

SCHÄFFER

POESCHEL

A Einleitung

I Der Arzt als Unternehmer

Das Bild des Arztes hat sich im Zuge des technisch-naturwissenschaftlichen, des ökonomischen, des gesellschaftlichen und des demografischen Wandels verändert. Diese Entwicklung ist auch ein Resultat veränderter tatsächlicher und rechtlicher Rahmenbedingungen, an die sich die Ärzte mit ihrem Leistungsspektrum angepasst haben, um den neuen Bedürfnissen des Marktes gerecht zu werden. Rückläufige Einnahmen, bedingt durch knappe Gesundheitskassen, und ein wachsender Kostendruck führen dazu, dass immer mehr Ärzte von ihrem ehemals klassischen Rollenverständnis abkommen und sich als moderner Dienstleister im Heilwesen präsentieren. Um auf dem Gesundheitsmarkt bestehen zu können, ist der Arzt als Unternehmer gefordert.

Dabei hat er jedoch einen schwierigen Spagat zu bewältigen. Der ärztliche Beruf ist seiner Natur nach ein **freier Beruf**. Der Arzt ist weder Kaufmann noch Gewerbetreibender (§ 1 Abs. 2 BÄO; § 1 Abs. 1 Ärzte-MBO). Nicht die Gewinnerzielung soll im Vordergrund seines ärztlichen Handelns stehen, vielmehr sollen dem Arzt das Wohl und die Gesundheit seiner Patienten Antrieb für seine Berufsausübung sein. Selbst die Erbringung gewerblicher Dienstleistungen oder die Abgabe von Waren im Zusammenhang mit seiner ärztlichen Tätigkeit ist dem Arzt untersagt (§ 3 Abs. 2 Ärzte-MBO). Eine wirtschaftliche Betätigung ist ihm daher nur i. R. d. engen rechtlichen Grenzen möglich, die ihm das Berufsrecht und das Vertragsarztrecht einräumen.

Umso mehr ist der Arzt heute gehalten, i. R. d. rechtlich Möglichen unternehmerisch sinnvoll und nachhaltig zu wirtschaften. Eine angemessene Vergütung ist dabei Voraussetzung für eine kostendeckende Berufsausübung. Um einen Preiskampf zwischen ärztlichen Leistungserbringern von vornherein auszuschließen, regeln die Berufsordnungen, dass die Honorarforderung des Arztes angemessen sein muss (§ 12 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-MBO), sie darf die Sätze der GOÄ nicht in unlauterer Weise unterschreiten. Die Vorschriften des HWG schränken die Werbemöglichkeiten zwischen Ärzten zusätzlich ein, sie verhindern einen allzu offensiven Wettbewerb unter in Konkurrenz stehenden Leistungserbringern.

Aufgrund dieser beschränkten Expansions- und Werbemöglichkeiten wurden immer wieder Modelle ausgelotet, um einen Einnahmenezuwachs für den Arzt zu erreichen. Zahlreiche Versuche von Ärzten, Gewinne beispielsweise mittels Zuweisermodellen, Kick-Back-Zahlungen oder eines Gewinnpoolings zu optimieren und so an den Umsätzen anderer Leistungserbringer oder der Pharmaindustrie zu partizipieren, müssen jedoch aufgrund entgegenstehender berufsrechtlicher oder vertragsarztrechtlicher Vorgaben als gescheitert angesehen werden. Hohe Honorarrückforderungen sowie empfindliche strafrechtliche und disziplinarrechtliche Sanktionen waren nicht selten die Folge, wenn derartige Experimente contra legem zur Anwendung kamen.

