

# Aktuelle Entwicklungen im ärztlichen Berufs- und Vertragsrecht

Bürgerliches Gesetzbuch, SGB V, Gendiagnostikgesetz, Patientenverfügungsgesetz, Betriebsverfassungsgesetz, Embryonenschutz, diverse Strafnormen oder die Gebührenordnung für Ärzte und die Berufsordnung – die Fülle an Rechtsnormen, denen Ärztinnen und Ärzte unterworfen sind, ist kaum noch überschaubar. Und das große Spektrum ärztlicher Tätigkeit macht es nicht leichter, alle Normen unter einen Hut zu bringen. Leider schützt Unwissenheit nur im Ausnahmefall vor Strafe.

von Dirk Schulenburg

Ärztinnen und Ärzte sehen sich permanent mit sich verändernden wirtschaftlichen und – vor allem – rechtlichen Rahmenbedingungen konfrontiert. Sich regelmäßig über alle wesentlichen praxisrelevanten Rechtsfragen zu informieren, ist daher unerlässlich. Die Fortbildungspflicht umfasst für Ärzte insoweit auch, sich mit den für die Berufsausübung geltenden Vorschriften vertraut zu machen sowie sich fachlich und auch medizinrechtlich fortzubilden (§ 2 Abs. 5 Berufsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte; BO).

## Arzthaftungsrecht

Im Arzthaftungsrecht – dem Recht der ärztlichen Behandlung – ist die Fülle gerichtlicher Entscheidungen kaum noch überschaubar. Die Rechtsprechung zu Behandlungsfehlern, Aufklärungs- und Dokumentationspflicht sowie dem – hier besonders wichtigen – Beweisrecht ist zahlreich. Nach Auffassung des Bundesgerichtshofes (BGH) liegt ein „Befunderhebungsfehler“ vor, wenn die Erhebung medizinisch gebotener Befunde unterlassen wird.

Ein „Diagnosefehler“ impliziert die verfehlte Interpretation von Befunden, weswegen die gebotenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen unterbleiben (BGH NJW 2011, 1672). Ein „Dia-



Dr. iur. Dirk Schulenburg, MBA, ist Justitiar der Ärztekammer Nordrhein. Foto: Äkno/ Erdmenger

gnoseirrtum“ liegt nur vor, wenn die Entscheidung „nicht mehr vertretbar ist“ (OLG Frankfurt a.M. v. 23.12.2008 - 8 U 146/06, für den Fall der Überdosierung von Medikamenten).

Das Unterlassen der Desinfektion vor der Injektion stellt auch im häuslichen Umfeld einen Behandlungsfehler dar (OLG Naumburg v. 20.08.2009 - I U 86/08).

Auch die mangelhafte oder fehlende Aufklärung des Patienten ist immer häufiger ein Haftungsgrund. Besonders strenge Aufklärungspflichten werden nach wie vor bei kosmetischen Operationen ohne therapeutischen Eigenwert gestellt. Im Bereich der Aufklärungspflicht trägt der Arzt die Beweislast, beispielsweise auch dafür, dass ein ausländischer Patient der Aufklärung sprachlich folgen konnte (KG v. 08.05.2008 - 20 U 202/06). Auch medizinisch versierte Patienten – wie ein „Arzt im Praktikum“ – bedürfen der Aufklärung (OLG Frankfurt a.M. v. 12.03.2009 - 15 U 18/08). In einfach gelagerten Fällen kann eine Aufklärung im telefonischen Gespräch ausreichen (BGH v. 15.06.2010 - VI 204/09). Die Aufklärung über die Anzahl bisher nach einer bestimmten Methode ausgeführten Operation ist bei hinreichender Qualifikation des Arztes nur bei Nachfrage erforderlich (OLG Naumburg v. 12.11.2009 - I U 59/09).

Insbesondere besteht eine Aufklärungspflicht auch, wenn Neuland betreten wird und keine Standardmethoden verwendet werden (OLG Brandenburg v. 13.11.2008 - 12 U 104/08). Die Angabe konkreter Prozentzahlen über das Risiko eines Misserfolges ist hingegen nur bei

Nachfrage erforderlich (OLG Naumburg v. 12.11.2009 - I U 59/09).

