

Ein Überblick über neue vertragsarztrechtliche (Kooperations-)Möglichkeiten

Was bringt das VÄndG für Niedergelassene?

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) wird aller Voraussicht nach zum 01.01.2007 in Kraft treten. Das VÄndG wird die Landschaft der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung verändern. Erklärter Wille des Gesetzgebers ist dabei u.a. eine Stärkung des Wettbewerbs unter den Leistungserbringern. Das VÄndG baut in großem Umfang vertragsarztrechtliche Schranken ab und stellt damit einen Gleichklang mit dem Berufsrecht her. Teilweise geht das VÄndG aber auch über die berufsrechtlichen Liberalisierungen hinaus. Für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte muss spätestens jetzt die Losung lauten: „Gestalten Sie Ihre Zukunft selbst, bevor es andere für oder ohne Sie tun!“.

1. Berufsausübungsgemeinschaften

Die umfassende Novellierung der Musterberufsordnung-Ärzte (MBO-Ä) auf dem 107. Deutschen Ärztetag im Mai 2004 veranlasste den Bundesgesetzgeber dazu, über das VÄndG eine Harmonisierung in der Terminologie herbeizuführen. Was früher gemeinhin als Gemeinschaftspraxis bezeichnet worden ist, wird zukünftig einheitlich mit dem Begriff „Berufsausübungsgemeinschaft“ belegt. Damit allein gehen aber noch keine inhaltlichen Strukturveränderungen einher. Solche werden sich aber einstellen, weil das VÄndG die Bildung standortübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften gleichermaßen zulässt wie die Gründung von Teil-Berufsausübungsgemeinschaften (im allgemeinen Sprachgebrauch als „Teilgemeinschaftspraxis“ bezeichnet).

a. Standortübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften

Das VÄndG wird den Zusammenschluss zugelassener Leistungserbringer, die an unterschiedlichen Vertragsarztsitzen tätig sind, als Berufsausübungsgemeinschaft mit zwei oder mehr Standorten erlauben. Damit reagiert der Bundesgesetzgeber zum einen auf die Entscheidung des Bundessozialgerichtes (BSG) vom 16.07.2003 (Az.: B 6 KA 34/02 R), zum anderen bewirkt er damit eine Vereinheitlichung zwischen Berufsrecht und Vertragsarztrecht. Denn zwischenzeitlich lassen alle regionalen Berufsordnungen der (Landes)Ärzttekammern die Bildung überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften zu.

Gesellschaftszweck einer Berufsausübungsgemeinschaft ist in jedem Fall die gemeinsame Ausübung der ärztlichen Tätigkeit. Schon in der an einem Standort geführten Berufsausübungsgemeinschaft bedeutet dies nicht, dass alle Mitglieder alle Patientinnen und Patienten der Berufsausübungsgemeinschaft gemeinschaftlich behandeln und betreuen müssen. In der Regel ist dies sogar die Ausnahme, da die besondere Arzt-Patienten-Bindung eine solche gemeinschaftliche Behandlung meist nicht zulässt. Besonders deutlich wird dies in fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, deren Bildung nach der Rechtsprechung des BSG (Urt. v. 22.04.1983, Az.: 6 RKa 7/81) – jedenfalls bei verwandten Fachgebieten – zulässig ist. Denn dort liegt eine „Austauschbarkeit“ ärztlicher Leistungen wegen der zu beachtenden Fachgebietsgrenzen gerade nicht vor. Schon deshalb dürfen die An-



forderungen an die Definition des Gesellschaftszwecks nicht überzogen werden, zumal die in der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft verbundenen Ärzte jeweils den Standorten hauptberuflich zugeordnet werden müssen. Hiernach muss jeder Arzt schwerpunktmäßig an dem Standort tätig werden, für den er zugelassen ist (Vertragsarztsitz). Eine gemeinsame Behandlung von Patientinnen und Patienten wird es daher in aller Regel nicht geben. Deshalb muss unseres Erachtens abgestellt werden auf die ärztlichen Leistungsbeiträge der Mitglieder. Soweit jedes Mitglied berechtigt und verpflichtet ist, in der Berufsausübungsgemeinschaft ärztliche Leistungsbeiträge zu erbringen, wird ihre standortübergreifende Bildung nicht scheitern können. Beschränken sich Leistungsbeiträge einzelner Mitglieder auf die Zuweisung von Leistungen, liegt eine Berufsausübungsgemeinschaft sicher nicht vor, völlig unabhängig davon, ob sie an einem Standort oder an mehreren Standorten geführt wird.

