



Ratajczak & Partner · Wegenerstraße 5 · 71063 Sindelfingen

An die
Mandantinnen und Mandanten der Kanzlei
An die
Vorstandsmitglieder der von uns betreuten Verbände
An die
Mitarbeiter der mit uns zusammenarbeitenden
Krankenhäuser, Verlage, Firmen und Organisationen

12. Januar 2007
Durchwahl: 9505-18

Jahresbrief 2006 Interdisziplinärer Rück- und Ausblick

Die Tradition, zum Anfang des neuen Jahres einen Jahresrückblick zu erstellen, hatten wir mit dem Weihnachtsbrief 2005 wieder aufgenommen und setzen sie hiermit – politisch viel korrekter bezeichnet – mit dem Jahresbrief 2006 fort. Zur Erleichterung Ihrer Lektüre fügen wir eine Inhaltsübersicht ein. Der als Adobe PDF-Dokument an Sie übersandte Jahresbrief ist darüber hinaus mit Lesezeichen versehen. Die im Text enthaltenen Hyperlinks sind aktiviert. Sie können damit aus der Datei heraus z.B. direkt auf die angegebenen Quellen im Internet zugreifen. Wenn nachfolgend mehrere Anwälte für einen Bereich genannt sind, ist die Reihenfolge jeweils strikt alphabetisch, nicht wertend.

Inhaltsübersicht

1. Zur Kanzlei.....	2
2. Zur Publikationstätigkeit.....	3
3. Zu den laufenden Gesundheitsreformen	4
4. Zur Entwicklung des vertrags(zahn)ärztlichen Gebührenrechts	6
5. Zum Beihilferecht und zur PKV	8
6. Zum Krankenhausbereich	8
7. Zum Arzthaftungsbereich.....	10
8. Zu neuen Kooperationsformen.....	12
9. Zum Pharma- und Medizinprodukterecht	12
10. Zum Arbeitsrecht	14
11. Zum Ehe- und Familienrecht der Heilberufe	14
12. Zum Miet- und Baurecht.....	14
13. Zur Verbandsbetreuung.....	15
14. Zu unseren Fortbildungsangeboten	15

Sindelfingen

Dr. Thomas Ratajczak ¹⁾³⁾
Dr. Stefan Stelzl ¹⁾³⁾
Jan von Wallfeld ⁹⁾
Dr. Detlef Gurgel ¹⁾
Dr. med. Helge Hölzer ¹⁾⁷⁾
Dr. Clemens Bold ¹⁾
Dr. Berit Jaeger ¹⁾
Dr. Clemens Winter ¹⁾
Dr. Ulrich Wellmann ⁴⁾
Dr. Andreas Beyer, LL.M.
Dr. Dieter Burger ⁵⁾
Martina Winkhart-Martis ¹⁾
Reinhard Sieler ⁴⁾
Heike Müller ¹⁾
Dr. Maïke Erbsen ¹⁾
Dr. med. Eckart Feifel ¹⁾⁸⁾
Dr. Ralf Clement ¹⁾
Julia Sundmacher ¹⁾
Wegenerstraße 5
71063 Sindelfingen
Telefon: 0 70 31/95 05-0
Telefax: 0 70 31/95 05-99
sindelfingen@rpmed.de

Köln

Helge Rust ⁴⁾
Dirk Radermacher ¹⁾
Birgitta E. Radermacher ⁹⁾
Ursula Pandorf
Dr. Oliver Schmidt-Westphal, LL.M.
Wiener Platz 4
51065 Köln
Telefon: 02 21/9 62 16-0
Telefax: 02 21/9 62 16-96
koeln@rpmed.de
Gerichtsfach K 1603

Berlin

Christoph-M. Stegers ²⁾
Claudia Wieprecht ¹⁾
Märkisches Ufer 28
10179 Berlin
Telefon: 030/27 87 84-30
Telefax: 030/27 87 84-59
berlin@rpmed.de
U2 Märkisches Museum

Freiburg

Peter Schabram ²⁾
Zasiusstraße 42
79102 Freiburg i. Br.
Telefon: 0761/7 03 93-13
Telefax: 0761/7 03 93-99
freiburg@rpmed.de

In Kooperation mit:

Dallmann & Juranek
Rechtsanwälte GmbH
Gusshausstraße 2
A-1040 Wien
Telefon: +43 1 504 41 42
Telefax: +43 1 504 41 42 43
office@dallmann.cc

¹⁾ Medizinrecht
²⁾ Fachanwalt für Medizinrecht
³⁾ Fachanwalt für Sozialrecht
⁴⁾ Fachanwalt für Arbeitsrecht
⁵⁾ Fachanwalt für Verwaltungsrecht
⁶⁾ Fachanwalt für Familienrecht
⁷⁾ Facharzt für Chirurgie
⁸⁾ Arzt
⁹⁾ Fachanwalt für Bau- und Architektenrecht

Das Jahr 2006 war gekennzeichnet durch eine Vielzahl von Reformbemühungen im Gesundheitswesen, die jeweils die Große Koalition in Berlin vor Zerreißproben stellten (und stellen werden). Die Gesetzesänderungen boten uns schon im Laufe des Jahres viel Anlass zur Kommentierung. Wir sehen zu, dass die für unsere Klientel wichtigen Informationen stets zeitnah auf unserer Internethomepage unter [Aktuelles](#) zur Verfügung gestellt werden. Neu eingestellt wurde eine zum Jahresende 2006 noch einmal überarbeitete und mit Lesezeichen versehene [Synopsis](#) des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) und demnächst eine erste Synopse des kompletten GKV-WSG, über dem derzeit jeden Tag die Große Koalition zu zerbrechen droht. Das Jahr 2006 bietet also genügend Anlass zur rück- und vorausblickenden Kommentierung.

Beginnen wollen wir aber wieder mit Informationen zur Kanzlei.

1. Zur Kanzlei

Zum 1. Januar 2007 hat sich der Name der Kanzlei entsprechend einem schon vor Jahren gefassten Beschluss geändert. [Dr. Ulrich Wellmann](#) ist zum Jahresende 2006 planmäßig als Gesellschafter aus der Partnerschaft ausgeschieden. Er steht mit seinem Rat und Beratungsangebot aber weiterhin den Mandanten der Kanzlei zur Verfügung.

[Dr. Ulrich Wellmann](#) gründete gemeinsam mit [Dr. Andreas Beyer, LL.M.](#) und [Dr. Thomas Ratajczak](#) 1990 die Sozietät. Es spricht für die Solidität der damals gefundenen und dann weiterentwickelten Kanzleistrukturen, dass alle Gründer nach wie vor in der Kanzlei mitarbeiten. Überhaupt ist bemerkenswert, wie gering die Fluktuation in unserer Kanzlei über die Jahre hinweg gewesen ist.

Zum Jahresanfang 2007 wurden neu als Gesellschafter in die Partnerschaft aufgenommen [Dr. Clemens Bold](#), [Dr. Berit Jaeger](#), und [Dr. Clemens Winter](#).

Im Laufe des Jahres 2006 kamen mit [Dr. Oliver Schmidt-Westphal, LL.M.](#) ein neuer Kollege für unsere Kölner Kanzlei hinzu und kurze Zeit später mit [Julia Sundmacher](#) eine weitere Kollegin für den Sindelfinger Standort. Beide sind im Medizinrecht tätig, Dr. Oliver Schmidt-Westphal daneben auch im Arbeitsrecht.

Wir sind damit mittlerweile 26 Anwältinnen und Anwälte.

Seit vielen Jahren bemühen wir uns darum, jungen Anwältinnen und Anwälten effektive Möglichkeiten zur Kombination der wissenschaftlichen Arbeit an der Promotion mit der praktischen Tätigkeit zu bieten, und sind dabei sehr erfolgreich. Im Jahre 2006 hat [Dr. Berit Jaeger](#) diesen Weg erfolgreich abgeschlossen. Gratulieren konnten wir auch [Dr. Ralf Clement](#) zum bestandenen Rigorosum. Aktuell

promovieren [Heike Müller](#) und [Julia Sundmacher](#). [Reinhard Sieler](#) hat demnächst Rigorosum.

Mit [Peter Schabram](#) kommt zum Jahresanfang 2007 ein weiterer Fachanwalt für Medizinrecht und mit ihm zugleich unser neuer Standort in [Freiburg](#) hinzu. Er wurde zugleich als Gesellschafter in die Partnerschaft aufgenommen. Peter Schabram ist seit vielen Jahren im Medizinrecht tätig und hat sich dort einen guten Namen gemacht. Er ist ein ausgewiesener Experte auf dem Rechtsgebiet der Psychotherapeuten.

Derzeit sind 14 der 26 Anwältinnen und Anwälte Gesellschafter der Sozietät.

Im Jahre 2006 haben wir eine Kooperation mit der [Wiener](#) Anwaltskanzlei [Dallmann & Juranek](#) Rechtsanwälte GmbH begonnen. Die Kanzlei mit sechs Anwälten und drei Rechtsanwaltsanwärtinnen genießt in Österreich einen ausgezeichneten Ruf und verfügt auch über eine Repräsentanz in [Paris](#).

2. Zur Publikationstätigkeit

Es gehört zum Selbstverständnis einer großen Kanzlei, dass sie publizistisch tätig ist. Die publizistische Tätigkeit ist aber auch vielfach eine Notwendigkeit, der man sich kaum entziehen kann.

Neben zahlreichen Aufsätzen, welche die Anwälte der Kanzlei in 2006 publiziert haben, ist besonders auf das zum Jahresende 2006 im Luchterhand Verlag erschienene [Handbuch für den Fachanwalt für Sozialrecht](#) hinzuweisen, ein Werk, das unter Mitarbeit namhafter Rechtsanwälte und Richter von [Dr. Detlef Gurgel](#) und Dr. Sven-Joachim Otto herausgegeben wird. Dr. Detlef Gurgel betreute zusammen mit [Dr. Ralf Clement](#) den medizinrechtlichen Teil.

Zusammen mit [Dr. Reinhard Winkelmann](#), dem Abrechnungsreferenten der KZV Baden-Württemberg, gibt [Dr. Detlef Gurgel](#) zudem seit 2006 den datenbankgestützten [Leo-DENT Kommentar](#) zur zahnärztlichen Abrechnung heraus und wird hierbei von [Dr. Thomas Ratajczak](#) und dem [BDIZ EDI](#) unterstützt.

Ein erheblicher Teil der Publikationstätigkeit verlagert sich zunehmend in das Internet. Das gilt für die Publikationen der Kanzlei, wie Sie unter [Veröffentlichungen](#) feststellen können, als auch für die Publikationen für unsere Mandanten. Für die Mitglieder des [BDIZ EDI](#) wurden in 2006 durch [Dr. Thomas Ratajczak](#) zwei Urteilsdatenbanken aufgebaut, die als gedruckte Werke weit über 2.000 Buchseiten beanspruchen würden. Die Änderung der Nutzergewohnheiten und die Zunahme der Anforderungen an den Komfort beim Umgang mit Informationen erzwingen so langsam den Abschied von gedrucktem Papier.

Das neue **Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG)** wurde in Form von Ratgebern für Arzt-, Zahnarztpraxen und Krankenhäuser aufbereitet durch [Reinhard Sieler](#).

3. Zu den laufenden Gesundheitsreformen

Aus dem Koalitionsvertrag vom 11.11.2005 wurde am 04.07.2006 ein Eckpunktepapier, bei dessen Lektüre man sich fragt, ob die sowohl im Koalitionsvertrag wie auch in der Anlage 10 des Eckpunktepapiers enthaltenen Ausführungen über die Rückgabe oder Weiterverwendung nicht verbrauchter Opiate anekdotisch geäußert werden können oder besonders nachdenklich stimmen sollten.

Schon vor dem Eckpunktepapier wurde die erste Gesundheitsreform des Jahres 2006 verabschiedet: das **Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG)**. Es brachte eine Bonus-Malus-Regelung, deren Umsetzung zu manchen Veränderungen der Arbeitsbedingungen für Vertragsärzte in den einzelnen KVen führt. Sollten die Ärzte weniger Arzneimittel verschreiben als vorgegeben, sollte ein Teil der Einsparungen der Gesamtvergütung zugute kommen. Sollte es mehr werden, sind individuelle und kollektive Regresse vorgesehen. Abwenden lässt sich das Malheur durch Arzneimittelvereinbarungen und innovative Preisgestaltung, vor allem bei Generika. Wie das geht, konnte man am 15.12.2006 beobachten, als 14 Generika-Hersteller im ersten Schritt ihre Preise für 2.777 Produkte (Packungen) erhöht haben. Sofern im zweiten Schritt wieder eine Preissenkung um mindestens 10 % erfolgt, entfällt aufgrund der Regelungen im AVWG der 10-prozentige Abschlag für bis zu 36 Monate. Die GKV-Spitzenverbände sind über diese Entwicklung „*not amused*“, wie ein Branchendienst am 04.01.2007 meldete. Wir sind es nicht über Gesetze, mit denen die Ärzteschaft mit „Zuckerbrot (Bonus) und Peitsche (Malus)“ gezwungen werden soll, auf eigenes Kosten- und eigenes Berufshaftungsrisiko Arzneimittel zu rationieren. Wenn rationiert werden soll, dann muss das der Gesetzgeber entscheiden und die Verantwortung dafür tragen. Ein passable Glossar zum AVWG findet sich [hier](#).

Mittlerweile schon in Kraft getreten ist die zweite große Gesundheitsreform des Jahres 2006 mit dem langen Titel **Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG)**. Viele zitieren den Titel als Vertragsarztänderungsgesetz – und das ist semantisch gar nicht so falsch; denn in der Tat ändert sich die Institution Vertragsarzt = niedergelassener Arzt mit einem Praxisstandort grundlegend. Wer sich zum [Vertragsarztrechtsänderungsgesetz](#) noch informieren muss, kann auf unserer Homepage den kompletten Werdegang des Gesetzes nachlesen.

Sehr informativ ist auch das von der KV Westfalen-Lippe veröffentlichte [Kleine Glossar des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes](#). Insgesamt halten wir die meisten Regelungen des VÄndG für eine sinnvolle Weiterentwicklung des geltenden Rechts.

Von solch einem verhältnismäßig positiven Urteil sind wir beim Entwurf des **Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG)** sehr weit entfernt. Eigentlich kann man sich jede Detailkommentierung sparen, denn es gibt, wie Prof. Rürup sich kürzlich ausdrückte, „*vielen und gute Gründe, den Gesundheitsfonds in seiner beschlossenen Form zu kritisieren.*“ Entgegen seiner Ansicht gehören auch die regionalen Auswirkungen dazu, deren Berücksichtigung keineswegs „*verfehlt*“ ist, wie es in dem Rürup/Wille-Gutachten vom 03.01.2007 heißt, noch ist das „*Regionalprinzip dem Sozialversicherungsrecht fremd.*“ Das Regionalprinzip ist dem deutschen Föderalismusystem immanent. Der Gesundheitsfond führt dagegen zwangsläufig zu einem neuen Länderfinanzausgleich und zu weiterer Nivellierung.

Die Folgen dieser Nivellierung und der Angst vor Unterschieden in den deutschen Lebensverhältnissen kann man an den Auswanderungsstatistiken ablesen. Der Chefvolkswirt der Deutschen Bank Prof. Dr. Norbert Walter gab in einem Vortrag auf dem Pharma-Gipfel 2006 am 07.11.2006 in Berlin den ernstgemeinten Rat an die Leistungsträger des Landes, doch besser auszuwandern (oder massenhaft in die politischen Parteien einzutreten und für eine Kehrtwende zu sorgen – was anschließend Prof. Dr. Peter Oberender, Bayreuth, zu der Feststellung verleitete, dann doch lieber gleich auszuwandern). Dieser Rat wird im ärztlichen und zahnärztlichen Leistungsbereich schon vielfach befolgt. Das GKV-WSG bietet für die Heilberufe leider weiteren Grund, sich das ernsthaft zu überlegen.

Es gibt zahllose gute Gründe, die gesamten Grundideen des GKV-WSG zu kritisieren, angefangen von der Einführung zu Einheitskassen über die Hintertür, den vorgesehenen massiven und u.E. verfassungs- und europarechtswidrigen Eingriffen in die Strukturen der privaten Krankenversicherungen (Stichwort: Basistarif) und die Vertragsansprüche der einzelnen Privatversicherten, die weitgehende Abschaffung aller verbliebenen Selbstverwaltungsstrukturen unter dem Schlagwort der Professionalisierung (Stichwort: Verselbständigung des Gemeinsamen Bundesausschusses), ein weiteres Herumgemurkse in den Strukturen vertragsärztlicher Berufsausübung (§§ 73b ff. SGB V) und den x-ten Neuansätzen bei der vertragsärztlichen Vergütung (Stichwort: regionale Euro-Gebührenordnung), und so weiter und so fort.

Die Dokumentation zur Entwicklung des GKV-WSG finden Sie [hier](#).

Etwas außerhalb der hektischen Öffentlichkeitswahrnehmung läuft derzeit die vierte Reform des Gesundheitswesens, versteckt in dem Entwurf eines **Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts (VVG-E)**. Zwar konnten die Bemühungen der Privaten Krankenversicherer, über den Trick der Einführung eines Wirtschaftlichkeitsgebotes ihre vertraglichen Leistungsversprechen kraft Gesetzes und damit auch für den Altbestand an Tarifen wirksam auf das Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung abzusenken, abgewehrt werden. Dafür kommt der

Gesetzgeber dem Wunsch der PKVen nach, ihre Versicherten umfassend vor den Leistungserbringern „schützen“ zu dürfen (§ 192 Abs. 3 VVG-E).

