaften“ oder sonstige „Teil-Kooperationsgemeinschaften“ zu bilden. Dies bedeutet, dass Ärztinnen bzw. Ärzte, die an

ihrer (Einzel-) Praxis festhalten wollen, für die Erbringung bestimmter Leistungen eine geregelte und auch ankündbare Kooperation eingehen können. Wie bei anderen Gemeinschaftspraxen kommt der Behandlungsvertrag in diesem Fall mit der „Teilgemeinschaftspraxis“ zustande. Es ist daher zulässig, dass innerhalb der (Teil-) Gemeinschaftspraxis die Leistungserbringung zwischen den Partnern aufgliedert wird (so zum Beispiel die arbeitsteilige Trennung von Untersuchungs- und Befundungsleistungen, insbesondere bei bildgebender Diagnostik). Dieses gilt auch für überörtliche Gemeinschaftspraxen, bei denen eine Leistungsaufteilung zum Beispiel auch unter Einsatz telemedizinischer Verfahren denkbar ist.

Eine „Teil-Kooperation“ kann auch von mehreren Berufsausübungsgemeinschaften gebildet werden. Diese Teil-Kooperationen können in den Praxisräumen eines Kooperationspartners stattfinden oder aber auch an einem anderen Ort im Sinne des § 17 Abs. 2 Satz 1 MBO. Auch bei solchen Kooperationen sind die Voraussetzungen des § 17 Abs. 2 Satz 2 MBO zu beachten. Wie in § 18 Abs. 4 MBO geregelt, ist auch in Teil-Kooperationen die freie Arztwahl zu gewährleisten. Teilkooperationen sind gemäß § 18a MBO anzukündigen, und zwar am Ort der Leistungserbringung.

Zukünftig ist zum Beispiel folgende Kooperation denkbar:

Eine niedergelassene Kinderärztin möchte regelhaft mit einem Neurologen an einem Tag in der Woche Kinder mit neurologischen Problemen versorgen. In der sonstigen Zeit möchten sowohl der Neurologe als auch die Kinderärztin an ihrem Praxissitz ihre Einzelpraxis führen. Nach den bisherigen berufsrechtlichen Vorschriften war eine solche geregelte auf Dauer angelegte systematische Kooperation nicht möglich und nicht ankündigungsfähig. Möglich war lediglich, dass die niedergelassene Kinderärztin beispielsweise im Einzelfall an einem Konsilium in der Praxis des Neurologen teilnahm, um kinderneurologische Untersuchungen im Einzelfall gemeinsam durchzuführen. Dies ist jetzt anders.

2.2 § 18 Abs. 2 MBO

In der Vergangenheit konnten Berufsausübungsgemeinschaften nur in Form von Personengesellschaften also als BGB-Gesellschaften oder Partnerschaftsgesellschaften gegründet werden. Zukünftig können niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zwischen allen für den Arztberuf zulässigen Gesellschaftsformen wählen, wenn ihre eigenverantwortliche medizinisch unabhängige sowie nicht gewerbliche Berufsausübung gewährleistet ist. Zulässig sind GmbHs und AGs, soweit landesrechtliche Vorschriften nicht entgegenstehen. Gesellschaftsformen, die nur von Vollkauffleuten betrieben werden können, wie zum Beispiel OHG und KG stehen Ärztinnen und Ärzten nach wie vor nicht offen. Auch Stiftungen und Vereine kommen als Rechtsform nicht in Frage. Unabhängig von der gewählten Rechtsform dürfen auch in Kooperationen ärztliche Dienstleistungen nicht in gewerblicher Form und wie von Gewerbetreibenden (zum Beispiel in Kaufhäusern und in Supermärkten) angeboten werden.

Bei jeder beruflichen Zusammenarbeit, gleich in welcher Form, hat jede Ärztin und jeder Arzt zu gewährleisten, dass die ärztlichen Berufspflichten eingehalten werden. Schon im Vorfeld von Vertragsverhandlungen ist darauf zu achten, dass die Kooperation so ausgestaltet ist, dass Ärztinnen und Ärzte ihre beruflichen Pflichten beachten können.