Eine Pflicht zur Erinnerung an Kontrolluntersuchungen besteht grundsätzlich nicht (OLG Koblenz v. 24.06.2010 - 5 U 186/10). Der Einwand rechtmäßigen Alternativverhaltens ist im Arzthaftungsprozess ein Verteidigungsmittel im Sinne von § 531 II ZPO (BGH v. 18.11.2008 - VI ZR 198/07). Im Bereich der Darlegungs- und Beweislast bei sogenannten voll beherrschbaren Risiken (zum Beispiel der Benutzung von nicht sterilen Spritzen) besteht eine Vermutung der Ursächlichkeit für den Gesundheitsschaden (BGH v. 20.03.2007 - VI ZR 158/06). Die potenzielle Befangenheit ärztlicher Sachverständiger ergibt sich aus der besonderen beruflichen Nähe zu einer Partei (OLG Jena v. 03.09.2009 - 4 W 373/09), sprachlichen Entgleisungen des Sachverständigen (z.B. Bezeichnung einer Partei als „frieb“; OLG Frankfurt a.M., GesR 2009, 502), nicht aber aus der Vorbefassung im Rahmen eines Gutachterverfahrens (OLG Frankfurt a.M. v. 02.07.2010 - 8 W 28/10).

Diskutiert wird für das Arzthaftungsrecht ein sogenanntes Patientenrechtegesetz, das den Behandlungsvertrag eigenständig im Rahmen eines umfassenden Haftungssystems regeln soll. Auch sollen die Verfahrensrechte von Patientinnen und Patienten im Rahmen von Schlichtungsverfahren und die Patientenbeteiligung und -information gestärkt werden; entsprechende Bestrebungen gibt es auch auf der Ebene der Europäischen Union mit der Patientenrechte-Richtlinie (Richtlinie 2011/24/EU v. 09.03.2011).

## Schutz des menschlichen Lebens

Die Präimplantationsdiagnostik (PID) ist zur Feststellung schwerer genetischer Schäden an Embryonen nicht nach § 1 I Nr. 2, 2 I EmbryonenschutzG strafbar. Eine Selektion zum Zwecke der Geschlechtswahl ist hingegen strafbar. Der 114. Deutsche Ärztetag 2011 in Kiel hat die Präimplantationsdiagnostik für Paare mit einem hohen genetischen Risiko für bestimmte Erkrankungen grundsätzlich befürwortet. Der

rechtliche Rahmen der Präimplantationsdiagnostik soll gesetzlich geregelt werden.

Die Begrenzung der Kostenübernahme bei künstlichen Befruchtungen auf 50 Prozent nach § 27a III 3 SGB V ist mit dem Grundgesetz vereinbar (*BVerfG v. 27.02.2009 - 1 BvR 2982/07*). Zweck des *GendiagnostikG (GenDG)* – am 1. Februar 2010 in Kraft getreten – ist es, „die Voraussetzungen für genetische Untersuchungen und im Rahmen genetischer Untersuchungen durchgeführte genetische Analysen sowie die Verwendung genetischer Proben und Daten zu bestimmen und eine Benachteiligung aufgrund genetischer Eigenschaften zu verhindern, um insbesondere die staatliche Verpflichtung zur Achtung und zum Schutze der Würde des Menschen und des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung zu wahren“ (§ 1 *GenDG*).

Bei Schwangerschaftsabbrüchen (§§ 218 ff. *StGB*) ist jugendliches Alter einer Patientin alleine nicht ausreichend zur Annahme einer medizinisch-sozialen Indikation (*OLG Köln v. 26.01.2009 - 5 U 179/08*). Auch die bloße Beeinträchtigung der Lebensplanung durch eine schwere Behinderung des Kindes alleine genügt nicht, vielmehr ist der Nachweis einer gesundheitlichen Beeinträchtigung der Mutter von Krankheitswert erforderlich (*OLG Stuttgart v. 31.08.2009 - 1 W 33/09*).

Mit dem am 1. September 2009 in Kraft getretenen PatientenverfügungsG erfolgt in § 1901a I *BGB* eine Legaldefinition der Patientenverfügung als eine „schriftliche Festlegung eines einwilligungsfähigen Volljährigen für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt“. Damit ist nur eine schriftliche Patientenverfügung wirksam, die konkret gefasst ist und im Zustand der Einwilligungsfähigkeit verfasst worden ist. Die Patientenverfügung darf nicht widerrufen worden sein und ihre Festlegungen müssen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Liegt eine solche wirksame Patientenverfügung vor, so ist der darin erklärte Wille für den Arzt verbindlich und muss umgesetzt werden.