Die §§ 31 bis 34 Ärzte-MBO stellen ein kaum überwindbares Hindernis dar und unterbinden jede Form der wirtschaftlichen Teilhabe, die frei von ärztlicher Tätigkeit

ist. Es gilt der Grundsatz, dass der Arzt nur an den Gewinnen beteiligt sein soll, die er selbst (z. B. auch als Angehöriger einer Berufsausübungsgemeinschaft mit-) erwirtschaftet. Die Zuweisung gegen Entgelt (§ 31 Ärzte-MBO) ist ihm daher ebenso untersagt wie die Annahme von Geschenken und Vorteilen von Patienten oder von Dritten (§ 32 Ärzte-MBO), die Zusammenarbeit mit der Industrie (etwa im Rahmen wissenschaftlicher Studien) ist strengen Regeln unterworfen (§ 33 Ärzte-MBO), und eine Verweisung an bestimmte Apotheken oder Anbieter gesundheitlicher Leistungen ist ihm ebenso untersagt wie die Entgegennahme von geldwerten Vorteilen für die Verordnung bestimmter Arzneimittel (§ 34 Ärzte-MBO). Darüber hinaus würde sich der Vertragsarzt dem möglichen Vorwurf strafbaren Handelns etwa wegen Bestechlichkeit, Untreue oder Betrug aussetzen, wenn er Leistungen Dritter (z. B. von Krankenhäusern oder Pharmaunternehmen) für die Zuweisung von Patienten oder die Verordnung bestimmter Medikamente entgegennähme.

So stellt sich die Frage, welche legalen **Möglichkeiten** denn bleiben, um dem legitimen Interesse des Arztes nach wirtschaftlichem **Wachstum und Expansion** Rechnung zu tragen. Hierzu müssen grundsätzlich alle Möglichkeiten der Einnahmesteigerung wie auch der Kostenreduktion genutzt werden. Durch die zugewiesenen Regelleistungsvolumina und die abgestaffelte Vergütung (bis 2013) ist die Vergütung für die vertragsärztliche Versorgung beschränkt und nicht beliebig erweiterbar. Zuwächse sind hier nur in sehr eingeschränktem Umfang möglich, etwa durch Erbringung extrabudgetärer Leistungen oder Teilnahme an der integrierten Versorgung. Mehr Potenzial scheint die Gewinnung neuer Privatpatienten und Umsatzsteigerungen durch den Verkauf von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) in sich zu bergen. Hierbei handelt es sich um individuelle Leistungen der Vorsorge- und Servicemedizin, die nicht im Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen enthalten sind und daher vom Patienten selbst zu tragen sind.

Mit dem Zuwachs auf der Einnahmenseite muss aber stets auch eine Ausgabenoptimierung einhergehen, wenn auch langfristig eine Gewinnsteigerung erreicht werden soll. Ein gutes Praxismanagement ist hierbei ebenso zielführend wie eine schlanke Kostenstruktur. Labor- und Apparategemeinschaften ermöglichen eine hohe Geräteauslastung, wobei die oft hohen Anschaffungskosten nicht allein durch einen Arzt getragen werden müssen. Berufsausübungsgemeinschaften und Kooperationen ermöglichen Kostenersparnisse und Synergien durch gemeinsame Nutzung von Räumen, Personal und Geräten.

Gleiches gilt vollumfänglich auch für Zahnärzte.

Die strategische Ausrichtung der Praxis, eine betriebswirtschaftliche Unternehmensführung und die Bereitschaft zu innovativen Unternehmenskonzepten wird auch in Zukunft die Frage nach dem Sein oder Nichtsein der niedergelassenen Ärzte bestimmen. Um hier kundig und sachgerecht beraten zu können, sind fundierte Kenntnisse des Rechts unabdingbar.

II Das Recht im Wandel

Kurzlebig wie kaum ein anderes Rechtsgebiet und einem steten Wandel unterworfen ist das Vertragsarztrecht. Aufgrund seiner Komplexität ist es selbst für den Kenner nicht leicht zu durchschauen. Neben einschlägigen gesetzlichen Regelungen existieren zahlreiche untergesetzliche Normen (Satzungen, öffentlich-rechtliche Verträge und Abrechnungsbestimmungen etc.), die noch durch ein großes Rechtsprechungskontingent der Sozialgerichte weiterkonkretisiert werden. Gleichwohl wird vom Vertrags(zahn)arzt erwartet, dass er die entsprechenden Normierungen in ihrer Gesamtheit kennt und anwendet.

Den neuen Anforderungen auf dem Gesundheitsmarkt hat der Gesetzgeber durch mehrere Reformen Rechnung getragen:

1 Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG)

Neue Gestaltungsmöglichkeiten eröffnete der Gesetzgeber mit Einführung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG), das am 01.01.2007 in Kraft trat. Mit Einführung der Reform sollte die vertragsärztliche Versorgung effizienter und wettbewerbsfähiger werden. Ein weiteres Anliegen des Gesetzgebers war die Vermeidung von Versorgungsengpässen in der ambulanten Versorgung, besonders in den neuen Bundesländern. Durch die Bestimmungen des VÄndG wurden im Wesentlichen die Vorschriften des SGB V, der Ärzte-ZV und der Zahnärzte-ZV überarbeitet und ergänzt.

Tiefgreifende Veränderungen brachte das VÄndG im Bereich vertragsärztlicher und -zahnärztlicher Kooperation. Erstmals ist dem Vertragsarzt nun gestattet, sich auch überörtlich (selbst über KV-Grenzen hinweg) mit anderen Leistungserbringern zur gemeinsamen Berufsausübung zu verbinden (sog. überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft). Auch der Zusammenschluss zur gemeinsamen Berufsausübung, beschränkt auf bestimmte Leistungssegmente (sog. Teil-Berufsausübungsgemeinschaft), wurde mit Einführung des VÄndG zulässig.

Die Möglichkeit, die vertragsärztliche Zulassung auch auf einen hälftigen Versorgungsauftrag zu beschränken (sog. Teilzulassung), einhergehend mit den Möglichkeiten des Job-Sharings, verleiht dem Arzt eine nicht zu unterschätzende Flexibilität.

Ein bereits seit Langem in der Ärzteschaft gehegter Wunsch, der mit Einführung des VÄndG in Erfüllung ging, war die Aufhebung des Zweigpraxisverbots. Hiernach ist es dem Vertragsarzt oder -zahnarzt nun gestattet, bis zu zwei Filialen neben seinem Vertragsarztstuhl zu unterhalten. Auch Auslagerungen einzelner ärztlicher Tätigkeiten in praxisnahen Betriebsstätten wurden ermöglicht.

Änderungen traten zudem hinsichtlich der Altersgrenze ein. In unterversorgten Gebieten können seither Ärzte auch über das 68. Lebensjahr ihre vertragsärztliche Tätigkeit ausüben, auch Ärzte, die das 55. Lebensjahr bereits überschritten haben, können nun bei Bestehen eines entsprechenden Versorgungsbedarfs noch zur Versorgung zugelassen werden.

Weitere Liberalisierungen brachte das VÄndG für die Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen. In nicht gesperrten Planungsbereichen können Ärzte und Zahnärzte ohne die sonst übliche Leistungsbeschränkung vom Praxisinhaber angestellt werden. In geschlossenen Planungsbereichen kann ein Vertragsarzt auf seine Zulassung verzichten, um sich bei einem anderen Vertragsarzt anstellen zu lassen.

Zudem definierte das VÄndG das Erfordernis einer »fachübergreifenden« Kooperation für die noch junge Kooperationsform des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ).

Mit Einführung des VÄndG wurden zahlreiche Beschränkungen der vertrags(zahn)ärztlichen Berufsausübung aufgehoben. Die neuen Freiheiten brachten für den Vertrags(zahn)arzt zahlreiche neue Gestaltungsmöglichkeiten. Insbesondere die neuen Regelungen für die Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und die organisatorische Ausgestaltung der Praxis sollten von dem Arzt als **Chance** verstanden werden, die es zu nutzen gilt.

2 Regelleistungsvolumina (RLV)

Ein weiterer Meilenstein in der vertragsärztlichen Honorarverteilung war mit Einführung der Regelleistungsvolumina (RLV) zum 01.01.2009 gelegt. Die Höhe des zugewiesenen RLV wurde aus dem arztgruppenspezifischen Fallwert (z. B. Internisten, Chirurgen), multipliziert mit der Fallzahl des Vorjahresquartals (=Anzahl der Patienten, die in einem Quartal die Praxis aufgesucht haben), für die jeweilige Praxis nach der Formel:

$$\text{Arztgruppenspezifischer Fallwert} \times \text{Fallzahl des Vorquartals} = \text{RLV}$$

errechnet.

Im Gegensatz zu den bis dato gültigen Individualbudgets, die mit einem variablen und quartalsweise schwankenden Punktwert vergütet wurden, erfolgt nun die Vergütung nach der regional geltenden Eurogebührenverordnung (§ 87a Abs. 2 SGB V). Den jeweiligen ärztlichen Einzelleistungen ist dabei eine bestimmte Anzahl von Punkten zugeschrieben. Der jeweilige Punktwert ist fest definiert, sodass der Arzt bereits vor Quartalsbeginn Planungssicherheit über die von ihm maximal zu erbringenden und abzurechnenden Punktevolumina erhält. Das Regelleistungsvolumen ist den früheren Individualbudgets mit jeweils quartalsweise wechselnden Punktwerten vorzuziehen. Es schützt den Arzt vor unvorhergesehenen Überraschungen bei der Honorarabrechnung und sichert ihm ein Quartalsfixum, bis zu dessen Höhe seine ärztlichen Leistungen jedenfalls erstattet werden.

Die Regelleistungsvolumina dienen den Kostenträgern als Sicherheit vor Mengenausweitungen. Überschreitet der Vertragsarzt das ihm zugewiesene Regelleistungsvolumen, werden die darüber hinausgehenden Leistungen abgestaffelt vergütet.

Beispiel

Ein vertragsärztlich tätiger Internist hatte im Quartal III/08 insgesamt 800 Fälle behandelt. Von der KV wurde ein arztgruppenspezifischer Fallwert von 40 € je Patient ermittelt. Das RLV beträgt somit

$$800 \times 40 \text{ €} = 32\,000 \text{ €}$$

Dividiert durch einen Punktwert von 0,035 € ergibt sich ein Punktzahlvolumen von 914 285, das dem Arzt im Quartal III/09 als Regelleistungsvolumen zur Verfügung steht.

Tatsächlich erbringt der Internist aber ärztliche Leistungen zu einem Gesamtpunktevolumen von 1 000 000 Punkten.

Lösung

Dies hat zur Folge, dass lediglich 914 285 Punkte mit dem vollen Punktwert zu 3,5 Cent vergütet werden. Die übrigen 85 715 Punkte werden mit einem niedrigeren Restpunktwert honoriert.

Übergangsregelungen und Sonderregelungen aufgrund von Praxisbesonderheiten sollen wirtschaftliche Verwerfungen abmildern und eine gerechte Honorarverteilung ermöglichen.

Mit dieser Neuregelung erhält der Vertragsarzt mehr Planungssicherheit. Das Morbiditätsrisiko, welches nach der vorangegangenen Regelung fast vollständig von den Vertragsärzten zu tragen war, wird nun zumindest anteilig wieder an die Krankenkassen zurückgegeben.

3 GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG vom 22.12.2011

Die Neufassung des § 87b SGB V verfolgte eine erneute Regionalisierung und Flexibilisierung der Honorarverteilung der vertragsärztlichen Leistungen entsprechend der bis zum 30.06.2004 geltenden Rechtslage. Mit der Neufassung sind es wieder die Kassenärztlichen Vereinigungen auf Länderebene (KV), die aufgrund des von ihr festgesetzten Verteilungsmaßstabes die Verteilung des Honorars vornehmen. Nach Abs. 5 gilt die Vorschrift ausdrücklich nicht für die vertragszahnärztlichen Leistungen, deren Verteilung durch die KZV nach § 85 Abs. 4 erfolgt. Zahnärzte sind daher von den Änderungen nicht betroffen.

Das bisher dem Vertragsarzt zugewiesene Regelleistungsvolumen und die daraus folgenden Honoraransprüche galten zunächst fort und sind erst durch den zu einem späteren Zeitpunkt von dem in Kraft getretenen neuen Honorarverteilungsmaßstab (HVM) – unter Umständen auch rückwirkend – abgelöst worden. Die regionalen KV können über den Zeitpunkt entscheiden, von dem ab der neue HVM wirksam sein soll.

Der Gestaltungsspielraum der Kassenärztlichen Vereinigungen steht unter dem Vorbehalt von Bundesvorgaben der Kassenärztlichen Vereinigung auf Bundesebene (KBV). Zwingend sind bei der Gestaltung des HVM gesetzliche Vorgaben wie folgt zu beachten:

- Trennung der Gesamtvergütung in einen haus- und fachärztlichen Anteil (Abs. 1 Satz 1),
- Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung des Leistungsumfangs, außer in unterversorgten Gebieten (Abs. 3),
- Kalkulationssicherheit für den Vertragsarzt hinsichtlich des zu erwartenden Honorars (Abs. 2 Satz 1),
- die Förderung kooperativer Berufsausübung (Abs. 2 Satz 2) sowie
- die zeitgebundene Vergütung psychotherapeutischer Leistungen (Abs. 2 Satz 3).

Die Kalkulationssicherheit für die Vertragsärzte, die aus dem Zusammenspiel mit der regionalen Euro-Gebührenordnung resultieren soll, ist begrenzt. Allein planbar ist, dass für ein zumindest weitgehend festgelegtes Leistungsvolumen eine feste und bei Mehrleistungen eine gestaffelte Vergütung gezahlt wird; Letztere ist zwingend, da die Gesamtvergütung budgetiert ist.

Der HVM wird im Benehmen mit den Krankenkassen durch die KV verabschiedet, d. h. die Krankenkassen sind anzuhören, die KV entscheiden jedoch letztlich.

Mit der Neufassung der **Bedarfsplanungs-Richtlinie** zum 01.01.2013 passte der G-BA die bisherige Bedarfsplanung nicht nur punktuell an, sondern nahm grundlegende Veränderungen vor, die für die nächsten Jahre Stabilität und Flexibilität in der Versorgung ermöglichen sollen. Wesentliche Punkte sind die Definition von Versorgungsebenen, die demografische Entwicklung, die Berücksichtigung ermächtigter Ärzte und Psychotherapeuten sowie die Einbeziehung von Arztgruppen, die bisher nicht in die Bedarfsplanung einbezogen waren.

Durch die Definition von Versorgungsebenen wird eine neue Grundstruktur abgebildet.

Als diese **Grundstruktur der Bedarfsplanung** definiert die Richtlinie folgende vier Versorgungsebenen:

- hausärztliche Versorgung,
- allgemeine fachärztliche Versorgung,
- spezialisierte fachärztliche Versorgung sowie
- gesonderte fachärztliche Versorgung.

Jeder Versorgungsebene sind nun Arztgruppen (einschließlich der Psychotherapeuten), ein Planungsbereich (Mittelbereiche, Kreise bzw. kreisfreie Städte, Raumordnungsregionen, KV-Gebiete) und Verhältniszahlen (ein Arzt je Anzahl Einwohner) für die Versorgungsgradfeststellung zugeordnet. Ein Vergleich der so definierten Versorgungsebenen macht deutlich, dass die Versorgung mit Hausärzten möglichst wohnortnah erfolgen soll, während Fachärzte mit zunehmendem Spezialisierungsgrad in proportional größeren Einzugsgebieten tätig sind.

4 Beschlüsse des Ärztetages 2011

In den § 18 zu beruflichen Kooperationen haben die Delegierten eine Definition von Berufsausübungsgemeinschaften eingeführt. Eine Berufsausübungsgemeinschaft ist demnach »ein Zusammenschluss von Ärztinnen und Ärzten untereinander, mit Ärztegesellschaften« oder – und das ist neu – »mit ärztlich geleiteten Medizinischen Versorgungszentren oder diese untereinander zur gemeinsamen Berufsausübung«. Eine gemeinsame Berufsausübung setze die auf Dauer angelegte berufliche Zusammenarbeit selbstständiger, freiberuflich tätiger Gesellschafter voraus. »Erforderlich ist, dass sich die Gesellschafter in einem schriftlichen Gesellschaftsvertrag gegenseitig verpflichten, die Erreichung eines gemeinsamen Zweckes in der durch den Vertrag bestimmten Weise zu fördern und insbesondere die vereinbarten Beiträge zu leisten«, heißt es in der neuen MBO. Erforderlich sei weiterhin regelmäßig eine Teilnahme aller Gesellschafter der Berufsausübungsgemeinschaft an deren unternehmerischem Risiko, an unternehmerischen Entscheidungen und an dem gemeinschaftlich erwirtschafteten Gewinn. Medizinische Versorgungszentren wurden an dieser Stelle aufgenommen, da sie auch in der sozialrechtlichen Definition des Bundesmantelvertrages enthalten sind.

