

Auswirkungen des VÄndG unter Berücksichtigung berufsrechtlicher Aspekte

Dr. Rudolf Ratzel
Fachanwalt f. Medizinrecht
München
Sozietät Dr. Rehborn
Berlin Dortmund Köln Leipzig München

These 1: Gesetzgebungskompetenz

- Keine Zustimmungspflicht Dank Föderalismusreform?
- Verhältnis zu Art. 70 zu Art. 72 GG (neu)?
- Abgrenzung „sozialversicherungsrechtlicher Vorrang“ gegenüber „allgemeinem Berufsrecht“
- Außenwirkung bei überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften?
- Außenwirkung bei Anstellung fachverschiedener Ärzte?
- Außenwirkung bei Filialisierung?
- Einschränkung Berufsrecht notwendig für Funktionsfähigkeit des Versorgungssystems?

These 2: Unbegrenzte Filialisierung nein!

- Verstoß gg. BO. rechtlich natürlich nur relevant, wenn wirksame Ermächtigung in Heilberufe-KammerG
- Ziel der Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung von mehr als drei Praxissitzen durch einen Arzt nicht erreichbar.
- Unbegrenzte Filialisierung bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der Bedarfsplanung nicht vereinbar (siehe auch § 17 Abs.2 BayBO).
- Unbegrenzte Filialisierung ohne Prägung durch freiberuflichen Berufsträger kann zur Gewerblichkeit führen, § 18 Abs. 2 MBO.
- Dringender Regelungsbedarf im BMV-Ä

These 3: Aufhebung der sektoralen Trennung bringt Vor- und Nachteile

- 13 Std. Rspr. BSG nicht außer Kraft gesetzt
- Belegarztsystem wird zugunsten der „under cover“ Konsiliarärzte geschwächt, Frage der Honorarverschiebung?
- § 36 KHG-NRW
- Erfüllung Mindestmengen durch Zukauf externer Leistungserbringer?
- Weitreichende Auswirkungen auf Fachabteilungen und Weiterbildung
- „under cover“ Konsiliararzt Glied der Wahlarztkette?
- Ambulantes Operieren im KH durch Vertragsarzt?
- Erleichterung für KH-MVZ's, aber steuerrechtliche Probleme für KH, insbesondere gGmbH's, groß.

4. These: Der fachverschiedene Angestellte, ein Danaergeschenk

- Alptraum der Anästhesisten, acht LÄK's sagen nein!
- Praktische Relevanz eher gering
- § 4 Abs. 2 GOÄ
- Steuer, Folgen der Gewerblichkeit für GP jenseits der Infektion: die OHG
- Haftungskonzentration beim Praxisinhaber

5. These: Überörtlichkeit ja, aber um welchen Preis?

- Welcher Gesellschaftszweck wird gelebt?
- Spezialisierung ja, Umgehung honorarbegrenzender Regelungen nein.
- Einfluss auf Strukturverträge?
- Disziplinalgewalt? Satzungsänderung notwendig?
Berufsrechtliche Zuständigkeit bleibt bei örtlich zuständiger LÄK.
- § 285 Abs. 3 SGB V, Aufgabe möglicherweise unlösbar.
Konsequenz: § 106 a SGB V läuft leer, Umsetzung zum 1.1. 2007 jedenfalls nicht zu schaffen.

6. These: Die TGP als Labor für angewandte Kreativität

- § 18 Abs. 1 a Berufsordnung Hamburg und Rheinland-Pfalz

Teil-Berufsausübungsgemeinschaften sind nur zulässig, wenn die ihr zugehörigen Ärzte am Gewinn dieser Gemeinschaft jeweils entsprechend ihres persönlich erbrachten Anteil an der gemeinschaftlichen Leistung beteiligt werden. Die Anordnung einer Leistung, insbesondere aus den Bereichen der Labormedizin, der Pathologie und der bildgebenden Verfahren stellt keinen Leistungsanteil im Sinne des Satzes 1 dar. Verträge über die Gründung einer Teil-Berufsausübungsgemeinschaft sind der Ärztekammer vorzulegen.

- § 33 Abs. 2 Satz 3 Ärzte-ZV konsequent.TGP im vertragsärztlichen Bereich wahrscheinlich nicht sehr attraktiv.
- Spannend wird allerdings die Abgrenzung zur Leistungserbringergemeinschaft nach § 15 Abs. 3 BMV-Ä.
- Problem auch hier das Steuerrecht. In vielen TGP's fehlt es am Merkmal der Mitunternehmerschaft. „Gewinn“-Provision keine Einnahme aus freiberuflicher Tätigkeit, siehe auch § 3 Abs. 2 MBO

7. These: § 23 a MBO u. § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV nicht immer kompatibel

- Gesamtproblematik des § 23 a MBO
- § 23 a in etlichen LÄK's nicht umgesetzt, dann bleibt für Berufsausübungsgemeinschaft nur § 18 oder § 23 b (Med. Kooperationsgemeinschaft), KH in beiden Fällen kein möglicher Gesellschafter.

8. These: Kopfzentren auch ohne MVZ

- Beschränkung auf gemeinsame ärztliche und zahnärztliche Tätigkeit in MVZ's unverständlich. Anspruch auch für Ärzte und Zahnärzte in Berufsausübungsgemeinschaften außerhalb eines MVZ auf Gleichbehandlung, Art. 3 GG?

9. These : Kooperative Leitung im MVZ sinnvoll

- Die jeweiligen beruflichen Verantwortungsbereiche sind jedoch zu beachten, § 2 Abs. 4 MBO

10. These: Vertragsgestalter aufgepasst!

- Wenn keine Kongruenz zwischen vertragsärztlicher und privatärztlicher Rechtslage, kein gemeinsamer Gesellschaftszweck? OLG München, MedR 2006, 172.
- GKV-GP mit privatärztlicher TGP?
- Getrennter Außenauftritt?
- Innerbetriebliche Organisation, Personal
- Trennung zwischen GKV-Filiale und Privatfiliale ab Standort Nr. 4

Aussichten

- Die angebliche Angleichung des Vertragsarztrechts an das Berufsrecht führt nicht zu einer Rechtsvereinheitlichung, sondern zu einer Zersplitterung.
- Während das BSG und auch das BVerfG, wenn auch unter Betonung sozialversicherungsrechtlicher Besonderheiten, das ärztliche Berufsrecht zumindest mit gewichtet haben, führt das VÄndG im Binnenberufsrecht dazu, daß das Kind mit dem Bade ausgeschüttet wird.
- Scheinbare Liberalisierung durch Stärkung des Wettbewerbs ohne daß mehr Geld ins System fließt, kann insbesondere im Bereich der ambulanten Facharztschiene eine Kettenbildung begünstigen, die im Ergebnis geeignet ist, diejenigen Prinzipien, die das ärztliche Berufsrecht schützen soll, nämlich Eigenverantwortlichkeit, Entscheidungsfreiheit für Arzt und Patient (freie Arztwahl), Trennungsprinzip (keine Gewerblichkeit) sowie Beschränkung auf die eigene Qualifikation (Fachgebiet), zu schwächen.
- Abbau der Bürokratie wird gepredigt, die Realität lehrt etwas anderes
- Einfluss der Selbstverwaltung (auch der Kammern) schwindet zum Nachteil der überwiegenden Mehrheit der Ärzte
- Mangels Perspektive in der Niederlassung, zunehmende Auswanderung.
- Ärzte begreifen vermehrt, daß das Berufsrecht, das sie oftmals als Einschränkung empfunden haben, Schutz gegen eine „Kollektivierung“ ihres Berufsstandes sein könnte.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit