

# Niederlassung und berufliche Kooperation

– Neue Möglichkeiten – Hinweise und Erläuterungen zu §§ 7–19 und 23 a–d (Muster-)Berufsordnung (MBO)

Stand 28. März 2008

## I. Einleitung

Durch die auf dem 107. Deutschen Ärztetag 2004 in Bremen beschlossene Neufassung der (Muster-)Berufsordnung (MBO) sind die Strukturen ärztlicher Berufsausübung weiterentwickelt und die Kooperationsmöglichkeiten von Ärzten<sup>1</sup> untereinander und mit anderen Gesundheitsberufen erweitert worden. Dadurch soll die Patientenversorgung weiter verbessert und die Wettbewerbsfähigkeit des niedergelassenen Arztes gegenüber Krankenhäusern und Medizinischen Versorgungszentren als Anbietern ambulanter Behandlungsleistungen gestärkt werden.

Insbesondere die mit der integrierten Versorgung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung eröffneten Möglichkeiten und 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 Ärzten betrieben werden kann, sind andere Möglichkeiten eröffnet als sie den niedergelassenen Ärzten bei Einführung des „Medizinischen Versorgungszentrums“ zur Verfügung standen.

Bei der Weiterentwicklung wurden folgende Eckpunkte zugrunde gelegt:

- 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.

Vor diesem Hintergrund

- ist der Arzt heute nicht mehr an einen Praxissitz gebunden; Tätigkeiten an bis zu zwei weiteren Orten sind zulässig (§§ 17 Abs. 2, 18 Abs. 1 und 3 MBO)
- wird nicht mehr zwischen ausgelagerter Praxisstätte und Zweigpraxis unterschieden (§ 17 Abs. 2 MBO)
- kann der Arzt heute mehreren Berufsausübungsgemeinschaften angehören (§ 18 Abs. 3 MBO)
- können überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften auch bei patientenbezogener Tätigkeit gebildet werden (§ 18 Abs. 3 MBO)
- kann der Beruf auch beschränkt auf einzelne Leistungen gemeinsam ausgeübt werden (§ 18 Abs. 1 MBO)

- können Ärzte unter den Voraussetzungen des § 19 Abs. 2 MBO andere Ärzte auch dann anstellen, wenn diese eine andere Fachgebietsbezeichnung führen
- kann mit einem erweiterten Kreis von Angehörigen anderer akademischer Heilberufe und/oder staatlicher Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen nach Maßgabe von § 23 b Abs. 1 MBO kooperiert werden und
- können Ärztegesellschaften als juristische Personen des Privatrechts gegründet werden (§ 23 a MBO).

Die Neuerungen sind inzwischen zu einem großen Teil in die Berufsordnungen der Ärztekammern übernommen worden; Abweichungen sind zum Teil durch unterschiedliche Vorgaben der Kammer- und Heilberufsgesetze bedingt. Infolge der Novellierung des Vertragsarztrechts durch das am 1. Januar 2007 in Kraft getretene Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und auf der Basis ergänzender Regelungen u. a. in den Bundesmantelverträgen können die erweiterten Möglichkeiten der ärztlichen Berufsausübung mittlerweile auch bei der vertragsärztlichen Tätigkeit in Anspruch genommen werden. Aufgegriffen hat das Vertragsarztrecht vor allem die erweiterten Anstellungsmöglichkeiten, nach denen der Arzt u. a. Ärzte mit anderen Facharztqualifikationen anstellen kann, die Möglichkeiten der Tätigkeit an weiteren Orten und in überörtlichen sowie in Teil-Berufsausübungsgemeinschaften. Auf diesbezügliche Abweichungen des Vertragsarztrechts vom Berufsrecht wird nachfolgend noch hinzuweisen sein.

## II. Die Neuerungen 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 der Arzt niederlässt, d. h. an dem er die zur Ausübung seines Berufs notwendigen Räumlichkeiten vorhält, Sprechstunden ankündigt und regelmäßig erreichbar ist. 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 einem Arzt geleitet werden. Von einer verantwortlichen Leitung kann gesprochen werden, wenn er über die sächliche Ausstattung verfügt und die maßgeblichen Personalentscheidungen treffen kann, wenn er die medizinische Letztverantwortung trägt und der Behandlungsvertrag mit ihm geschlossen wird.

§ 17 MBO:

„(1) Die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit außerhalb von Krankenhäusern einschließlich konzessionierter Privatkliniken ist an die Niederlassung in einer Praxis (Praxissitz) gebunden, soweit nicht gesetzliche Vorschriften etwas anderes zulassen.“

<sup>1</sup> Im nachstehenden Text wird die Berufsbezeichnung „Arzt“ („Ärzte“) einheitlich und neutral für Ärztinnen und Ärzte verwendet; das Gleiche gilt für die Bezeichnung „Patient“ („Patienten“) und für die angesprochenen Fachberufe im Gesundheitswesen.

(2) Ärztinnen und Ärzten ist es gestattet, über den Praxissitz hinaus an zwei weiteren Orten ärztlich tätig zu sein. Ärztinnen und Ärzte haben Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten an jedem Ort ihrer Tätigkeiten zu treffen.

(3) Die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit im Umherziehen ist berufsrechtswidrig. Zum Zwecke der aufsuchenden medizinischen Gesundheitsversorgung kann die Ärztekammer auf Antrag der Ärztin oder des Arztes von der Verpflichtung nach Absatz 1 Ausnahmen gestatten, wenn sichergestellt ist, dass die beruflichen Belange nicht beeinträchtigt werden und die Berufsordnung beachtet wird.

(4) Der Praxissitz ist durch ein Praxisschild kenntlich zu machen.

Ärztinnen und Ärzte haben auf ihrem Praxisschild

– den Namen

– die (Fach-)Arztbezeichnung

– die Sprechzeiten sowie

– ggf. die Zugehörigkeit zu einer Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 18 a anzugeben.

Ärztinnen und Ärzte, welche nicht unmittelbar patientenbezogen tätig werden, können von der Ankündigung ihres Praxissitzes durch ein Praxisschild absehen, wenn sie dies der Ärztekammer anzeigen.

(5) Ort und Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeiten am Praxissitz sowie die Aufnahme weiterer Tätigkeiten und jede Veränderung haben Ärztinnen und Ärzte der Ärztekammer unverzüglich mitzuteilen.“

## 1.2 § 17 Abs. 2 MBO: Tätigkeit an mehreren Orten

§ 17 Abs. 2 MBO hat die alte Regelung des § 18 Abs. 1 und 2 MBO ersetzt, die zwischen ausgelagerter Praxisstätte und Zweigpraxis unterschieden hatte. Die frühere Fassung hatte dazu geführt, dass vielfach eine klare Grenzziehung zwischen „ausgelagerter Praxisstätte“ und „Zweigpraxis“ schwierig war. Im Unterschied zum Berufsrecht kennt das Vertragsarztrecht jetzt in § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV anzeigepflichtige ausgelagerte Praxisräume.

Nach § 17 Abs. 2 MBO ist es Ärzten heute möglich, **über den Praxissitz hinaus an zwei weiteren Orten** tätig zu sein. Die zahlenmäßige Begrenzung auf zwei weitere Orte soll dazu beitragen, eine ordnungsgemäße Versorgung der Patienten an jedem Ort sicherzustellen. Da die Regelung an die Person anknüpft, kann auch jeder Arzt einer Berufsausübungsgemeinschaft an bis zu zwei weiteren Orten tätig sein<sup>2</sup>. Aus dem Sinn und Zweck der Norm ergibt sich, dass diese Beschränkung nicht für Anästhesisten bezogen auf deren anästhesiologische Tätigkeit gilt.

Voraussetzung für die Tätigkeit an einem weiteren Ort ist, dass die Ärzte Vorkehrungen für eine **ordnungsgemäße Versorgung ihrer Patienten an allen Orten** ihrer Tätigkeit treffen. Eine ordnungsgemäße Versorgung ist z. B. dann gewährleistet, wenn die Orte der ärztlichen Tätigkeit so gewählt werden, dass die Ärzte alle Orte innerhalb kurzer Zeit erreichen können. Generelle Vorgaben, wie weit die weiteren Orte von dem Ort der Niederlassung entfernt sein dürfen, enthält die MBO nicht mehr. In Übereinstimmung mit der Rechtsprechung zur Belegarztztätigkeit kann davon ausgegangen werden, dass diese Voraussetzung jedenfalls dann erfüllt ist, **wenn die Orte innerhalb von 30 Minuten erreicht werden können**. Eine Bindung an den Kammerbezirk ist nicht vorgeschrieben. Eine ordnungsgemäße Versorgung ist in einer

<sup>2</sup> Einrichtungen, in denen Mitglieder einer Laborgemeinschaft durch einen gemeinschaftlich beschäftigten angestellten Arzt persönlich abrechenbare Leistungen erbringen, werden nicht mitgezählt. Bei der Frage, ob Tätigkeitsorte im stationären Bereich mitgezählt werden, sind abweichende Handhabungen der Ärztekammern möglich.

<sup>3</sup> Die Ärztekammern verfolgen das Ziel einheitlicher Regelungen in den Kammer- und Heilberufsgesetzen der Länder, nach denen im Falle der Berufsausübung in verschiedenen Kammerbezirken regelmäßig nur eine Kammermitgliedschaft begründet wird.

Berufsausübungsgemeinschaft i. d. R. gegeben, wenn durch einen gleichermaßen qualifizierten Partner oder angestellten Arzt eine qualitativ gleichwertige Versorgung sichergestellt wird. Außerdem kann eine ordnungsgemäße Versorgung grundsätzlich auch durch einen beauftragten anderen Arzt gewährleistet werden; aus dem Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung folgt für diesen Fall, dass der Behandlungsvertrag mit dem anderen Arzt zustande kommt und dieser selbst abrechnet.

Anders als nach dem früher für die Zweigpraxis geltenden Recht bedarf die Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit an weiteren Orten keiner Genehmigung durch die Ärztekammern. Auch kann an jedem Ort der Tätigkeit ein Erstkontakt mit Patienten stattfinden, und es können ggf. auch identische Leistungen an allen Orten der Tätigkeit angeboten werden. 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 zu erfolgen, bei der sie Mitglied sind, und darüber hinaus gegenüber der Ärztekammer, in deren Bereich sie tätig werden. Vertragsarztrechtlich ist weiterhin eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung erforderlich, die von einer „Verbesserung der Versorgung“ abhängt (§ 24 Abs. 3 Ärzte-ZV).

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 Ärzte an weiteren Orten ärztliche Leistungen, müssen sie das 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.

Am Praxissitz ist der Arzt Mitglied der Ärztekammer. Ob bei einer Tätigkeit im Bezirk einer weiteren Ärztekammer eine Mitgliedschaft auch bei dieser Ärztekammer begründet wird, bestimmt sich nach den Kammer- und Heilberufsgesetzen der Länder.<sup>3</sup>

## 2. § 18 MBO: Berufliche Kooperationen

### 2.1 Formen der beruflichen Kooperation

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

- die Berufsausübungsgemeinschaft unter Ärzten (örtliche oder überörtliche Gemeinschaftspraxis und Teil-Gemeinschaftspraxis in der Rechtsform der Gesellschaft bürgerlichen Rechts, örtliche oder überörtliche Partnerschaft und Teil-Partnerschaft nach dem Partnerschaftsgesellschaftsgesetz)
- die Ärztesgesellschaft
- Organisationsgemeinschaften (Praxisgemeinschaft, Apparatgemeinschaft)
- Medizinische Kooperationsgemeinschaften und
- der Praxisverbund.

Eine Definition der Berufsausübungsgemeinschaft enthält die Berufsordnung selbst bisher 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 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 die (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft nicht dazu missbraucht werden darf, das berufsrechtliche Verbot der Zuweisung gegen Entgelt gemäß § 31 MBO zu umgehen. Gegen dieses Verbot wird nämlich auch dann verstoßen, wenn nur scheinbar eine Berufsausübungsgemeinschaft oder eine andere Kooperationsform gegeben ist, weil die nachfolgenden Kriterien für eine gemeinsame Berufsausübung nicht erfüllt sind.

Die nachstehenden Erläuterungen sollen dazu dienen, im Wege einer Gesamtbetrachtung 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.

#### § 18 MBO:

„(1) Ärztinnen und Ärzte dürfen sich zu Berufsausübungsgemeinschaften, Organisationsgemeinschaften, Kooperationsgemeinschaften und Praxisverbänden zusammenschließen. Der Zusammenschluss zur gemeinsamen Ausübung des Arztberufs kann zum Erbringen einzelner Leistungen erfolgen, sofern er nicht lediglich einer Umgehung des § 31 dient. Eine Umgehung liegt insbesondere vor, wenn sich der Beitrag der Ärztin oder des Arztes auf das Erbringen medizinisch-technischer Leistungen auf Veranlassung der übrigen Mitglieder einer Teil-Berufsausübungsgemeinschaft beschränkt oder der Gewinn ohne Grund in einer Weise verteilt wird, die nicht dem Anteil der von ihnen persönlich erbrachten Leistungen entspricht. Die Anordnung einer Leistung, insbesondere aus den Bereichen der Labormedizin, der Pathologie und der bildgebenden Verfahren, stellt keinen Leistungsanteil im Sinne des Satzes 3 dar. Verträge über die Gründung von Teil-Berufsausübungsgemeinschaften sind der Ärztekammer vorzulegen.

(2) Ärztinnen und Ärzte dürfen ihren Beruf einzeln oder gemeinsam in allen für den Arztberuf zulässigen Gesellschaftsformen ausüben, wenn ihre eigenverantwortliche, medizinisch unabhängige sowie nicht gewerbliche Berufsausübung gewährleistet ist. Bei beruflicher Zusammenarbeit, gleich in welcher Form, hat jede Ärztin und jeder Arzt zu gewährleisten, dass die ärztlichen Berufspflichten eingehalten werden.

(3) Die Zugehörigkeit zu mehreren Berufsausübungsgemeinschaften ist zulässig. Die Berufsausübungsgemeinschaft erfordert einen gemeinsamen Praxissitz. Eine Berufsausübungsgemeinschaft mit mehreren Praxissitzen ist zulässig, wenn an dem jeweiligen Praxissitz verantwortlich mindestens ein Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft hauptberuflich tätig ist.

(4) Bei allen Formen der ärztlichen Kooperation muss die freie Arztwahl gewährleistet bleiben.

(5) Soweit Vorschriften dieser Berufsordnung Regelungen des Partnerschaftsgesellschaftsgesetzes (Gesetz über Partnerschaftsgesellschaften Angehöriger Freier Berufe [PartGG] vom 25. 7. 1994 – BGBl. I S. 1744) einschränken, sind sie vorrangig aufgrund von § 1 Absatz 3 PartGG.

(6) Alle Zusammenschlüsse nach Absatz 1 sowie deren Änderung und Beendigung sind der zuständigen Ärztekammer anzuzeigen. Sind für die beteiligten Ärztinnen und Ärzte mehrere Ärztekammern zuständig, so ist jede Ärztin und jeder Arzt verpflichtet, die für ihn zuständige Kammer auf alle am Zusammenschluss beteiligten Ärztinnen und Ärzte hinzuweisen.“

## 2.2 Kriterien der gemeinsamen Berufsausübung

1. Der **Wille zur gemeinsamen Berufsausübung in einer auf Dauer angelegten systematischen Kooperation** muss erkennbar werden. Alle Gesellschafter müssen den ärztlichen Beruf aktiv in der Gesellschaft ausüben. 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“<sup>4</sup>. 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. Die **Außenankündigung der Gesellschaft** muss nach Maßgabe des § 18 a Abs. 1 MBO erfolgen. 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 Gesellschaft geschlossen**, weshalb die vertraglichen Pflichten von der Gesellschaft zu erfüllen sind und die Abrechnung durch die Gesellschaft erfolgt. Die Gesellschaft haftet im Außenverhältnis. Davon unberührt bleibt allerdings das Recht, eine abweichende Regelung im Innenverhältnis zu vereinbaren.
5. Die Gesellschaft muss über einen **gemeinsamen Patientenstamm** verfügen, d. h., jeder Partner muss Zugriff auf die Patientenkartei haben.
6. Von einer gemeinsamen Berufsausübung kann nur dann gesprochen werden, wenn die beteiligten Ärzte im Wesentlichen **gleiche Rechte und Pflichten** haben<sup>5</sup>. Eine Berufsausübungsgemeinschaft macht es aus, wenn jeder Gesellschafter an unternehmerischen Chancen und Risiken beteiligt ist. Dies 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 § 73 b, § 73 c oder § 140 b SGB V, Neuaufnahme von Mitgliedern) gemeinschaftlich getroffen werden. Zu beachten ist jedoch, dass gerade bei der Gründung von Gesellschaften, aber auch bei Aufnahme eines Gesellschafters, eine sogenannte vermögensrechtliche Nullbeteiligung jedenfalls dann zu akzeptieren ist, wenn sie nicht auf Dauer angelegt ist, sondern

<sup>4</sup> BSG, Urteil vom 16. 7. 2003, B 6 KA 34/02 R; BSG, Urteil vom 20. 10. 2004, B 6 KA 41/03 R; BFH, Urteil vom 14. 4. 2005, XI R 82/03.

<sup>5</sup> Vgl. Arbeitspapier der KBV vom 15. 1. 2003 „Gemeinsame und arbeitsteilige Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung“.

z. B. nach einer „Kennenlernphase“ von bis zu drei Jahren<sup>6</sup> ein Anwachsen der Kapitalbeteiligung vorgesehen ist. Maßgeblich ist vor allem eine Beteiligung am immateriellen Wert und weniger am materiellen Wert.

### 2.3 § 18 Abs. 1 MBO: Teil-Berufsausübungsgemeinschaften

§ 18 Abs. 1 MBO eröffnet Ärzten, die an ihrer (Einzel-)Praxis festhalten wollen, die Option, für die Erbringung bestimmter Leistungen geregelte und ankündbare Teil-Berufsausübungsgemeinschaften einzugehen. Die 2004 novellierte Vorschrift ist 2007 präzisiert worden, nachdem diese Möglichkeit zum Teil zu einer Umgehung des Verbots der Zuweisung gegen Entgelt missbraucht worden war. Notwendiges Merkmal einer solchen Teil-Berufsausübungsgemeinschaft ist es, dass einer gemeinsamen Behandlung bedürftige Patienten von den beteiligten Ärzten regelmäßig gemeinsam am selben Praxisort behandelt werden. Das nur konsiliarische Zusammenwirken von Ärzten erfüllt die an eine Teil-Berufsausübungsgemeinschaft zu stellenden Anforderungen nicht. Ausnahmen von der Notwendigkeit der Behandlung am selben Ort sind insbesondere bei Einsatz telemedizinischer Verfahren denkbar. 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).

Im Übrigen müssen auch bei einer auf einzelne Leistungen bezogenen Berufsausübungsgemeinschaft die in 2.2 beschriebenen Kriterien entsprechend erfüllt sein. Bei der Beurteilung muss 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 auch bei einer Teil-Berufsausübungsgemeinschaft um eine angekündigte und auf Dauer angelegte systematische Kooperation mit gemeinsamem Patientenstamm handeln. Der Behandlungsvertrag kommt mit der „Teil-Berufsausübungsgemeinschaft“ zustande.

Auch Berufsausübungsgemeinschaften können eine „Teil-Berufsausübungsgemeinschaft“ bilden oder sich an einer solchen beteiligen. Die Teil-Kooperationen können in den Praxisräumen eines Kooperationspartners stattfinden oder an einem anderen Ort im Sinne des § 17 Abs. 2 Satz 1 MBO. Bei solchen Kooperationen sind die Voraussetzungen des § 17 Abs. 2 S. 2 MBO zu beachten.

Viele Verträge zur Gründung von Teil-Berufsausübungsgemeinschaften ließen nicht einmal einen Willen zur gemeinsamen Berufsausübung erkennen. Vielmehr weckten Zusammenschlüsse mit Ärzten medizinisch-technischer Fächer, insbesondere große und bundesweite Zusammenschlüsse, den Verdacht, dass lediglich ein Verstoß gegen das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt (§ 31 MBO) verdeckt werden sollte. Das hat die Bundesärztekammer und die Ärztekammern veranlasst, durch eine Neufassung des § 18 Abs. 1 MBO klarzustellen, dass der Zusammenschluss nicht der Umgehung dieses Verbots dienen darf. Der Zusammenschluss darf nicht lediglich zum Veranlassen und Erbringen medizinisch-technischer Leistungen erfolgen, und der Gewinn darf nicht ohne Grund in einer Weise verteilt werden, die

dem Anteil der persönlich erbrachten Leistungen nicht entspricht. Insofern wird nicht jeder Zusammenschluss mit Ärzten medizinisch-technischer Fächer ausgeschlossen. Auch eine begründet abweichende Gewinnverteilung bleibt möglich. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass § 33 Abs. 2 S. 3 Ärzte-ZV für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung weitergehend den Zusammenschluss zum Erbringen überweisungsgebundener medizinisch-technischer Leistungen mit überweisungsberechtigten Leistungserbringern ausschließt.

Wie in § 18 Abs. 4 MBO geregelt, ist auch in Teil-Berufsausübungsgemeinschaften die freie Arztwahl zu gewährleisten. Teil-Berufsausübungsgemeinschaften sind gemäß § 18 a MBO anzukündigen, und zwar am Ort der Leistungserbringung.

### 2.4 § 18 Abs. 2 MBO: Gesellschaftsformen

Seit der Novelle der MBO können niedergelassene Ärzte zwischen den für den Arztberuf zulässigen Gesellschaftsformen wählen, wenn ihre eigenverantwortliche medizinisch unabhängige und nicht gewerbliche Berufsausübung gewährleistet ist. Zulässig sind die Gesellschaft bürgerlichen Rechts und die Partnerschaftsgesellschaft.<sup>7</sup> Ferner sind nunmehr insbesondere die GmbH und die AG zulässig, soweit landesrechtliche Vorschriften in den Kammer- und Heilberufsgesetzen nicht entgegenstehen. Gesellschaftsformen, die nur von Vollkaufleuten betrieben werden können, wie z. B. OHG und KG, stehen Ärzten nach wie vor nicht offen. Auch der Verein kommt als Rechtsform nicht infrage. 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 jeder Arzt die ärztlichen Berufspflichten einzuhalten. Schon im Vorfeld von Vertragsverhandlungen ist darauf zu achten, dass die Kooperation so ausgestaltet ist, dass Ärzte ihre beruflichen Pflichten beachten können.

### 2.5 § 18 Abs. 3 MBO: Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften

Die Novellierung der MBO hat allen Ärzten die Möglichkeit eröffnet, überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften zu bilden; in der Vergangenheit war dies nur Ärzten gestattet, die nicht unmittelbar patientenbezogen tätig waren (z. B. Laborärzte, Pathologen). Das setzt – in Abgrenzung zum Praxisverbund – zwingend eine gemeinsame Berufsausübung mit gemeinsamer Patientenbehandlung auf der Grundlage eines Behandlungsvertrages zwischen Patient und Berufsausübungsgemeinschaft 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.

Auch bei einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis oder überörtlichen Partnerschaft müssen die oben unter 2.2. beschriebenen Kriterien entsprechend erfüllt sein. Unverzichtbar ist auch bei einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft die Übernahme eines unternehmerischen Risikos durch die Gesellschafter. Die wirtschaftliche Beteiligung kann im Hinblick auf die Beibehaltung des individuellen Praxisstandortes modifiziert werden.

Es ergeben sich zudem nachstehende Besonderheiten: Die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft kann in zwei Formen realisiert werden. Die einzelnen Partner können weiterhin

<sup>6</sup> BGH, Urteil vom 7. 5. 2007, MedR 2007 S. 595; Engelmann, Kooperative Berufsausübung von Ärzten und Vertragsarztrecht, in: Festschrift 50 Jahre Bundessozialgericht, S. 429, 456 f.

<sup>7</sup> Zur Ärztegesellschaft gem. § 23 a MBO s. u. 5.

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. Dies 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 anderen Partner bei medizinischen Problemen außerhalb der Routine zur Behandlung hinzuzuziehen. Der Patient schließt nämlich auch hier den Behandlungsvertrag mit allen Partnern in Kenntnis der Tatsache, dass der oder die am anderen Ort tätigen Partner u. U. über eine abweichende Facharztkompetenz oder Zusatzqualifikation verfügen. Insofern werden dem Patienten auch notwendige Leistungen geschuldet, die nur der am anderen Ort tätige Partner erbringen kann, sofern dessen Hinzuziehung nicht im Einzelfall unmöglich oder nicht zumutbar ist.

Selbstverständlich muss die Berufshaftpflichtversicherung die überörtliche gemeinschaftliche Berufsausübung ausreichend berücksichtigen. Aufgrund des gemeinsamen Abschlusses des Behandlungsvertrages steigt das Haftungsrisiko.

## 2.6 §§ 17 Abs. 5 und 18 Abs. 6 MBO: Anzeigepflicht

Alle Zusammenschlüsse sowie deren Änderung und Beendigung sind durch die beteiligten Ärzte den Ärztekammern anzuzeigen, in denen die 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 war ein wesentlicher Gesichtspunkt bei der Neufassung der MBO. Diesem Aspekt trägt § 18 a Abs. 1 und 2 MBO Rechnung, indem er die Ärzte verpflichtet, Transparenz über die kooperative Leistungserbringung herzustellen. Nur so können die Patienten ihr Recht auf freie Arztwahl wahrnehmen. Aus diesem Grund ist an dem Ort der gemeinsamen Berufsausübung oder Kooperation durch ein Schild auf die gemeinsame Tätigkeit unter Nennung der Namen und Fachgebiete der Beteiligten hinzuweisen. Im Falle gemeinsamer überörtlicher Tätigkeit gilt dies für alle Tätigkeitsorte. Dabei müssen in jedem Fall alle Namen der zusammengeschlossenen Ärzte (und Kooperationspartner) angekündigt werden.

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

Pflichtverletzungen der jeweils anderen Gesellschafter ergibt. Nach der Rechtsprechung kann dazu ein gemeinsames Logo genügen.<sup>8</sup>

### § 18 a MBO:

„(1) Bei Berufsausübungsgemeinschaften von Ärztinnen und Ärzten sind – unbeschadet des Namens einer Partnerschaftsgesellschaft oder einer juristischen Person des Privatrechts – die Namen und Arztbezeichnungen aller in der Gemeinschaft zusammengeschlossenen Ärztinnen und Ärzte sowie die Rechtsform anzukündigen. Bei mehreren Praxissitzen ist jeder Praxissitz gesondert anzukündigen. § 19 Absatz 4 gilt entsprechend. Die Fortführung des Namens einer/eines nicht mehr berufstätigen, einer/eines ausgeschiedenen oder verstorbenen Partnerin/Partners ist unzulässig.

(2) Bei Kooperationen gemäß § 23 b muss sich die Ärztin oder der Arzt in ein gemeinsames Praxisschild mit den Kooperationspartnern aufnehmen lassen. Bei Partnerschaften gemäß § 23 c darf die Ärztin oder der Arzt, wenn die Angabe ihrer oder seiner Berufsbezeichnung vorgesehen ist, nur gestatten, dass die Bezeichnung „Ärztin“ oder „Arzt“ oder eine andere fñhrbare Bezeichnung angegeben wird.

(3) Zusammenschlüsse zu Organisationsgemeinschaften dürfen angekündigt werden. Die Zugehörigkeit zu einem Praxisverbund gemäß § 23 d kann durch Hinzufügen des Namens des Verbundes angekündigt werden.“

## 4. § 19 Abs. 2 MBO: Beschäftigung angestellter Ärzte

§ 19 Abs. 2 MBO regelt, dass die Beschäftigung fachgebietsfremd angestellter Ärzte zulässig ist, wenn der Behandlungsauftrag regelhaft nur von Ärzten verschiedener Fachgebiete gemeinschaftlich durchgeführt werden kann. Danach ist es möglich, dass z. B. operativ tätige Ärzte einen Anästhesisten anstellen können oder umgekehrt. Auch im Rahmen von DMP-Programmen kann es sinnvoll sein, die erforderliche fachgebietsüberschreitende Versorgung gemeinsam mit angestellten Ärzten zu gewährleisten. Ungeachtet der Tatsache, dass das Vertragsarztrecht das fachgebietsfremde Anstellen von Ärzten nicht mehr verbietet, sondern ohne Einschränkungen zulässt, ist in jedem Fall die berufsrechtliche Vorgabe zu beachten, dass der Anstellung eine regelhaft erforderliche Patientenversorgung durch die jeweils betroffenen verschiedenen Fachgebiete zugrunde liegen muss.

Die Umsetzung des § 19 Abs. 2 MBO verursacht wegen der Regelung zur persönlichen Leistungserbringung in § 4 Abs. 2 GOÄ Abrechnungsprobleme bei der privatärztlichen Behandlung, weil der Praxisinhaber fachgebietsfremde Leistungen, die ein angestellter Arzt erbracht hat, im eigenen Namen nicht abrechnen darf. Insofern kommt nur in Betracht, dem angestellten Arzt wie Chefärzten im Dienstvertrag ein eigenes Liquidationsrecht für privatärztliche Leistungen einzuräumen, sodass dieser die von ihm erbrachten privatärztlichen Leistungen selbst abrechnen kann. Der Praxisinhaber kann hieraus zwar keine Gewinne generieren; man wird ihm aber zumindest eine Kostenerstattung zuzüglich eines Nutzungsentgeltes zubilligen können.<sup>9</sup>

§ 19 Abs. 3 MBO sieht jetzt expressis verbis vor, dass die Beschäftigung von angestellten Ärzten nur zu angemessenen Bedingungen erfolgen darf. 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.

Patienten sind über die Tätigkeit eines angestellten Arztes in der Praxis in geeigneter Weise zu informieren, z. B. durch Praxis-

<sup>8</sup> LG Aurich, GesR 2007, S. 256.

<sup>9</sup> Dahm, Möller, Ratzel, Rechtshandbuch Medizinische Versorgungszentren, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2005, Seite 230. Die Private Krankenversicherung hält zum Teil eine Liquidation durch den Praxisinhaber für erforderlich und eine Liquidation des angestellten Arztes mangels Niederlassung für nicht erstattungsfähig.

broschüren oder Aushänge. Soweit der angestellte Arzt privatärztliche Leistungen selbst abrechnet, ist auch darüber zu informieren. Im Unterschied zu früher kann die Beschäftigung des angestellten Arztes auch auf dem Praxisschild angekündigt werden. Dabei besteht die Gefahr, dass der Patient von einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeht und sich daraus eine Mithaftung des angestellten Arztes aus sog. Anscheinhaftung ergibt. Dem kann dadurch begegnet werden, dass angestellte Ärzte ausdrücklich als solche bezeichnet werden.

#### § 19 MBO:

„(1) Ärztinnen und Ärzte müssen die Praxis persönlich ausüben. Die Beschäftigung ärztlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Praxis setzt die Leitung der Praxis durch die niedergelassene Ärztin oder den niedergelassenen Arzt voraus. Die Ärztin oder der Arzt hat die Beschäftigung der ärztlichen Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Ärztekammer anzuzeigen.

(2) In Fällen, in denen der Behandlungsauftrag der Patientin oder des Patienten regelmäßig nur von Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachgebiete gemeinschaftlich durchgeführt werden kann, darf eine Fachärztin oder ein Facharzt als Praxisinhaberin oder Praxisinhaber die für sie oder ihn fachgebietsfremde ärztliche Leistung auch durch eine angestellte Fachärztin oder einen angestellten Facharzt des anderen Fachgebiets erbringen.

(3) Ärztinnen und Ärzte dürfen nur zu angemessenen Bedingungen beschäftigt werden. Angemessen sind insbesondere Bedingungen, die der beschäftigten Ärztin oder dem beschäftigten Arzt eine angemessene Vergütung gewähren sowie angemessene Zeit zur Fortbildung einräumen und bei der Vereinbarung von Wettbewerbsverboten eine angemessene Ausgleichszahlung vorsehen.

(4) Über die in der Praxis tätigen angestellten Ärztinnen und Ärzte müssen die Patientinnen und Patienten in geeigneter Weise informiert werden.“

#### 5. § 23 a MBO: Ärztegesellschaften

Mit der Gründung der Ärztegesellschaft wurde Ärzten wie anderen Freiberuflern die Gründung einer juristischen Person des Privatrechts ermöglicht (siehe oben 2.4). Die Umsetzung dieser Vorschrift wird nicht von allen Ärztekammern verfolgt; zum Teil stehen dem auch Regelungen in den Kammer- und Heilberufsgesetzen 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. Danach wird es Ärzten ermöglicht, solche Gesellschaften zu gründen, wenn

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

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

#### § 23 a MBO:

„(1) Ärztinnen und Ärzte können auch in der Form der juristischen Person des Privatrechts ärztlich tätig sein. Gesellschafter einer Ärztegesellschaft können nur Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige der in § 23 b Absatz 1 Satz 1 genannten Berufe sein. Sie müssen in der Gesellschaft beruflich

tätig sein. Gewährleistet sein muss zudem, dass

- a. die Gesellschaft verantwortlich von einer Ärztin oder einem Arzt geführt wird; Geschäftsführer müssen mehrheitlich Ärztinnen und Ärzte sein
- b. die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte Ärztinnen und Ärzten zustehen
- c. Dritte nicht am Gewinn der Gesellschaft beteiligt sind
- d. eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung für jede/jeden in der Gesellschaft tätige Ärztin/tätigen Arzt besteht.

(2) Der Name der Ärztegesellschaft des Privatrechts darf nur die Namen der in der Gesellschaft tätigen ärztlichen Gesellschafter enthalten. Unbeschadet des Namens der Gesellschaft können die Namen und Arztbezeichnungen aller ärztlichen Gesellschafter und der angestellten Ärztinnen und Ärzte angezeigt werden.“

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

§ 23 b MBO entspricht im Wesentlichen der bisher geltenden berufsrechtlichen Regelung. Allerdings ist nunmehr auch medizinischen Kooperationsgemeinschaften die Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts gemäß § 23 a MBO gestattet und 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:

- Zahnärzten
- Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Diplom-Psychologen
- klinischen Chemikern, Ernährungswissenschaftlern und anderen Naturwissenschaftlern
- Diplom-Sozialpädagogen, Diplom-Heilpädagogen
- Hebammen und Entbindungspflegern
- Logopäden und Angehörigen gleichgestellter sprachtherapeutischer Berufe
- Ergotherapeuten
- Angehörigen der Berufe in der Physiotherapie
- medizinisch-technischen Assistenten
- Angehörigen staatlich anerkannter Pflegeberufe
- Diätassistenten.

Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker sind weiterhin aufgenommen, weil sie weder Angehörige akademischer Heilberufe noch Angehörige staatlich anerkannter Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen sind.

#### § 23 b MBO:

„(1) Ärztinnen und Ärzte können sich auch mit selbstständig tätigen und zur eigenverantwortlichen Berufsausübung befugten Berufsangehörigen anderer akademischer Heilberufe im Gesundheitswesen oder staatlicher Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen sowie anderen Naturwissenschaftlerinnen und Naturwissenschaftlern und Angehörigen sozialpädagogischer Berufe – auch beschränkt auf einzelne Leistungen – zur kooperativen Berufsausübung zusammenschließen (medizinische Kooperationsgemeinschaft). Die Kooperation ist in der Form einer Partnerschaftsgesellschaft nach dem PartGG oder aufgrund eines schriftlichen Vertrages über die Bildung einer Kooperationsgemeinschaft in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder einer juristischen Person des Privatrechts gem. § 23 a gestattet. Ärztinnen und Ärz-

ten ist ein solcher Zusammenschluss im Einzelnen nur mit solchen anderen Berufsangehörigen und in der Weise erlaubt, dass diese in ihrer Verbindung mit der Ärztin oder dem Arzt einen gleichgerichteten oder integrierenden diagnostischen oder therapeutischen Zweck bei der Heilbehandlung, auch auf dem Gebiet der Prävention und Rehabilitation, durch räumlich nahes und koordiniertes Zusammenwirken aller beteiligten Berufsangehörigen erfüllen können. Darüber hinaus muss der Kooperationsvertrag gewährleisten, dass

- a. die eigenverantwortliche und selbstständige Berufsausübung der Ärztin oder des Arztes gewahrt ist
- b. die Verantwortungsbereiche der Partner gegenüber den Patientinnen und Patienten getrennt bleiben
- c. medizinische Entscheidungen, insbesondere über Diagnostik und Therapie, ausschließlich die Ärztin oder der Arzt trifft, sofern nicht die Ärztin oder der Arzt nach ihrem oder seinem Berufsrecht den in der Gemeinschaft selbstständig tätigen Berufsangehörigen eines anderen Fachberufs solche Entscheidungen überlassen darf
- d. der Grundsatz der freien Arztwahl gewahrt bleibt
- e. die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt zur Unterstützung in seinen diagnostischen Maßnahmen oder zur Therapie auch andere als die in der Gemeinschaft kooperierenden Berufsangehörigen hinzuziehen kann

- f. die Einhaltung der berufsrechtlichen Bestimmungen der Ärztinnen und Ärzte, insbesondere die Pflicht zur Dokumentation, das Verbot der berufswidrigen Werbung und die Regeln zur Erstellung einer Honorarforderung, von den übrigen Partnerinnen und Partnern beachtet wird
- g. sich die medizinische Kooperationsgemeinschaft verpflichtet, im Rechtsverkehr die Namen aller Partnerinnen und Partner und ihre Berufsbezeichnungen anzugeben und – sofern es sich um eine eingetragene Partnerschaftsgesellschaft handelt – den Zusatz „Partnerschaft“ zu führen.

Die Voraussetzungen der Buchstaben a–f gelten bei der Bildung einer juristischen Person des Privatrechts entsprechend. Der Name der juristischen Person muss neben dem Namen einer ärztlichen Gesellschafterin oder eines ärztlichen Gesellschafters die Bezeichnung „Medizinische Kooperationsgemeinschaft“ enthalten. Unbeschadet des Namens sind die Berufsbezeichnungen aller in der Gesellschaft tätigen Berufe anzukündigen.

(2) Die für die Mitwirkung der Ärztin oder des Arztes zulässige berufliche Zusammensetzung der Kooperation im Einzelnen richtet sich nach dem Gebot des Absatzes 1 Satz 3; es ist erfüllt, wenn Angehörige aus den vorgenannten Berufsgruppen kooperieren, die mit der Ärztin oder dem Arzt entsprechend ihrem oder seinem Fachgebiet einen gemeinschaftlich erreichbaren medizinischen Zweck nach der Art ihrer beruflichen Kompetenz zielbezogen erfüllen können. □

## Stellungnahme der Bundesärztekammer zu Public-Access-Defibrillations-Programmen

(25. Januar 2008)

Die Bundesärztekammer befürwortet den Einsatz von frei zugänglichen automatisierten externen Defibrillatoren (PAD = Public-Access-Defibrillatoren), wenn diese funktionsgerecht eingesetzt werden.

In Ergänzung der

- Empfehlung der Bundesärztekammer zur Defibrillation mit automatisierten externen Defibrillatoren (AED) durch Laien, (4. Mai 2001), bestätigt durch den Ausschuss „Notfall-/Katastrophenmedizin und Sanitätswesen“ der Bundesärztekammer am 29. März 2007, veröffentlicht in: Dtsch Arztebl 2001; 98(18): A 1211,

sowie der

- Stellungnahme der Bundesärztekammer zur ärztlichen Verantwortung für die Aus- und Fortbildung von Nichtärzten in der Frühdefibrillation, (4. Mai 2001, aktualisiert 22. Dezember 2003), bestätigt durch den Ausschuss „Notfall-/Katastrophenmedizin und Sanitätswesen“ der Bundesärztekammer am 29. März 2007, veröffentlicht in: Dtsch Arztebl 2001; 98(18): A 1211, aktualisiert in: Dtsch Arztebl 2003; 100(51–52): A 3407,

sollten PAD-Konzepte folgende Voraussetzungen für die Umsetzung erfüllen:

- Das Eingreifintervall sollte höchstens fünf Minuten betragen.
- Das PAD-Programm muss in ein Hilfeleistungssystem eingebunden sein, das eine zeitnahe Intervention der professionellen Hilfe (Rettungsdienst) garantiert.

- Die eingesetzten AED-Geräte müssen in Bezug auf die Analysesicherheit ihre Leistungsfähigkeit garantieren.
- Das PAD-Programm bedarf der ärztlichen Betreuung im Sinne eines medizinischen Qualitätsmanagement. Dazu ist ein ärztlich Verantwortlicher als Programmbegleiter und -leiter zu bestimmen (siehe auch Stellungnahme der Bundesärztekammer zur ärztlichen Verantwortung für die Aus- und Fortbildung von Nichtärzten in der Frühdefibrillation).
- Der Anwender muss Kenntnisse in der Durchführung der Basisreanimation besitzen. □

## 40. Internationaler Seminarkongress in Grado/Italien

vom 24. bis 29. August

Von der Ärztekammer Berlin zertifizierte Veranstaltung

**Veranstalter:** Collegium Medicinae Italo-Germanicum in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer

**Schwerpunktt Themen der Seminare:** Problempatienten in der hausärztlichen Praxis; Qualitätssicherung in der Arztpraxis; Update Kardiologie; Augenleiden von A–Z; Orthopädie und Rheumatologie; Naturheilverfahren

**Kurse und Praktika (mit Zusatzgebühren):** Akupunktur „Leicht gemacht“; Balint-Gruppe; Sonografiekurs Abdomen 30 h nach DEGUM-, KV-Richtlinien; Neues und Bewährtes aus der Notfallmedizin – Theorie und Praxis (täglich wechselndes Thema); Hausarztzentrierte Versorgung; Palliativmedizin; Gesprächstherapie; Schmerztherapie; Kurs zur Rehabilitationsrichtlinie (§ 135 Abs. 2 SGB V)

Änderungen für alle Seminare und Kurse bleiben vorbehalten.

**Weitere Informationen** im Internet unter [www.cmig.de](http://www.cmig.de) oder im Sekretariat des CMIG bei Frau Brancato unter Telefon: 0 30/40 04 56-3 62. E-Mail: [michaela.brancato@baek.de](mailto:michaela.brancato@baek.de). □