Sterbehilfe durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung (Behandlungsab-

bruch) ist gerechtfertigt, wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht (§ 1901a *BGB*) und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen (*BGH v. 25.06.2010 - 2 StR 454/09*). In den „Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung“ der Bundesärztekammer heißt es dementsprechend, dass die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung „keine ärztliche Aufgabe“ ist. Der 114. Deutsche Ärztetag 2011 in Kiel hat die *Musterberufsordnung (MBO)* in § 16 entsprechend angepasst und formuliert, dass Ärztinnen und Ärzte „keine Hilfe zur Selbsttötung“ leisten dürfen.

BGH vor. Während in ersten Fall eine Verurteilung auch wegen sogenannter Straftaten im Amt nach §§ 331ff. *StGB* in Betracht kommt, läge im zweiten Fall „Bestechlichkeit im geschäftlichen Verkehr“ nach § 299 *StGB* vor.

## Gebührenrecht

Vereinbarungen zwischen Krankenhausträgern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten über deren Hinzuziehung im Rahmen allgemeiner Krankenhausleistungen unterliegen nicht dem Anwendungsbereich der *GOÄ*. Das Krankenhaus schuldet den Patienten lediglich die allgemeinen Krankenhausleistungen. Die Leis-



Foto: Aamon - fotolia.com

## Arztstrafrecht

Im Bereich des Arztstrafrechts weitet die Rechtsprechung das Strafbarkeitsrisiko insbesondere der Vertragsärztinnen und -ärzte immer weiter aus. Der niedergelassene Vertragsarzt soll danach als „Beauftragter der Gesetzlichen Krankenkasse“ im Sinne des § 299 I *StGB* handeln, wenn er Arzneimittel verordnet; mit der Verordnung eines bestimmten Medikamentes konkretisiere er das ausfüllungsbedürftige Rahmenrecht des Versicherten auf Versorgung mit Arzneimitteln und gebe als Vertreter der Krankenkasse gegenüber der Apotheke ein vom Versicherten übermitteltes Angebot zum Abschluss eines Kaufvertrages über dieses Medikament ab (*OLG Braunschweig v. 23.02.2010 - Ws 17/10*). Die Frage, ob der Vertragsarzt bei der Verordnung von Arznei- und Hilfsmitteln „Amtsträger“ nach § 11 I Nr. 2 c *StGB* oder „Beauftragter der Krankenkasse im geschäftlichen Verkehr“ ist liegt derzeit dem Großen Senat für Strafsachen des

tungen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte erfolgen aufgrund eines Dienstvertrages mit dem Krankenhaus, die nach dem *KrankenhausentgeltG* selbst abgerechnet werden. Die *GOÄ* gilt damit immer, wenn die Abrechnung unmittelbar gegenüber Patienten erfolgt, auch wenn „Dritte“ die Rechnung erstellen (*BGH v. 12.11.2009 - III ZR 110/09*).

Ärzte, die keinen direkten Patientenkontakt haben (zum Beispiel Laborärzte, Pathologen), schließen infolge der Hinzuziehung durch den behandelnden Arzt einen eigenständigen Behandlungsvertrag mit dem Patienten. Dieser Vertrag kommt zustande durch das Übersenden des Untersuchungsmaterials, wobei der behandelnde Arzt als Vertreter des Patienten agiert. Die Vertretungsmacht des behandelnden (Haus-)Arztes ist wegen § 1 Abs. 2 *GOÄ* auf medizinisch notwendige Leistungen beschränkt (*BGH v. 14.01.2010 - III ZR 173/09 u. III ZR 188/09*).

Die Verjährungsfrist beginnt erst mit Erteilung einer nach § 12 *GOÄ* formell zu-

treffenden Rechnungsstellung. Der Honorarsanspruch ist aber verwirkt, wenn die Behandlungsseite mit der Stellung der Honorarnote mehr als drei Jahre zuwartet, nachdem der Patient die Behandlung – unter Hinweis auf deren angeblich fehlende Korrektheit – abgebrochen und den Arzt dazu aufgefordert hat, keine Rechnung zu stellen (*OLG Nürnberg ArztlR 2009, 94*).

## Arbeitsrecht

Der zwischen einem Mitglied des Marburger Bundes und einem Mitglied des Kommunalen Arbeitgeberverbandes unmittelbar und zwingend geltende BAT wird nicht durch den TVöD nach dem Grundsatz der Tarifeinheit aufgrund einer bestehenden Tarifpluralität verdrängt. Die Rechtsprechung zur Auflösung einer Tarifpluralität nach dem Grundsatz der Tarifeinheit wird zugunsten des spezielleren Tarifvertrages im Falle einer unmittelbaren Tarifgebundenheit des Arbeitgebers nach § 3 Abs. 1 TVG aufgegeben (*BAG v. 07.07.2010 - 4 AZR 537/08*).

Ein Chefarzt ist nur dann Leitender Angestellter im Sinne des § 5 III S. 2 Nr. 3 Betriebsverfassungsg, wenn er nach der konkreten Ausgestaltung und Durchführung des Dienstvertrages maßgeblichen Einfluss auf die Unternehmensführung ausüben kann (*BAG v. 05.05.2010 - 7 ABR 97/08*). Die Kündigung des Dienstverhältnisses zwischen Chefarzt und Katholischem Krankenhaus nach Wiederverheiratung ist gerechtfertigt, sofern der Arbeitgeber nicht in gleich gelagerten Fällen auf eine Kündigung verzichtet hat (*LAG Düsseldorf v. 01.07.2010 - 5 Sa 996/09*).

## Approbationsrecht

Der Widerruf der Approbation wegen Unwürdigkeit nach § 5 II in Verbindung mit § 3 I Nr. 2 Bundesärzteordnung (BÄO) kann wegen Verurteilung wegen mehrfacher vorsätzlicher Körperverletzung (*VG Mannheim v. 29.09.2009 - 9 S 1783/09*), Verurteilung wegen sogenannter „Kick-Back-Zahlungen“ (*OVG Münster v. 02.04.2009 - 13 A 9/08*), wegen Weiterführung der Praxis über mehrere Jahre ohne wirksame Berufshaftpflichtversicherung (*Bezirksberufungsgericht für Ärzte in Stuttgart v. 11.02.2009 - BGÄS 18/09*) sowie wegen Steuerhinterziehung (*OVG Niedersachsen v. 04.12.2009 - 8 LA 197/09*) erfolgen.

## Wettbewerbsrecht

„Kopfgeldprämien“ verstoßen gegen § 4 Nr. 1 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) und gegen § 31 der Berufsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte (BO; „Zuweisung gegen Entgelt“). Unangemessener Druck auf Patienten wird bereits durch die Verpflichtung des Arztes zur Empfehlung eines Krankenhauses ausgeübt. Der Arzt ist dazu ver-

von sich aus erteilt. Der Begriff der „Zuweisung“ in § 31 BO umfasst alle Fälle der Überweisung, Verweisung und Empfehlung an bestimmte andere Ärzte, Apotheken oder Geschäfte; eine Zuweisung ist verboten, wenn der Arzt für die Patientenzuführung an einen anderen Leistungserbringer einen Vorteil erhält oder sich versprechen lässt (*BGH v. 13.01.2011 - I ZR III/08*).

## Berufsrecht

Der 114. Deutsche Ärztetag 2011 in Kiel hat verschiedene Aktualisierungen der Muster-Berufsordnung (MBO) vorgenommen: Der Grundsatz der allgemeinen Berufspflichten sowie der gewissenhaften Ausübung des Arztberufes erfordert „insbesondere die notwendige, fachliche Qualifikation und die Beachtung des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse“. Im Rahmen der Aufklärungspflicht wurde präzisiert, dass der Arzt seinen Patienten „insbesondere vor operativen Eingriffen Wesen, Bedeutung und Tragweite der Behandlung einschließlich Behandlungsalternativen und die mit ihr verbundenen Risiken in verständlicher und angemessener Weise“ verdeutlichen muss. Vor allem vor diagnostischen und operativen Eingriffen soll dem Patienten soweit möglich „eine ausreichende Bedenkzeit vor der Behandlung“ eingeräumt werden. Je weniger eine Maßnahme medizinisch geboten oder je größer ihre Tragweite sei, umso ausführlicher und eindrücklicher ist der Patient über erreichbare Ergebnisse und Risiken aufzuklären.

