

Niederlassung und berufliche Kooperation
- Neue Möglichkeiten -
Hinweise und Erläuterungen
zu §§ 17-19 und 23 a-d (Muster-) Berufsordnung (MBO)

Stand 17. Februar 2006

I. Einleitung

Ziel der auf dem 107. Deutschen Ärztetag 2004 in Bremen beschlossenen Neufassung der (Muster-) Berufsordnung (MBO) ist die Weiterentwicklung der Strukturen ärztlicher Berufsausübung sowie die Stärkung der Kooperation von Ärztinnen und Ärzten untereinander und mit anderen Gesundheitsberufen. Diese 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 z. B. 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 MBO erforderlich gemacht, da „medizinische Versorgungszentren“ kraft Gesetzes in allen zulässigen Organisations- und Gesellschaftsformen gegründet werden können. Einem „medizinischen Versorgungszentrum“, das auch mit angestellten Ärztinnen und Ärzten betrieben werden kann, wurden 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 Patienten-Arzt-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 MBO),
- eine Unterscheidung zwischen ausgelagerter Praxisstätte und Zweigpraxis findet nicht mehr statt (§ 17 Abs. 2 MBO),
- die bisherige Regelung, nur einer einzigen Berufsausübungsgemeinschaft anzugehören, wird aufgegeben (§ 18 Abs. 3 MBO),
- die Möglichkeit, überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften auch bei patientenbezogener Tätigkeit zu bilden (§ 18 Abs. 3 MBO),

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

Einige der Neuerungen der MBO können nicht unmittelbar durch die Kammerversammlungen der Ärztekammern als bindendes Berufsrecht übernommen werden, sondern bedürfen vor einer Umsetzung in Satzungsrecht einer neuen oder geänderten gesetzlichen Grundlage in den Kammer- und Heilberufsgesetzen der Länder.

In der vertragsärztlichen Versorgung können einzelne Formen der Berufsausübung und Kooperation erst dann genutzt werden, wenn zuvor das SGB V, die Ärzte-ZV und die Bundesmantelverträge geändert werden. Hierbei wird der Gesetzgeber aber zu entscheiden haben, ob und wie die geltende Bedarfsplanung und andere Besonderheiten des Vertragsarztrechtes vom Berufsrecht abweichende Modifikationen erfordern. Wann mit einer gesetzlichen Neuregelung des Vertragsarztrechtes zu rechnen ist, ist zur Zeit nicht absehbar. Allerdings ist zu erwarten, dass es nicht zuletzt wegen der unterschiedlichen Umsetzung der MBO durch die einzelnen Ärztekammern zu einer Divergenz zwischen Vertragsarztrecht und Berufsrecht kommen kann. Ob und in welcher Weise Vertragsärzte die neuen Kooperationsformen nutzen können, muss durch die zuständige Ärztekammer ggf. nach Abstimmung mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung beurteilt werden.

II. Die Vorschriften im Einzelnen

1. § 17 MBO Niederlassung und Ausübung der Praxis

1.1 § 17 Absatz 1 MBO Praxissitz

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 sächliche Ausstattung verfügen und Personalentscheidungen treffen können, 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 MBO gegeben.

1.2 § 17 Abs. 2 MBO Tätigkeit an mehreren Orten

§ 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 Patientinnen und 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 z. B. dann gewährleistet, wenn die Orte der ärztlichen Tätigkeit so gewählt werden, dass die Ärztinnen und Ärzte alle Orte innerhalb kurzer Zeit erreichen können.¹ Darüber hinaus ist eine ordnungsgemäße Versorgung i.d.R. gegeben, wenn durch eine(n) Partnerin/Partner einer Gemeinschaftspraxis oder angestellte Ärztinnen und Ärzte eine qualitativ gleichwertige Versorgung sichergestellt wird. Darüber hinaus kann eine ordnungsgemäße Versorgung grundsätzlich auch durch eine(n) beauftragte(n) andere(n) Arzt oder Ärztin gewährleistet werden. Aus dem Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung folgt für diese Fallkonstellation, dass der Behandlungsvertrag mit der/dem anderen Arzt/Ärztin 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 Ärztekam-

¹ In Übereinstimmung mit der Rechtsprechung zur Belegarztstätigkeit kann davon ausgegangen werden, 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 MBO allerdings nicht mehr. Eine Bindung an den Kammerbezirk ist nicht vorgeschrieben.

mern. 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 z.B. 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 dieses dort durch ein Hinweisschild im Sinne von § 17 Abs. 4 und 5 MBO kenntlich machen. Das Schild sollte Angaben zur Erreichbarkeit und zur Art der dort erbrachten Leistungen enthalten.

2. § 18 MBO Berufliche Kooperationen

2.1. Formen der beruflichen Kooperation

Diese Vorschrift enthält eine nicht abschließende Aufzählung der möglichen beruflichen Kooperationen.

Diese sind:

- Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis, Teil-Gemeinschaftspraxis, Partnerschaft, Teil-Partnerschaft, überörtliche Teil-Gemeinschaftspraxis/Partnerschaft),
- Ärztesgesellschaft,

- ggf. medizinisches Versorgungszentrum,
- Organisationsgemeinschaften (Praxisgemeinschaft, Apparategemeinschaft),
- Medizinische Kooperationsgemeinschaft,
- Praxisverbund.

Eine Definition der Berufsausübungsgemeinschaft enthält die Berufsordnung selbst nicht. Insbesondere wegen der neuen Formen der Zusammenarbeit in (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaften und überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften, aber auch im Hinblick auf die unterschiedlichen Rechtsfolgen (Gemeinschaft als Vertragspartner, persönliche Leistungserbringung, Abrechnung und Haftung) stellt sich zunehmend die Frage, wann im berufsrechtlichen Sinn von einer gemeinsamen Berufsausübung gesprochen werden kann. Diese Abgrenzungsfrage stellt sich nicht nur wegen der für Patienten und Ärzte wichtigen Rechtsfolgen, sondern auch deshalb, weil insbesondere bei Kooperationsformen, die keine Berufsausübungsgemeinschaft darstellen, eine Grenzziehung zu dem berufsrechtlichen Verbot der Zuweisung gegen Entgelt § 31 MBO erforderlich ist.

Die nachstehenden Erläuterungen sollen dazu dienen, im Wege einer Gesamtbeurteilung zu beurteilen, ob im Sinne der Berufsordnung eine gemeinsame Berufsausübung vorliegt. Die berufsrechtliche Bewertung deckt sich mit der gesellschaftsrechtlichen Betrachtung, bei der ebenfalls im Wege einer Gesamtschau der Regelungen des Gesellschaftsvertrages der Gesellschaftszweck ermittelt wird. Es ist jeweils eine Einzelfallprüfung vorzunehmen, wobei nicht alle der nachstehenden Kriterien erfüllt sein müssen. Dabei muss nicht nur berücksichtigt werden, dass die MBO die gemeinsame und nicht die gemeinschaftliche Berufsausübung im Sinne einer gleichzeitigen Behandlung fordert. Berücksichtigt werden muss auch, dass der Deutsche Ärztetag mit der Novellierung der MBO Kooperationen erleichtern wollte.

2.2. Kriterien der gemeinsamen Berufsausübung

1. **Wille zur gemeinsamen Berufsausübung** in einer auf Dauer angelegten systematischen Kooperation. Der bloße Wille, nur Ressourcen gemeinsam zu nutzen, ist nicht ausreichend. Von einer gemeinsamen Berufsausübung kann

ebenfalls nicht gesprochen werden, wenn sich die Zusammenarbeit z. B. auf die Bildung von Qualitätszirkeln zu Fortbildungszwecken, einen gemeinsamen Vertretungs- oder Notdienstplan oder reine Managementtätigkeit beschränkt. Auch ein reines Gewinnpooling genügt nicht den Anforderungen, die an eine gemeinsame Tätigkeit zu stellen sind.

2. In der Regel ist ein **schriftlicher Gesellschaftsvertrag** erforderlich, der diesen Willen zum Ausdruck bringt und die Rechte und Pflichten der Gesellschafter (z. B. Einlage, Regelungen zu gemeinschaftlichen Entscheidungen, Gewinnerzielung auf der Ebene der Gesellschaft) festlegt. Wesentlich ist allerdings nicht nur die schriftliche Fixierung des Willens zur gemeinsamen Berufsausübung, sondern entscheidend ist stets „wie die Gesellschaft gelebt wird“². Unklarheiten oder Regelungslücken im Gesellschaftsvertrag können durch tatsächliches Verhalten kompensiert werden. Hingegen reicht ein Vertrag, der zwar eine gemeinsame Berufsausübung beschreibt, die aber nicht tatsächlich praktiziert wird, nicht aus, um letztlich von einer gemeinsamen Berufsausübung zu sprechen.
3. **Außenankündigung der Gesellschaft** nach Maßgabe des § 18a Abs.1 MBO. Anders als bei einer reinen Organisationsgemeinschaft, die angekündigt werden darf, ist in dem Fall der Berufsausübungsgemeinschaft die Ankündigung obligat.
4. Der **Behandlungsvertrag wird von der Gemeinschaft geschlossen**, weshalb die Abrechnung durch die Gemeinschaft erfolgt. Die Gemeinschaft haftet im Außenverhältnis. Davon unberührt bleibt allerdings das Recht, eine abweichende Regelung im Innenverhältnis zu vereinbaren.
5. Die Gemeinschaft muss über einen **gemeinsamen Patientenstamm** verfügen, d. h. jeder Partner muss Zugriff auf die Patientenkartei haben.

² BSG Urteil vom 16.07.2003, B 6 KA 34/02 R, BSG Urteil vom 20.10.2004, B 6 KA 41/03 R, BFH Urteil vom 14.04.2005 XI R 82/03.

6. Von einer gemeinsamen Berufsausübung kann nur dann gesprochen werden, wenn die beteiligten Ärzte mehr oder minder gleiche **Rechte und Pflichten** haben³. Eine Berufsausübungsgemeinschaft macht es aus, wenn jeder Gesellschafter an unternehmerischen Chancen und Risiken beteiligt ist. Dieses drückt sich typischerweise in einer prozentualen Gewinn- und Verlustbeteiligung, in einer Mitwirkung an Investitions- und Personalentscheidungen, aber auch dadurch aus, dass strategische Unternehmensentscheidungen (z. B. Abschluss von Verträgen nach §§ 73b, 73 c oder 140 b SGB V, Neuaufnahme von Mitgliedern) gemeinschaftlich getroffen werden. Zu beachten ist aber, dass gerade bei der Gründung von Gemeinschaften aber auch bei Aufnahme eines Gesellschafters eine sog. vermögensrechtliche Nullbeteiligung jedenfalls dann zu akzeptieren ist, wenn sie nicht auf Dauer angelegt ist, sondern z. B. nach einer „Kennenlernphase“ ein Anwachsen der Kapitalbeteiligung vorgesehen ist. Maßgeblich ist vor allem eine Beteiligung am immateriellen Wert und weniger am materiellen Wert.

2.3. Teilgemeinschaften

Neu ist, dass Berufsausübungsgemeinschaften nicht das gesamte Leistungsspektrum umfassen müssen. Es ist auch möglich, „Teil-Gemeinschaftspraxen“ oder „Teil-Partnerschaften“ oder sonstige „Teil-Kooperationsgemeinschaften“ zu bilden. Dies bedeutet, dass beispielsweise Ärztinnen bzw. Ärzte, die an ihrer (Einzel-) Praxis festhalten wollen, für die Erbringung bestimmter Leistungen geregelte und auch ankündbare (Teil-) Kooperationen eingehen können. Wie beispielsweise bei sonstigen Gemeinschaftspraxen kommt der Behandlungsvertrag in diesem Fall mit der „Teilgemeinschaftspraxis“ zustande. Dabei ist es zulässig, dass innerhalb der Teil-Gemeinschaftspraxis die Leistungserbringung zwischen den Beteiligten aufgliedert wird (z. B. die arbeitsteilige Trennung von Untersuchungsleistung und Befundung, insbesondere bei bildgebender Diagnostik). Dieses gilt auch für überörtliche

³ vgl. Arbeitspapier der KBV vom 15.01.2003 „Gemeinsame und arbeitsteilige Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung“.

Teil-Gemeinschaftspraxen, bei denen eine Leistungsaufteilung z. B. 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. Teilkoperationen sind gemäß § 18a MBO anzukündigen, und zwar am Ort der Leistungserbringung.

Auch bei einer auf einzelne Leistungen begrenzten Berufsausübungsgemeinschaft müssen die Kriterien wie in 2.2. beschrieben entsprechend erfüllt sein. Allerdings muss bei der Beurteilung berücksichtigt werden, dass sich die gemeinsame Berufsausübung nur auf einzelne Leistungen beschränkt und sich der Umfang der unternehmerischen Mitwirkung allein hieran orientiert. In jedem Fall muss es sich aber auch bei einer Teil-Gemeinschaftspraxis um eine angekündigte und auf Dauer angelegte systematische Kooperation mit gemeinsamen Patientenstamm handeln.

Folgende Kooperation ist z. B. denkbar:

Eine niedergelassene Kinderärztin möchte regelmäßig 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.

2.4. § 18 Abs. 2 MBO Gesellschaftsformen

Seit der Novelle der MBO 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 danach die GmbH und AG, soweit landesrechtliche Vor-

schriften in den Heilberufe- und Kammergesetzen nicht entgegenstehen. Gesellschaftsformen, die nur von Vollkaufleuten betrieben werden können, wie z. B. 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 (z. B. 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.

2.5. § 18 Abs. 3 MBO Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften

Während es in der Vergangenheit nur Ärztinnen und Ärzten, die nicht unmittelbar patientenbezogen tätig waren (z.B. Laborärzte, Pathologen), gestattet war, überörtliche Gemeinschaftspraxen zu bilden, ist durch die Novellierung der MBO 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.