Schließlich gibt es noch über einen fünften Reformansatz des Jahres 2006 zu berichten. Das Vorhaben ist so geheim, dass bislang dafür gar kein offizieller Titel bekannt ist. Wir haben es Entwurf eines **Gesetzes zur Änderung des Rechts der privaten Krankenversicherung (PKV-Gesetz)** benannt. Darin ist der Basistarif enthalten und insbesondere die Übertragung von Alterungsrückstellungen.

Werden diese Gesetzesvorhaben umgesetzt, muss man sich ernsthaft fragen, ob die PKVen überhaupt noch eine attraktive Alternative zu aggressiv sich vermarktenden Krankenkassen wie etwa die TKK sind. Dass die PKVen selbst mit dem Angebot eines Basistarifs an die Politik herangetreten sind, kann man wohl nur noch verstehen, wenn man das Verantwortungsbewusstsein ihrer Manager auf den zeitlichen Horizont ihrer persönlichen Verantwortung für die Führung der Unternehmen begrenzt unterstellt. Nach ihnen die Sintflut scheint die Devise zu lauten.

4. Zur Entwicklung des vertrags(zahn)ärztlichen Gebührenrechts

Betrachtet man die aktuelle Entwicklung des Gebührenrechts bei Ärzten und Zahnärzten, kann man mit den davon betroffenen Mandantinnen und Mandanten nur Mitgefühl haben.

Am 01.04.2005 trat der EBM2000plus in Kraft, an dem, wie der Name andeutet, seit rund 5 Jahren gearbeitet wurde. Für die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ist der EBM2000plus offenbar nach wie vor ein „lernendes System“ (die aktuelle Fassung finden Sie [hier](#)). Man fragt sich vergeblich, ob die KBV damit meint, dass die Ärzte endlich lernen müssten, damit umzugehen, oder ob es nicht vielmehr so ist, dass die KBV selbst immer noch lernen muss, wie sich ihr in stillen Hinterzimmern ausgedachtes System in der Alltagswirklichkeit verhält. Die Rückmeldungen aus unserer Klientel lassen vermuten, dass sich KBV und KVen auch 2006 weiterhin in der Lernphase befunden haben. Besserung seitens der KBV ist wohl auch nicht mehr in Sicht, nachdem der Gesetzgeber im Entwurf zum GKV-WSG zugleich für 2009 eine große Honorarreform ankündigt. Es bleibt zu hoffen, dass die Sozialgerichte endlich begreifen, dass sie mit ihrer gegenüber KBV und KVen äußerst gewährenden Haltung ein Gutteil zu der bestehenden Misere beigetragen haben und endlich damit beginnen, einzugreifen. Weder der Gemeinsame Bundesausschuss noch der Bewertungsausschuss sind heilige Kühe, an deren kontrollfreiem Fortbestand die Existenz des deutschen Gesundheitswesens hängt.

Wir vertreten in Sachen EBM einen Sammelklage von rund 650 Ärzten in Baden-Württemberg und einen Sammelwiderrspruch von rund 200 Ärzten gegen Ungerechtigkeiten bei der Vergütung durch den neuen EBM bzw. die darauf aufbauen-

den Honorarverteilungsverträge ab dem Quartal II/05. Betreut werden die Verfahren durch [Dr. Stefan Stelzl](#). Weitere Verfahren in anderen Bundesländern sind in Vorbereitung.

Die Leistungsbewertungen des EBM basieren auf einem Punktwert von 5,11 Cent. Damit sollten ursprünglich der kalkulatorische Arztlohn und die technischen Leistungen abgegolten sein. Wenn man die vertragsärztlichen Quartalsabrechnungen betrachtet, stellt man fest, dass davon nur wenig übrig geblieben ist. Es ist nicht hinnehmbar, dass eine betriebswirtschaftlich kalkulierte Gebührenordnung nur vorgegaukelt, dann aber durch die regionalen Punktwerte ad absurdum geführt wird. In vielen Fällen lassen sich Leistungen nicht mehr kostendeckend erbringen und Praxen nicht mehr kostendeckend betreiben. Bei vielen Arztgruppen kann auch weiterhin nicht von einem angemessenen Honorar gesprochen werden. Dass die Vergütungsreform 2009, die vom GKV-WSG vorgesehen ist, eine spürbare Verbesserung bringen wird, dürfen nur Träumer erwarten.

Im zahnärztlichen Vergütungsrecht ist es demgegenüber in 2006 nahezu ruhig gewesen, sieht man von dem ewigen Thema Festzuschüsse ab. Dagegen herrscht in der Diskussion um die Neufassung der Gebührenordnung für Zahnärzte so etwas wie die Ruhe vor dem Sturm. Die Bundeszahnärztekammer hat sich – durchaus verständlicherweise – aus dem Gerangel um die Neufassung zurückgezogen. Derzeit arbeitet das Bundesgesundheitsministerium mit Zahnärzten aus den PKVen und der Bundeswehr an der Reform alleine. Dass praxiserfahrener und wissenschaftlicher Sachverstand in Deutschlands Gesundheitswesen seitens der Politik ernsthaft nachgefragt wird, behaupten nicht einmal mehr die Gesundheitspolitiker selbst. Das Gefeilsche um das GKV-WSG ist ein Lehrbeispiel für dieses Desinteresse der Politik an dem Kenntnisstand und Erfahrungsschatz der Eliten – und dann wundert man sich in Berlin und in den Landeshauptstädten darüber, dass sich die Eliten von der Politik abwenden.

Im Bereich der ärztlichen und nicht-ärztlichen Psychotherapeuten wurde die Weigerung der KV Baden-Württemberg, die Nachvergütung für die Jahre 2000 – 2004 rechtsmittelfähig zu verbescheiden, durch das Sozialgericht Stuttgart – anwaltlich betreut durch [Peter Schabram](#) – sanktioniert. Die fehlende Entscheidung des Schiedamts über die Beteiligung der Krankenkassen am nachzuvergütenden Honorarvolumen rechtfertigte die Untätigkeit der KV Baden-Württemberg nicht, zumal sie sich nicht auf die fehlende Liquidität berufen könne. Die Verbescheidung der Widersprüche gegen die Quartale 4/2004 und 1/2005 führte im Jahr 2006 zu einer Klageflut der Psychotherapeuten, nachdem ein seitens der Berufsverbände angestrebtes „Musterverfahren“ nicht abgewartet worden war.

Die in Nordwürttemberg bislang im Rahmen des Jobsharings nicht mögliche Saldierung der Überschreitung quartalsbezogener Gesamtpunktzahlvolumina binnen 4 Quartalen soll nach einem Vorstandsbeschluss der KV Baden-Württemberg zu-

künftig in ganz Baden-Württemberg Geltung beanspruchen, was bislang aufgetretene sachlich nicht gerechtfertigte Härten vermeidet.

5. Zum Beihilferecht und zur PKV

Pendant zum vertrags(zahn)ärztlichen Gebührenrecht ist das Recht der Beihilfe und der privaten Krankenversicherung. Das Beihilferecht des Bundes wurde 2004 vom Bundesverwaltungsgericht in mehreren Entscheidungen für verfassungswidrig erklärt. Dieser Beurteilung folgten alle Oberwaltungsgerichte für das Beihilferecht der jeweiligen Bundesländer. Leider konnte sich kein Gericht dazu durchringen, das Beihilferecht sofort für nichtig zu erklären. Es sollte noch für eine Übergangszeit weitergelten, wobei man davon ausging, dass die Übergangszeit Ende 2006 ablaufen würde. Geschehen ist nichts – das ist das Problem, wenn die Rechtsprechung Verfassungswidrigkeiten toleriert.

Die Privaten Krankenversicherungen haben im Jahre 2006 im Zuge der Diskussion um die Gesundheitsreformen eine Entwicklung genommen, die man nur mit Kopfschütteln beobachten kann. Offenbar scheint es für sie schon ausgemacht, dass sie in Deutschland künftig nur noch ein Nischendasein führen dürfen, wobei in Holland zum Jahresanfang 2006 eine genau gegenläufige Entwicklung in Kraft getreten ist: dort wurden die gesetzlichen Krankenversicherungen abgeschafft. Es gibt nur noch private Krankenversicherungen. Den Holländern mag dieser Schritt durch den Umstand erleichtert worden sein, dass ihnen das System mit gesetzlichen Krankenversicherungen erst während der Okkupation durch das nationalsozialistische Deutschland aufoktroziert worden war. Vermutlich wird man das System beibehalten haben, soweit und solange es noch funktionierte. Aber die Umwandlung in ein privatwirtschaftliches System war richtig und notwendig – und ist die einzig denkbare europafreundliche Variante. Deutschland, das sich so gerne als Lehrmeister Europas verstand und gerade wieder versteht, hat ein denkbar europafeindliches gesetzliches Gesundheitssystem. Es gäbe für die PKVen genügend Anlass zum Gegensteuern, stattdessen spürt man Mutlosigkeit allenthalben.

6. Zum Krankenhausbereich

Auch im letzten Jahr war die Weiterentwicklung des „lernenden Systems“ der DRGs eines der großen Themen im Krankenhausbereich. Am 19.09.2006 schlossen die Selbstverwaltungspartner die „Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2007“ ab, die u. a. den aktuellen Fallpauschalenkatalog enthält. Abermals ist dieser erweitert und verfeinert worden. Durch Überarbeitung der Plausibilitätsprüfungen durch die InEK gGmbH konnte die Datenqualität – eine der Schwachstellen des Systems – nach Aussage der InEK verbessert werden. Da die Kalkulation der DRGs grundsätzlich auf der Grundlage von Daten eines abgeschlossenen Kalenderjahres – für den Katalog 2007 also das Geschäfts-

jahr 2005 – ließen sich bis auf wenige Ausnahmen Neuerungen nur mit zeitlicher Verzögerung in das System integrieren. Veränderungen ergeben sich gegenüber dem [Fallpauschalenkatalog 2006](#) wie folgt:

	Anzahl der DRGs	Veränderung zum Vorjahr
DRG-System 2007	1.082	+ 128
Davon im FP-Katalog	1.035	+ 123
Davon nicht bewertet	42	+ 2
Davon rein teilstationäre DRGs	5	+ 3

Zur Erinnerung: Die [KFPV 2003](#) kannte 644 DRGs, die [KFPV 2004](#) 806, die vereinbarte [FPV 2005](#) 845.

Zu den Schwerpunkten der Überarbeitung des Systems gehörten die Intensivmedizin, mehrzeitige Eingriffe, Pädiatrie, multiresistente Erreger, Schlaganfall, Extremkosten (hochaufwendige Fälle wie z. B. seltene Stoffwechselerkrankungen)

Im Bereich der belegärztlichen Versorgung stellt sich die Situation aufgrund der Defizite, die sich neben der DRGs auch aus dem EBM 2000plus ergeben, nach wie vor bis auf wenige Ausnahmen als unbefriedigend dar.

Im teilstationären Bereich besteht – wie gehabt – das Problem, dass kein Konsens über eine Leistungsdefinition besteht. Dennoch haben sich die Selbstverwaltungspartner darauf geeinigt, fünf tagesbezogene DRGs in den neuen Fallpauschalenkatalog aufzunehmen, wobei nur eine davon – es handelt sich um die Dialyse für Erwachsene ohne Peritonealdialyse (L90C) – mit einer Bewertungsrelation versehen ist. Für die übrigen ist ein krankenhausindividuelles Entgelt gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG zu vereinbaren.

So umstritten die Einführung und Entwicklung der „G“-DRGs als umfassendes Fallpauschalenmodell war und zum Teil immer noch ist, so sehr wird die Entwicklung des Systems in Deutschland im Ausland mit großem Interesse verfolgt. So hat sich Ende Dezember 2005 auch die Schweiz entschieden, ein Fallpauschalensystem auf der Grundlage der G-DRGs einzuführen.

Das DRG-System hat eine nie dagewesene Bewegung im Krankenhausmarkt angestoßen. Fusionen, Käufe und Verkäufe von Krankenhäusern sind ein Dauerthema in der Krankenhausberatung geworden. Die Veränderung des Marktes und der Wettbewerbsfaktoren wiederum hat es notwendig gemacht, die bisherige Art der Krankenhausplanung neu zu überdenken. Dies sowie die jüngere Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts haben in Baden-Württemberg zu einem Gesetzesentwurf geführt. Noch befindet sich dieser in der Anhörung. Wir werden aber zu gegebener Zeit darüber berichten.

Von praktisch genauso großer Bedeutung ist in dem sich rasch wandelnden Krankenhausmarkt das **Kartellrecht** geworden. Wer sich über die aktuellen Entwicklungen informieren will, sei auf die die Entwicklung in 2005 und 2006 analysierende Studie von [Dr. Thomas Ratajczak](#) zu den [Auswirkungen des Kartellrechts auf Krankenhausfusionen und -kooperationen](#) verwiesen.

Von großer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang auch die Entscheidung des OLG Saarbrücken vom [20.09.2006](#) zur Anwendbarkeit des **Vergaberechts** im Krankenhaus.