Auch die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft bedarf der (vorherigen) Genehmigung des zuständigen Zulassungsausschusses. Da er nach § 33 Abs. 2 Satz 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) verpflichtet ist, vor Erteilung der Genehmigung zu prüfen, ob der Bildung der Berufsausübungsgemeinschaft landesrechtliche Vorschriften (Berufsrecht) entgegenstehen, wird es Aufgabe der Zulassungsgremien sein zu beurteilen, ob ein zulässiger Gesellschaftszweck bei der Bildung standortübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften vorliegt. Da es dabei entscheidend auf die ärztlichen Leistungsbeiträge ihrer Mitglieder ankommt, wird die Genehmigung mit Blick auf den Gesellschaftszweck nur dann versagt werden können, wenn tatsächlich ein „Zuweisermodell“, d.h. der Beitrag einzelner Mitglieder beschränkt sich auf die Zuweisung von Leistungen, und damit ein Verstoß gegen das berufsrechtliche Verbot der entgeltlichen Patientenzuweisung (§ 31 MBO-Ä) vorliegt.

Nach dem Wortlaut des VÄndG kann sich die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft auch über den Bezirk mehrerer Kassenärztlicher Vereinigungen erstrecken. In diesem Fall müssen ihre Mitglieder den „maßgeblichen Vertragsarztsitz“ wählen, der dann für einen Zeitraum von zwei Jahren die Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung, in der der „maßgebliche Vertragsarztsitz“ gelegen ist, begründet. Über diese Kassenärztliche Vereinigung werden dann alle von den Mitgliedern der Berufsausübungsgemeinschaft erbrachten Leistungen abgerechnet, sie führt die Wirtschaftlichkeits-, Plausibilitäts- und andere gesetzlich vorgesehenen Prüfungen durch u.v.m. Einzelheiten in diesem Zusammenhang sollen in den Bundesmantelverträgen geregelt werden. Die KBV hat bereits angekündigt, solche Änderungen und Ergänzungen wohl erst im Laufe des Jahres 2007 in die Bundesmantelverträge aufnehmen zu können. Ob die Bildung einer KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten strategisch sinnvoll sein kann, wird die Praxis zeigen müssen. Denn bislang ist nicht klar, ob die Wahl des „maßgeblichen Vertragsarzt-

sitzes“ und damit der „Heimat-KV“ zu Honorarvorteilen führen kann. Ein solcher Vorteil könnte entstehen, wenn die Honorarverteilungsregelungen in der „Heimat-KV“ günstiger sind und damit ein höherer Punktwert erzielt werden kann. Es steht aber zu befürchten, dass genau das verhindert werden soll, bspw. über eine Verpflichtung zur standortbezogenen Kennzeichnung der erbrachten Leistungen mit einer differenzierten Vergütung nach den Honorarverteilungsregelungen der KV, in der der jeweilige Standort der Berufsausübungsgemeinschaft gelegen ist; in diesem Fall müsste die „Heimat-KV“ getrennte, standortbezogene Abrechnungen durchführen. Der Bewertungsausschuss verweigert jedenfalls überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften den für Berufsausübungsgemeinschaften im EBM 2000plus vorgesehenen Zuschlag auf den Ordinationskomplex und den im Rahmen des Beschlusses zur Festlegung von Regelleistungsvolumen vorgesehenen Zuschlag auf die Fallpunktzahl.

b. Teil-Berufsausübungsgemeinschaften (Teilgemeinschaftspraxen)

In konsequenter Gleichschaltung von Berufs- und Vertragsarztrecht lässt der Gesetzgeber mit dem VÄndG auch die Bildung von Berufsausübungsgemeinschaften zu, deren Zweck sich auf die Erbringung einzelner ärztlicher Leistungen beschränkt. Solche Teil-Berufsausübungsgemeinschaften, die im übrigen selbstverständlich auch standortübergreifend geführt werden können, existieren bereits im privatärztlichen Bereich bzw. im Bereich von Selbstzahlerleistungen und werden mit dem VÄndG auf die vertragsärztliche Versorgung ausgedehnt. Im Gegensatz zu einzelnen Berufsordnungen der Ärztekammern sieht das VÄndG keine zahlenmäßige Beschränkung bei der Zugehörigkeit von Berufsausübungsgemeinschaften vor. Wie die Zulassungsgremien mit einer solchen Diskrepanz zwischen Berufsrecht und neuem Vertragsarztrecht umgehen werden, muss die Praxis zeigen.

Damit werden Ärztinnen und Ärzte erstmals die Möglichkeit haben, sich mit Kollegen in kooperativer Berufsausübung zur Erbringung eines definierten Leistungsausschnitts zu verbinden. Dies

kann insbesondere dann sinnvoll sein, wenn der definierte Leistungsausschnitt hohe Investitionskosten oder hohe laufende Kosten verursachen wird, aber auch die Auslastung optimiert werden soll. Eine Teil-Berufsausübungsgemeinschaft kann auch der erste Schritt für den klassischen „Einzelkämpfer“ sein, sich in ärztlichen Kooperationen zurecht zu finden.

Auch die Teilgemeinschaftspraxis ist Berufsausübungsgemeinschaft im klassischen Sinne. Ihr Zweck ist – wenn auch beschränkt auf bestimmte Leistungen – die gemeinsame Ausübung der ärztlichen Tätigkeit. Insoweit können wir auf unsere Ausführungen zur überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft verweisen. Die Teil-Berufsausübungsgemeinschaft stellt sicher keine Ausnahme vom berufsrechtlichen Verbot der entgeltlichen Patientenzuweisung dar. Solche berufsrechtswidrigen „Zuweisermodelle“ haben zwischenzeitlich die Landesärztekammern Hamburg und Rheinland-Pfalz veranlasst, die Bildung solcher Teil-Berufsausübungsgemeinschaften berufsrechtlich einzuschränken; hiernach soll sich jetzt die Gewinnverteilung am ärztlichen Leistungsbeitrag orientieren müssen. Eine solche Diskussion möchte der Bundesgesetzgeber vermeiden und schließt daher per se die Bildung von Teil-Berufsausübungsgemeinschaften für überweisungsgebundene medizinisch-technische Leistungen mit überweisungsberechtigten Leistungsbringern im vertragsärztlichen Bereich aus. Ob die vom Bundesgesetzgeber insoweit gewählte Terminologie zielführend ist, sei dahingestellt. Jedenfalls gestattet weder das Berufsrecht noch das VÄndG die Bildung von Teil-Berufsausübungsgemeinschaften, deren Zweck sich auf die Umgehung des Verbots der entgeltlichen Patientenzuweisung beschränkt.

Ärztinnen und Ärzte, die sich zur Bildung einer Teil-Berufsausübungsgemeinschaft auch im vertragsärztlichen Bereich entschließen, werden davon ausgehen müssen, dass dies nur „budgetneutral“ umgesetzt werden wird. Der Zusammenschluss in einer Teil-Berufsausübungsgemeinschaft wird den Mitgliedern kein zusätzliches Budgetpotential erschließen, es sei denn, dort werden extrabudgetär vergütete Leistungen er-

bracht. Einzelheiten hierzu werden die Vertragspartner auf Bundesebene im Rahmen der Bundesmantelverträge noch festlegen müssen.

2. Filialisierung

Während das Berufsrecht für die Bildung von Zweigstellen überhaupt kein Genehmigungserfordernis mehr vorsieht, hält das VÄndG an einer Genehmigung fest, erleichtert aber die Voraussetzungen, die zur Genehmigung einer vertragsärztlichen Zweigpraxis vorliegen müssen, erheblich. Hiernach kommt es nicht mehr darauf an, dass in dem Planungsbereich, für den die Genehmigung zum Betrieb einer Zweigpraxis begehrt wird, der bestehende Versorgungsbedarf nicht sichergestellt ist. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Versorgung der Versicherten an dem weiteren Ort verbessert und am Hauptstandort der Praxis nicht beeinträchtigt wird. Wie die Kassenärztlichen Vereinigungen, die für die Erteilung der Genehmigung zuständig sind, mit diesen Kriterien umgehen werden, bleibt abzuwarten. Eine Verbesserung der Versorgung der Versicherten dürfte allein schon damit begründet werden können, dass die Zahl der Ärzte, unter denen der Patient wählen kann, erweitert wird. Es ist aber durchaus vorstellbar, dass einzelne Kassenärztliche Vereinigungen eine solche Auslegung ablehnen.

Die Bildung einer Zweigpraxis ist räumlich nicht eingeschränkt. Es ist daher theoretisch denkbar, dass der in Köln niedergelassene Arzt eine Zweigpraxis in München oder Hamburg eröffnet. Er wird allerdings gewisse Schwierigkeiten haben, seiner Kassenärztlichen Vereinigung klarzumachen, dass hierdurch die Versorgung der Versicherten an seinem Hauptstandort nicht in Mitleidenschaft gezogen wird, soweit der Hauptstandort oder die Zweigpraxis nicht durch andere Ärzte, bspw. angestellte Ärzte bedient wird. Jedenfalls bleibt das berufsrechtliche Verbot der Ausübung der Heilkunde im Umherziehen (§ 17 Abs. 3 Satz 1 MBO-Ä) bestehen.

Ein Filialisierungsboom hiernach wird sich aus unserer Sicht aber auch in Zukunft nicht einstellen. Dies deshalb, weil die Bildung von Zweigpraxen „budget-

neutral“ vonstatten gehen wird. Es ist kaum damit zu rechnen, dass die Kassenärztlichen Vereinigung den Betrieb von Zweigpraxen – jedenfalls in ohnehin gesperrten Planungsbereichen – mit einem Zuschlag auf das Abrechnungsvolumen belohnen. So wird der Betrieb einer Zweigpraxis im wesentlichen nur dann Sinn machen, wenn der Zweigpraxis ein eigenes Abrechnungsvolumen zugestanden wird oder aber der Vertragsarzt das ihm zugestandene Abrechnungsvolumen am Hauptstandort nicht ausfüllt. Auch unter dem Gesichtspunkt der Akquisition von Privatpatienten und Selbstzahlern kann der Betrieb einer Zweigpraxis interessant sein.

3. Anstellung von Ärzten

Das VÄndG erweitert die Möglichkeiten zur Anstellung von Ärzten erheblich. Dabei sieht das Gesetz keine zahlenmäßige Limitierung bei der Anstellung von Ärzten vor. Es muss aber damit gerechnet werden, dass die Vertragspartner auf Bundesebene in den Bundesmantelverträgen die Zahl angestellter Ärzte beschränken werden. Die weitere Entwicklung bleibt an dieser Stelle abzuwarten. Während die regionalen Berufsordnungen die Anstellung fachgebietsfremder Ärzte teilweise ausdrücklich ausschließen, verhält sich das VÄndG hierzu nicht. Vertragsarztrechtlich ist daher davon auszugehen, dass es Restriktionen insoweit nicht gibt. Wie die Zulassungsgremien mit einer solchen Diskrepanz zwischen Berufsrecht und neuem Vertragsarztrecht umgehen werden, wird wiederum die Praxis zeigen müssen.

Die Voraussetzungen zur Anstellung von Ärzten sind nach dem VÄndG danach zu differenzieren, ob die Anstellung in einem für die jeweilige Arztgruppe gesperrten Planungsbereich erfolgen soll.

a. im nicht gesperrten Planungsbereich

Im nicht gesperrten Planungsbereich ist die Anstellung von Ärzten mit Genehmigung des Zulassungsausschusses zulässig. Der angestellte Arzt wird dann ausgehend von seiner regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit mit dem entsprechenden Faktor auf die Bedarfsplanung angerechnet.

Werden nach einer solchen Anstellung für den Planungsbereich und die Arztgruppe Zulassungsbeschränkungen angeordnet, kann diese Arztstelle bei Ausscheiden des angestellten Arztes mit einem neuen angestellten Arzt besetzt werden.

b. im gesperrten Planungsbereich

In Anlehnung an die für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) geltenden Bestimmungen erhalten Vertragsärzte mit dem VÄndG nunmehr die Option, Zulassungen/Vertragsarztsitze an sich zu binden. Der Gesetzgeber schafft die Möglichkeit, dass ein Vertragsarzt eine Zulassung im gesperrten Planungsbereich in seine Praxis „übernimmt“, indem der Zulassungsinhaber auf seine Zulassung nach § 103 Abs. 4b SGB V i.d.F. des VÄndG zugunsten des Vertragsarztes verzichtet. Die Zulassung wandelt sich dann in eine Arztstelle, die mit angestellten Ärzten zu besetzen ist. Die Arztstelle kann nachträglich allerdings nicht wieder in eine Zulassung umgewandelt werden. Die Schaffung einer Arztstelle durch Einbringung einer Zulassung birgt den Vorteil, dass ein Ausschreibungs- und Nachbesetzungsverfahren nicht durchgeführt werden muss, jedenfalls dann nicht, wenn der einbringende Arzt sich für zumindest noch drei bis sechs Monate selbst auf diese Arztstelle anstellen lässt. Die so geschaffene Arztstelle wird mit einem in Vollzeit tätigen angestellten Arzt oder mit in Teilzeit beschäftigten Ärzten, die rechnerisch zusammen eine Vollzeitstelle ausfüllen, besetzt werden müssen, um in den vollen Genuss des mit dieser Arztstelle verbundenen Abrechnungskontingents zu kommen. Da sich der Bundesgesetzgeber an dieser Stelle nicht in Detailregelungen verliert, werden zunächst die Zulassungsgremien die praktische Ausgestaltung dieser mit dem VÄndG neu geschaffenen Struktur vornehmen müssen; im übrigen wird Rechtssicherheit nur durch die Sozialgerichte hergestellt werden können.

4. Teilzulassungen

Zukünftig ist der mit einem vollen Versorgungsauftrag zugelassene Vertragsarzt faktisch auch zur vollzeitigen Tätigkeit gezwungen. Der Gesetzgeber diffe-

renziert mit dem VÄndG nämlich zwischen einem vollen Versorgungsauftrag und einem halben Versorgungsauftrag, was sich mit dem entsprechenden Faktor dann auch in der Bedarfsplanung niederschlagen wird. Zukünftig ist es deshalb auch möglich, einen übernommenen vollen Versorgungsauftrag auf die Hälfte zu beschränken. Die Beschränkung auf den hälftigen Versorgungsauftrag bedingt natürlich auch eine Halbierung des mit der Zulassung verbundenen Abrechnungskontingentes. Umgekehrt ist die Aufstockung eines halben Versorgungsauftrages auf einen vollen Versorgungsauftrag nur dort möglich, wo für die entsprechende Arztgruppe keine Zulassungssperren im Planungsbereich angeordnet sind.

Mit der Schaffung solcher „Teilzulassungen“ wirft der Gesetzgeber eine Reihe juristischer Fragen auf, die er – bewusst oder unbewusst – unbeantwortet lässt. So stellt sich insbesondere das Problem, ob eine Teilzulassung nachbesetzungsfähig ist, d.h. kann der mit einem vollen Versorgungsauftrag zugelassene Vertragsarzt, der auf die Hälfte seines Versorgungsauftrags verzichten möchte, für die freiwerdende Teilzulassung ein Ausschreibungs- und Nachbesetzungsverfahren in die Wege leiten oder nicht? Die Durchführung einer solchen Nachbesetzung ist jedenfalls gesetzlich nicht ausdrücklich ausgeschlossen worden. Sie ist unseres Erachtens auch schon allein mit Blick auf die Eigentumsgarantie des Art. 14 des Grundgesetzes (GG) geboten. Denn für Teilzulassungen kann im Ergebnis nichts anderes gelten als für Vollzulassungen, zumal wenn sie bedarfsplanungsrechtlich relevant sind.