2.3 § 18 Abs. 3 MBO

Während es in der Vergangenheit nur Ärztinnen und Ärzten, die nicht unmittelbar patientenbezogen tätig waren (zum Beispiel Laborärzte, Pathologen), gestattet war, überörtliche Gemeinschaftspraxen zu bilden,

³ In Übereinstimmung mit der Rechtsprechung zur Belegarztstätigkeit kann davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung jedenfalls dann erfüllt ist, wenn die Orte innerhalb von 30 Minuten erreicht werden können. Generelle Vorgaben, wie weit die weiteren Orte von dem Ort der Niederlassung entfernt sein dürfen, enthält die (Muster-)Berufsordnung allerdings nicht mehr. Eine Bindung an den Kammerbezirk ist nicht vorgeschrieben.

ist nunmehr diese Möglichkeit allen Ärztinnen und Ärzten eröffnet worden. Dies bedeutet: Auch Ärztinnen und Ärzte, die patientenbezogen tätig sind, können miteinander überörtlich kooperieren. Dies setzt – in Abgrenzung zur überörtlichen Praxisgemeinschaft aber auch zum Praxisverbund – zwingend eine gemeinsame Berufsausübung mit gemeinsamer Patientenbehandlung auf der Grundlage eines Behandlungsvertrages zwischen Patientin bzw. Patient und Gemeinschaft voraus. Sichergestellt sein muss, dass an jedem der Praxissitze mindestens ein Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft hauptberuflich tätig ist. Eine hauptberufliche Tätigkeit liegt dann vor, wenn die überwiegende Arbeitszeit an dem Praxissitz verbracht wird. Das ist dann der Fall, wenn die Tätigkeit an anderen Orten nicht mehr als 13 Stunden pro Woche beträgt.

Alle Kooperationen sind den Ärztekammern anzuzeigen, in denen die Ärztinnen und Ärzte Mitglied sind und in denen die Kooperation stattfindet.

3. § 18 a Ankündigungen von Berufsausübungsgemeinschaften und Kooperationen

Die Transparenz über das Leistungsgeschehen und über die Zugehörigkeit zu Kooperationsgemeinschaften ist ein wesentlicher Gesichtspunkt bei der Neufassung der (Muster-)Berufsordnung. Diesem Aspekt trägt § 18 a Abs. 1 und 2 MBO Rechnung, indem er die Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, Transparenz über die kooperative Leistungserbringung herzustellen. Nur so können Patientinnen und Patienten ihr Recht auf freie Arztwahl wahrnehmen. Aus diesem Grund ist an dem Ort oder ggf. den Orten der kooperierenden Leistungserbringung durch ein Schild auf die gemeinschaftliche Tätigkeit unter Nennung der Namen und Fachgebiete der beteiligten Ärztinnen und Ärzte hinzuweisen. Überörtliche Teil-Kooperationen können darüber hinaus am Praxissitz angekündigt werden.

Zusammenschlüsse zu reinen Organisationsgemeinschaften (zum Beispiel Praxisgemeinschaften) dürfen zukünftig ebenfalls angekündigt werden.

4. § 19 Beschäftigung angestellter Ärztinnen und Ärzte

Während § 19 Abs. 1 MBO der bisher geltenden Bestimmung entspricht, stellt § 19 Abs. 2 MBO klar, dass die Beschäftigung fachgebietsfremder angestellter Ärztinnen und Ärzte zulässig ist. Dies setzt voraus, dass ein Behandlungsauftrag regelhaft nur von Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachgebiete gemeinschaftlich durchgeführt werden kann. Es ist jetzt also möglich, dass zum Beispiel operativ tätige Ärztinnen und Ärzte eine Anästhesistin bzw. einen Anästhesisten anstellen können oder umgekehrt. Aber auch im Rahmen von DMP-Programmen kann es sinnvoll sein, die erforderliche fachgebietsüberschreitende Versorgung gemeinsam mit angestellten Ärztinnen und Ärzten zu gewährleisten.

§ 19 Abs. 2 MBO ist in Hinblick auf § 4 Abs. 2 GOÄ zum Teil auf Kritik gestoßen. Um dem Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung Rechnung zu tragen, muss der Praxisinhaber dem angestellten Arzt im Dienstvertrag ein eigenes Liquidationsrecht einräumen, so dass der angestellte Arzt die von ihm erbrachten Leistungen selbst abrechnen kann.