Auch bei einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis oder überörtlichen Partnerschaft müssen die oben unter 2.2. beschriebenen Kriterien entsprechend erfüllt sein.

Es ergeben sich zudem nachstehende Besonderheiten:

Die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft kann in zwei Formen realisiert werden. Die einzelnen Partner können weiterhin ausschließlich an dem Ort ihrer Niederlassung tätig sein oder - unter Beibehaltung getrennter Niederlassungen - jeweils zeitweise auch an einem anderen Praxissitz der Gemeinschaft tätig werden. Bei der zweiten Alternative müssen Mitwirkungsmöglichkeiten auch bei Personalentscheidungen gegeben sein. In beiden Fällen muss ein gemeinsamer Patientenstamm vorhanden und der Zugriff auf eine (gemeinsame) Patientenkartei möglich sein. Dieses kann durch moderne Kommunikationstechniken realisiert werden. Teilschritte der ärztlichen Behandlung können bei Anwesenheit des einen Partners durch den Partner am anderen Praxisstandort auf elektronischem Weg erfolgen; darin liegt kein Verstoß gegen das Fernbehandlungsverbot nach § 7 Abs. 3 MBO.

Wie bei allen Berufsausübungsgemeinschaften kann es aus haftungsrechtlicher Sicht eine Verpflichtung geben, den Gemeinschaftspraxispartner bei medizinischen Problemen außerhalb der Routine zur Behandlung hinzuziehen. Selbstverständlich muss die Berufshaftpflichtversicherung die überörtliche gemeinschaftliche Berufsausübung ausreichend berücksichtigen. Unverzichtbar ist auch bei einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft die Übernahme eines unternehmerischen Risikos durch beide Gesellschafter. Die wirtschaftliche Beteiligung kann im Hinblick auf die Beibehaltung des individuellen Praxisstandortes modifiziert werden.

2.6. Unerlaubte Zuweisung gegen Entgelt

Bei allen Kooperationsformen muss, wenn die genannten Kriterien nicht erfüllt sind, geprüft werden, ob die Vereinbarung einer „Kooperation“ nicht gegen das berufsrechtliche Verbot der Zuweisung gegen Entgelt (§ 31 MBO) verstößt.

2.7. Anzeigepflicht

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

3. § 18 a MBO Ankündigungen von Berufsausübungsgemeinschaften und Kooperationen

Die Transparenz über das Leistungsgeschehen und über die Zugehörigkeit zu Kooperationsgemeinschaften ist ein wesentlicher Gesichtspunkt bei der Neufassung der MBO. 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 Kooperation durch ein Schild auf die gemeinsame Tätigkeit unter Nennung der Namen und Fachgebiete der beteiligten Ärztinnen und Ärzte hinzuweisen. Überörtliche Teilkoooperationen können darüber hinaus am Praxissitz angekündigt werden.

Zusammenschlüsse zu reinen Organisationsgemeinschaften (z.B. Praxisgemeinschaften) dürfen ebenfalls angekündigt werden. Dabei besteht allerdings die Gefahr, dass die Patientin oder der Patient von einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeht und sich daraus eine Mithaftung aller Partner der Organisationsgemeinschaft für berufliche Pflichtverletzungen der jeweils anderen Partner ergibt.

4. § 19 MBO 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 regelmäßig nur von Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachgebiete gemeinschaftlich

durchgeführt werden kann. Es ist jetzt also möglich, dass z.B. 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 der/dem angestellten Ärztin/Arzt im Dienstvertrag ein eigenes Liquidationsrecht einräumen, so dass die/der angestellte Ärztin/Arzt die von ihr/ihm erbrachten Leistungen selbst abrechnen kann.

§ 19 Abs. 3 MBO sieht jetzt *expressis 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 z.B. durch Praxisbroschüren oder Aushänge erfolgen. Im Unterschied zu früher kann die Beschäftigung der angestellten Ärztinnen und Ärzte auch auf dem Praxisschild angekündigt werden. Dabei besteht die Gefahr, dass die Patientin oder der Patient von einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeht und sich daraus eine Mithaftung der/des angestellten Ärztin/Arztes aus sog. Anscheinshaftung ergibt. Dem kann dadurch begegnet werden, dass angestellte Ärzte ausdrücklich als solche bezeichnet werden.

5. § 23a MBO 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 zur Zeit 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 MBO Medizinische Kooperationsgemeinschaft zwischen Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe

§ 23b 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 staatlich anerkannter Pflegeberufe,
- Diätassistentinnen und -assistenten.

Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker sind weiterhin ausgenommen.