Zudem hat der Ärztetag klargestellt, dass eine Berufsausübungsgemeinschaft dann zulässig ist, wenn an dem jeweiligen Praxissitz ein Mitglied eine ausreichende Patientenversorgung sicherstellt. Eine Präsenz von zehn Stunden darf dabei nicht unterschritten werden. Bislang musste mindestens ein Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft an jedem Praxissitz hauptberuflich tätig sein.

5 Ärzte-Kapitalgesellschaften

Ein weiteres Novum hielt zum 107. Deutschen Ärztetag im Mai 2004 Eingang in die Ärzte-MBO, indem Kapitalgesellschaften (z. B. GmbH, AG, Ltd.) als Rechtsform für eine gemeinsame ärztliche Betätigung (§ 23a Ärzte-MBO) explizit zugelassen wurden. Zwar ergibt sich aus der Ärzte-MBO noch nicht unmittelbar eine Rechtsgrundlage für die Gründung z. B. einer Ärzte-GmbH – hierzu fehlt es der Ärzte-MBO am normativen Charakter – die überwiegende Mehrheit der Landesärztekammern hat aber inzwischen den Vorschlag des Ärztetages in ihren landesrechtlichen BO umgesetzt. Die Gründung solcher Ärzte-Gesellschaften ist dabei an strenge Voraussetzungen geknüpft, die je nach jeweiligem Landesrecht voneinander abweichen. Auch hieraus ergeben sich zahlreiche neue Gestaltungsmöglichkeiten, die von der Ärzteschaft bislang jedoch eher zurückhaltend angenommen werden.

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) wurde allerdings die Gründung von MVZ ab (01.01.2012) auf zugelassene Vertragsärzte, zugelassene Krankenhäuser sowie gemeinnützige Träger, die auf Grund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen berechtigt sind, begrenzt. Für »Alt-MVZ« besteht Bestandsschutz (Einzelheiten vgl. *Drexler*, 2012, 46 ff.).

III **Prognose**

Das Gesundheitssystem befindet sich im Umbruch. Mehr und mehr treten niedergelassene Ärzte in eine bis dahin nicht dagewesene Konkurrenz zu großen Behandlungseinheiten (MVZ, Kliniken, Berufsausübungsgemeinschaften, etc.), die ihrerseits ärztliche Leistungen der ambulanten Versorgung erbringen. Dem Patienten obliegt es dann zu entscheiden, ob er die Vorzüge einer kleinen Praxis (z.B. persönliche Betreuung, intensive Arzt-Patienten-Bindung) denen einer großen Behandlungseinheit vorziehen will (z.B. hohe Spezialisierung, hohe apparative Ausstattung). Nur wer auf Dauer die Patienten von seinen ärztlichen Vorzügen überzeugen kann, wird sich auch auf Dauer auf dem Gesundheitsmarkt behaupten können.

B Die Einzelpraxis

Nach den Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer waren zum 31.12.2012 86 926 von 144 058 in Deutschland niedergelassenen Ärzten in Einzelpraxis tätig. Im zahnärztlichen Bereich praktizieren nach Angaben der Bundeszahnärztekammer sogar 35 324 von 53 767 Zahnärzten in Einzelpraxis. Die Einzelpraxis stellt damit noch immer die größte Gruppe der selbständigen Berufsausübungsformen im Bereich der niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte dar (vgl. auch *K. Nies*, ZWD 04/2014, 4). Bedingt durch gesetzliche Förderungen und wirtschaftliche Notwendigkeiten befinden sich jedoch Berufsausübungsgemeinschaften mehr und mehr auf dem Vormarsch (vgl. hierzu *D. Nies*, ZWD 04/2011, 11).