Im Bereich der „unerlaubten Zuwendungen“ soll eine Beeinflussung durch Dritte (zum Beispiel durch Pharmaunternehmen) dann nicht berufswidrig sein, wenn sie einer wirtschaftlichen Behandlungs- oder Verordnungsweise auf sozialrechtlicher Grundlage dient und dem Arzt die Möglichkeit erhalten bleibt, aus medizinischen Gründen eine andere als die mit finanziellen Anreizen verbundene Entscheidung zu treffen.

Vor dem Erbringen von Leistungen, deren Kosten erkennbar nicht von einer Krankenversicherung oder von einem anderen Kostenträger erstattet werden, müssen Ärzte die Patienten schriftlich über die Höhe des nach der GOÄ zu berechnenden voraussichtlichen Honorars sowie darüber informieren, dass ein Anspruch auf Übernahme der Kosten durch eine Kran-



Foto: Froxx - fotolia.com

pflichtet, die Entscheidung darüber, an wen er den Patienten verweist, allein nach ärztlichen Gesichtspunkten zu treffen (*OLG Düsseldorf v. 01.09.2009 - I 20 U 121/08*). Es stellt eine unangemessene unsachliche Einflussnahme auf die ärztliche Behandlungstätigkeit dar, wenn durch das Gewähren oder Inaussichtstellen eines finanziellen Vorteils darauf hingewirkt wird, dass Ärzte entgegen ihren Pflichten aus dem Behandlungsvertrag und dem Berufsrecht nicht allein anhand des Patienteninteresses entscheiden, ob sie einen Patienten an bestimmte Anbieter gesundheitlicher Leistungen verweisen (*BGH v. 24.06.2010 - I ZR 182/08*). Vom Begriff der Verweisung in § 34 Abs. 5 BO sind alle Empfehlungen für bestimmte Leistungserbringer erfasst, die der Arzt – ohne vom Patienten darum gebeten worden zu sein –



kenversicherung nicht gegeben oder nicht sicher ist. Die Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel bedürfen zu ihrer Verbindlichkeit noch der Umsetzung durch die Kammerversammlungen der Landesärztekammern.

Im Bereich des ärztlichen Werberechts wird es als zulässig angesehen, im Supermarkt auf die Praxis aufmerksam zu machen, solange dies nicht all zu marktschreierisch erfolgt (*VG Minden v. 14.01.2009 - 7 K 39/08*), auch die Selbstbezeichnung als „Hausarztzentrum“ (*OVG Münster v. 03.09.2008 - 6t E 429/08*) sowie eines HNO-Arztes als „Nasenchirurg“ (*OVG Münster v. 29.09.2010 - 6t E 963/08.T*) wurden als zulässig angesehen. Als unzulässig hingegen wurde die Bezeichnung als „Männerarzt“ bewertet (*LG Münster v. 07.02.2008 - 22 O 247/07*).

Eine geringfügige fachfremde Tätigkeit ist zulässig (*BVerfG v. 01.02.2011 - 1 BvR 2383/10*). Physiotherapeuten können eine Heilpraktikererlaubnis erhalten (*BVerwG v. 26.08.2009 - 3 C 19.08*). Ärztekammern dürfen mit Hinblick auf den Entzug der Approbation kein Fachgespräch führen (*OVG Münster v. 09.11.2010 - 13 B 1143/10*). Vor Erteilung einer berufsrechtlichen Rüge ist zwingend eine Anhörung des betroffenen Arztes erforderlich (*OVG Münster v. 23.09.2009 - 6t A 2297/07.T*). Im arbeitsrechtlichen Prozess gilt die ärztliche Schweigepflicht selbstverständlich auch über den Tod des Patienten hinaus (*BAG v. 23.02.2010 - 9 AZN 876/09*).

## Notfalldienst

Die gemeinsame Organisation des ärztlichen Notfalldienstes durch eine „Gemeinsame Notfalldienstordnung der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung“ ist rechtlich unbedenklich. Dies gilt auch mit Hinblick auf die verfassungsmäßigen Rechte eines niedergelassenen, nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes. Die Pflicht zur Teilnahme

besteht auch für einen niedergelassenen privatärztlich tätigen Arzt, der sich spezialisiert hat und häufig als Gutachter tätig ist. Einem Arzt ist es zuzumuten, sich die für die Wahrnehmung des Notfalldienstes erforderlichen medizinischen Kenntnisse anzueignen. Auch insoweit trifft den Arzt eine Fortbildungspflicht (*OVG NRW v. 22.06.2009 - 13 A 3775/06*).