§ 19 Abs. 3 MBO sieht jetzt expressiv verbis vor, dass die Beschäftigung von angestellten Ärztinnen und Ärzten nur zu angemessenen Bedingungen erfolgen darf. Ärztinnen und Ärzten, die in Anstellung tätig sind, muss eine angemessene Zeit zur Fortbildung eingeräumt werden. Im Falle des Ausscheidens bei vereinbarten Konkurrenzschutzklauseln müssen Regelungen für eine angemessene Ausgleichszahlung vorgesehen werden.

Neu ist, dass die Patientinnen und Patienten über die Tätigkeit der angestellten Ärztinnen und Ärzte in der Praxis in geeigneter Weise zu

informieren sind. Soweit ein eigenständiges Liquidationsrecht eingeräumt wird, ist auch darüber zu informieren. Dies kann zum Beispiel durch Praxisbroschüren oder Aushänge erfolgen. Im Unterschied zu früher kann die Beschäftigung der angestellten Ärztinnen und Ärzte auch auf dem Praxisschild angekündigt werden.

5. § 23 a Ärztegesellschaften

Der Deutsche Ärztetag hat sich dafür ausgesprochen, wie bei anderen Freiberuflern auch, die Gründung einer juristischen Person des Privatrechts (Ärztegesellschaft) zu ermöglichen. Dies ist nicht zuletzt aufgrund der durch das GKV-Modernisierungsgesetz eröffneten Möglichkeit geschehen, „Medizinische Versorgungszentren“ in jeder zulässigen Rechtsform betreiben zu können. Eine Analyse hat ergeben, dass dem Patientenschutz auch dann in ausreichendem Maße Rechnung getragen werden kann, wenn die ärztliche Leistung über die Konstruktion einer Kapitalgesellschaft erbracht wird. Der Umsetzung stehen zurzeit noch in einigen Bundesländern Regelungen in den Heilberufs- und Kammergesetzen entgegen.

§ 23 a Abs. 1 MBO enthält Kriterien, die gewährleisten, dass auch bei der Ausübung der ambulanten Heilkunde durch eine Gesellschaft die den Beruf prägenden Merkmale im Interesse des Patientenschutzes eingehalten werden können. Nach der Zielsetzung des Deutschen Ärztetages wird Ärztinnen und Ärzten ermöglicht, solche Gesellschaften zu gründen, wenn

- diese Gesellschaft verantwortlich von einer Ärztin oder einem Arzt geführt wird, Geschäftsführer mehrheitlich Ärztinnen und Ärzte sind,
- die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte den Ärztinnen und Ärzten zusteht,
- Dritte nicht am Gewinn der Gesellschaft beteiligt sind
- und eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung für jede/jeden in der Gesellschaft tätige Ärztin/tätigen Arzt besteht.

Die Ärzte-Gesellschaft tritt neben die in einigen Ärztekammern zulässige Heilkunde-GmbH.

6. § 23 b Medizinische Kooperationsgemeinschaft zwischen Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe

§ 23 b MBO entspricht im wesentlichen der bisher geltenden berufsrechtlichen Regelung. Allerdings ist anders als in der Vergangenheit nicht mehr ein abschließender Katalog der Berufe aufgeführt, mit denen eine medizinische Kooperationsgemeinschaft gebildet werden kann. Vielmehr ist eine Generalklausel aufgenommen worden, damit den Entwicklungen im Bereich der anderen medizinischen Fachberufe Rechnung getragen werden kann. Kooperationsgemeinschaften können insbesondere gegründet werden mit:

- Zahnärztinnen und -ärzten
- Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, Diplompsychologinnen und -psychologen
- Klinischen Chemikerinnen und Chemikern, „Ernährungswissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern“ und anderen Naturwissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern
- Diplom-Sozialpädagoginnen und -pädagogen, Diplom-Heilpädagoginnen und -pädagogen
- Hebammen und Entbindungspflegern
- Logopädinnen und Logopäden und Angehörigen gleichgestellter sprachtherapeutischer Berufe
- Ergotherapeutinnen und -therapeuten
- Angehörigen der Berufe in der Physiotherapie
- Medizinisch-technischen Assistentinnen und Assistenten
- Angehörigen stattdlich anerkannter Pflegeberufe
- Diätassistentinnen und -assistenten.

Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker sind weiterhin ausgenommen.