I Zulassungsvoraussetzungen

Die Ausübung der Heilkunde in Deutschland unterliegt der staatlichen Kontrolle und Zulassung. Art. 74 Nr. 19 GG weist dem Bundesgesetzgeber die Kompetenz zu, die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen gesetzgeberisch zu gestalten. Hier- von hat der Bundesgesetzgeber Gebrauch gemacht, indem er den Zugang zum Beruf des

- Arztes in der Bundesärzteordnung (BÄO),
- Zahnarztes im Zahnheilkundengesetz (ZHG),
- Psychologischen Psychotherapeuten im Psychotherapeutengesetz (PsychThG),
- Apothekers in der Bundesapothekenordnung (BAO),
- Heilpraktikers im Heilpraktikergesetz (HeilprG) und
- Tierarztes in der Bundestierärzteordnung (BTÄO)

regelte.

Die Notwendigkeit, die Ausübung der Heilkunde in den obigen Bereichen durch besondere Schutzvorschriften zu regulieren, ergibt sich aus der besonderen Schutz- würdigkeit des Rechtsgüter »Leib und Leben« sowie der »Gesundheit und körperlichen Unversehrtheit« des Einzelnen und der Volksgesundheit als Rechtsgut des Gemeinwe- sens. Die dauerhafte Ausübung der Heilkunde ohne Einschränkungen ist in Deutsch- land daher nur dem approbierten Arzt vorbehalten. Verwehrt bleibt ihm jedoch die Ausübung der Zahnheilkunde, welche nach § 1 Abs. 1 ZHG nur dem approbierten Zahnarzt erlaubt ist. Um als Arzt oder Zahnarzt praktizieren zu können, bedarf es daher einer behördlichen Genehmigung im Sinne einer Approbation oder Erlaubnis.

1 Die Approbation des Arztes

Der Zugang zum Beruf des Arztes oder der Ärztin ist in der BÄO geregelt. Nach § 2a BÄO darf die Berufsbezeichnung »Arzt« oder »Ärztin« nur führen, wer als Arzt approbiert oder nach § 2 Abs. 2, 3 oder 4 zur Ausübung des ärztlichen Berufs befugt ist.

Ausnahmsweise dürfen Ärzte, die einem Mitgliedstaat der EU angehören oder Staatsbürger eines Vertragsstaates des EWR sind, den ärztlichen Beruf auch ohne Approbation ausüben, sofern sie lediglich vorübergehend und gelegentlich als Erbringer von Dienstleistungen i. S. d. Art. 50 EG-Vertrag tätig werden. In diesem Fall genügt eine einfache behördliche Meldung. Bei dauerhafter und regelmäßiger ärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit ist eine Approbation jedoch zwingend erforderlich.

Die Approbation ist eine behördliche Genehmigung, welche durch die jeweils zuständige Approbationsbehörde erteilt wird. Die Zuständigkeiten der Approbationsbehörden bestimmen sich nach landesrechtlichen Vorschriften. Die Approbation muss bei den jeweils zuständigen Landesbehörden beantragt werden. Die Zuständigkeiten nach Bundesländern sind aus der folgenden Tabelle ersichtlich:

Bundesland	Approbationsbehörde
Baden-Württemberg	Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie Regierungspräsidium Stuttgart Referat 92 Nordbahnhofstraße 135 70191 Stuttgart
Bayern/Oberbayern	Regierung von Oberbayern Sachgebiet 55.2 Landesprüfungsamt für Humanmedizin und Pharmazie Maximilianstraße 39 80538 München
Bayern/Niederbayern	Regierung von Niederbayern Regierungsplatz 540 84028 Landshut
Bayern/Oberfranken	Regierung von Oberfranken Ludwigstraße 20 95444 Bayreuth
Bayern/Mittelfranken	Regierung von Mittelfranken Promenade 27 91522 Ansbach
Bayern/Unterfranken	Regierung von Unterfranken SG (Sachgebiet) 55.2 – Approbationsstelle Peterplatz 9 97070 Würzburg
Bayern/Oberpfalz	Regierung der Oberpfalz Emmeramsplatz 8 93047 Regensburg