Konsequent ist es dann auch, wenn der Gesetzgeber die Möglichkeit vorsieht, einen „Teil“ der Zulassung zu entziehen, bspw. wenn der Vertragsarzt seinem vollen Versorgungsauftrag nicht nachkommt. Andererseits kann zur Vermeidung eines Verzichts auf die Teilzulassung auch ein Ruhen der Teilzulassung beantragt werden.

Der Gesetzgeber eröffnet mit der Differenzierung zwischen Voll- und Teilzulassung ein großes Streitpotenzial, mit dem sich die Sozialgerichte sicher werden beschäftigen müssen. Die weitere Entwicklung bleibt abzuwarten.

5. Paralleltätigkeit als Vertragsarzt und Krankenhausarzt

Ein Grund für die Differenzierung zwischen Voll- und Teilzulassungen dürfte auch in der Zulassung der parallelen Tätigkeit eines Vertragsarztes in einem zugelassenen Krankenhaus oder einer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung sein. Bislang war für die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit ein Arzt nicht geeignet, der eine ärztliche Tätigkeit ausübt, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit als Vertragsarzt unvereinbar war. Jedenfalls für Ärzte mit Patientenkontakt war damit eine parallele Tätigkeit als niedergelassener Vertragsarzt und angestellter Krankenhausarzt ausgeschlossen. Dies wird sich mit dem VÄndG ändern. Zukünftig wird es daher Ärzte geben, die auf der Basis einer Teilzulassung in der Niederlassung und im Rahmen einer Teilzeitbeschäftigung im Krankenhaus arbeiten. Der Gesetzgeber verspricht sich hiervon eine Überwindung der Sektorengrenzen. Hierdurch leitet der Gesetzgeber einen Paradigmenwechsel ein, der nach unserer Überzeugung die Versorgungslandschaft nachhaltig beeinflussen wird. Denn damit haben Vertragsärzte und Krankenhausärzte erstmals die Möglichkeit, in Personalunion stationär und ambulant tätig sein zu können. Damit werden Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten weiter zunehmen.

6. Abschaffung der Alterszugangsgrenze

Mit dem VÄndG wird eine der viel und sehr kontrovers diskutierten Altersgrenzen, nämlich die Alterszugangsgrenze von 55 Jahren fallen. Zukünftig wird damit auch der Facharzt zulassungsfähig sein, der das 55. Lebensjahr bereits vollendet hat.

7. Privilegierung im MVZ entfällt

Das „Goldkorn“ der zum 01.01.2004 in Kraft getretenen Gesundheitsreform – das MVZ – erfährt mit dem VÄndG einen Rückschlag. Bewusst hatte seinerzeit der Gesetzgeber für Vertragsärztinnen

und Vertragsärzte, die zugunsten eines MVZ auf ihre Zulassung verzichten und sich dann für die Dauer von zumindest fünf Jahren dort anstellen lassen, die Möglichkeit vorgesehen, auch im gesperrten Planungsbereich nach Beendigung ihrer fünfjährigen Angestelltentätigkeit im MVZ eine neue Zulassung beanspruchen zu können. Diese gesetzlich vorgesehene Vermehrung von Vertragsarztsitzen war nicht selten der tragende Grund für die Gründung eines MVZ. Damit ist mit Inkrafttreten des VÄndG nun Schluss. Diese Privilegierung des MVZ, die vielfach kritisiert worden ist, fällt ersatzlos weg. Zu einem Gründungsboom beim „Goldkorn“ MVZ wird dies sicherlich nicht führen.

8. Zusammenfassung

Die zahlreichen Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen, die mit dem VÄndG einhergehen, können hier abschließend nicht dargestellt werden. Ärztinnen und Ärzte sind gut beraten, sich rechtzeitig auf die neuen Strukturen, die das VÄndG schaffen wird, einzustellen. Erfolgreich die Weichen für die Zukunft stellen kann nur der, der die Strukturveränderungen nicht als Gefahr, sondern als Chance begreift.

Bernd Halbe, Sven Rothfuß

DIE AUTOREN

RAe Dr. Bernd Halbe und Sven Rothfuß
 Fachanwälte für Medizinrecht
 Dr. Halbe - Rechtsanwälte
 Venloer Straße 2/Am Friesenplatz
 50672 Köln
www.medizin-recht.com
 E-Mail: dr.halbe@medizin-recht.com