Der Notdienst in einer Zentralen Notfallpraxis erfordert die ständige Präsenz des Arztes in dieser Praxis. Dies ergibt sich aus dem Sicherstellungsauftrag der KV gemäß § 75 I S. 2 SGB V. Sinn und Zweck einer Notfallpraxis ist es, den Zugang zur ambulanten Notfallversorgung zu erleichtern und ein Ausweichen auf Krankenhausambulanzen zu verhindern (*BSG v. 11.05.2011 - B 6 KA 23/10 R*). Der Notfalldienst ist bei Betrieb einer Zweigpraxis in mehreren Notfalldienstbezirken auch am Ort der zusätzlichen Tätigkeit durchzuführen. Der Arzt gilt auch im Ort der zusätzlichen Tätigkeit in seiner Zweigpraxis als niedergelassener Arzt im Sinne der Notfalldienstordnung (*VG Düsseldorf v. 08.09.2010 - 7 L 1089/10*). Der Notfalldienst ist auch beim Betrieb einer oder mehrerer Zweigpraxen durchzuführen (*LSG NRW v. 19.12.2009 - L 11B 19/09 KA*). Im Rahmen der Haftung für Vertreter im organisierten Notfalldienst besteht eine Überwachungs- und Auswahlpflicht (*BGH v. 10.03.2009 - VI ZR 39/08*).

## Sozialversicherungsrecht

Die Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten ist unzulässig, soweit es sich nicht um Hilfsmittel handelt, die zur Versorgung in Notfällen benötigt werden. Dies gilt auch für die Abgabe von Hilfsmitteln in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen (§ 128 SGB V).

Wird ein Krankenhaus zur ambulanten Behandlung nach § 116 b SGB V bestimmt, ist die Kassenärztliche Vereinigung da-

durch nicht beschwert. Bei der Entscheidung nach § 116 b Abs. 2 SGB V handelt es sich um eine solche, die in den Bereich der Krankenhausplanung fällt. Sie ist zugunsten des Krankenhauses zu erteilen, wenn es für die Durchführung der beabsichtigten Behandlung geeignet ist. Es wird ausdrücklich betont, dass eine Bedarfsplanung nicht erfolgt (*LSG Niedersachsen-Bremen v. 25.05.2009, L 4 KR 116/09 B ER*).

Die Genehmigung einer Zweigpraxis begründet für den begünstigten Arzt keinen Status, sondern erweitert in tatsächlicher Hinsicht seine Behandlungsmöglichkeiten. Auch ist die Genehmigung nicht nachrangig gegenüber dem Status bereits tätiger Ärzte, denn eine Bedarfsprüfung – wie bei einer Ermächtigung – findet nicht statt. Vertragsärzte sind daher nicht berechtigt, die einem anderen Vertragsarzt erteilte Zweigpraxisgenehmigung anzufechten (*BSG v. 28.10.2009 - MedR 2010, 511ff.*).

Der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit garantiert kein gleichmäßiges Einkommen aller vertragsärztlich tätigen Ärzte. Ein subjektives Recht auf höheres Honorar kommt daher erst in Betracht, wenn in einem fachlichen und/oder örtlichen Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden und deshalb in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist (*BSG v. 08.12.2010 - B 6 KA 42/09 R*).

Mit dem im Entwurf vorliegenden *VersorgungsstrukturG* will der Gesetzgeber dem Ärztemangel und dem demographischen Wandel begegnen. Die Gesellschaft altert, chronische Erkrankungen und Multimorbidität nehmen zu. Trotz steigender Arztlizenzen sind nicht mehr in allen Bereichen und Regionen genügend Ärztinnen und Ärzte verfügbar. Das Bundesministerium für Gesundheit sieht Handlungsbedarf, um auch künftig eine flächendeckende ärztliche Versorgung zu gewährleisten.

Infotelefon  
  
**Organspende**  
**0800/90 40 400**  
 Montag bis Freitag · 9 bis 18 Uhr · Gebührenfrei

  
 Bundeszentrale  
 für  
 gesundheitliche  
 Aufklärung

  
 DEUTSCHE STIFTUNG  
 ORGANTRANSPLANTATION  
 Gemeinnützige Stiftung