Das nach wie vor wichtigste Thema des Arbeitsrechts für Krankenhäuser stellt die anstehende Neufassung der [Europäische Arbeitszeitrichtlinie](#) aus dem Jahre 1993 mit der Ergänzung aus dem Jahre [2003](#) und das deutsche [Arbeitszeitgesetz](#) mit dem daraus sich ergebenden dringenden Umsetzungsbedarf für die Krankenhäuser dar. Die durch den Bundesrat beschlossene und als Gesetz zu verabschiedende Verlängerung der Übergangszeit um ein Jahr ist abgelaufen und das Arbeitszeitgesetz seit dem 01.01.2007 „scharf geschaltet“. Ein von [Dr. Clemens Bold](#) betreuter Krankenhausverband hat in diesem Zusammenhang ein Tarifvertragswerk mit ver.di ausgehandelt, dass den Krankenhäusern eine flexiblere Arbeitszeitgestaltung ermöglicht. [Helge Rust](#) und [Dr. Oliver Schmidt-Westphal, LL.M.](#) werden sich dieses Themas in den kommenden Monaten verstärkt annehmen durch bundesweit geplante Vorträge.

Ein weiteres arbeitsrechtliches Beratungsfeld im Bereich der Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken und Pflegeeinrichtungen ist das neue Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz, welches am 18.08.2006 in Kraft getreten ist und etliche Fallstricke und Ansatzpunkte für Schadensersatzforderungen gegen Arbeitgeber bietet. Unsere Kanzlei bietet auf diesem wichtigen Gebiet neben Beratung im Einzelfall auch Inhouse-Seminare an. Immer mehr Einrichtungen haben diese Art der Fortbildung als Prävention zur Vermeidung von Fehlhandlungen mit großem Haftungspotential für sich entdeckt.

Betreut wird der Krankenhausbereich bei uns von einer Vielzahl von Anwälten, schwerpunktmäßig aber durch [Dr. Clemens Bold](#), [Dr. Detlef Gurgel](#), [Dr. Thomas Ratajczak](#) sowie – im Krankenhausarbeitsrecht – durch [Reinhard Sieler](#).

7. Zum Arzthaftungsbereich

Mit der Zunahme von zivilrechtlichen Arzthaftungsprozessen in den letzten Jahren wächst die Bedeutung der Risiko- und Haftungsvermeidung in der klinisch-praktischen Tätigkeit der Arztpraxen und Krankenhäuser. Schwerpunkt der Tätigkeit der Arzthaftungsrechtsabteilung ist daher die Beratung der Leistungserbringer und deren Begleitung im Prozessfall.

Entscheidend für die Erfolgsaussichten im Prozessfall ist in der Regel die Beweislast. Zu einer Beweislastumkehr kann es beim Vorliegen „voll beherrschbarer Risiken“, groben Behandlungsfehlern und/oder der Nichterhebung medizinisch gebotener Befunde kommen. Die Rechtsprechung hat in den letzten Jahren eine immer umfangreichere Kasuistik zum Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers entwickelt. Während eine Fehlinterpretation von erhobenen Befunden nur mit Zurückhaltung als Behandlungsfehler bewertet wird, kann es bei der Nichterhebung medizinisch gebotener Befunde bereits unterhalb der Schwelle zum groben Behandlungsfehler zu einer Umkehr der Beweislast kommen. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn eine sich aufdrängende Verdachtsdiagnose nicht abgeklärt bzw. entscheidende Befunde überhaupt nicht erst erhoben werden. Die vom BGH schon früher entwickelte Rechtsfigur der Nichterhebung medizinisch gebotener Befunde hat in der arzt Haftungsrechtlichen Praxis in der letzten Zeit erheblich an Bedeutung gewonnen, und es scheint insoweit eine neue „Superanspruchsgrundlage“ der Patienten- und Krankenkassenseite zu drohen.

Entscheidend ist häufig auch der Umfang der Dokumentation, an die zunehmend strengere Anforderungen gestellt werden. Da die Verschriftlichung der Medizin vielfach nicht geregelt ist, verbleibt medizinischen Sachverständigen im Prozess die Möglichkeit, den Ausgang des Verfahrens durch mehr oder weniger hohe Dokumentationspflichten zu beeinflussen.

Diesen – gerade seit dem Jahr 2005 zum Gegenstand zahlreicher Entscheidungen gewordenen – Problemfeldern wird bei der haftungsrechtlichen Beratung sowohl im Haftungsfall als auch in der allgemeinen Risikoberatung von Ärzten und Kliniken besonderes Gewicht geschenkt. Wir begleiten daher rechtlich die Erarbeitung von Handreichungen, Dienstanweisungen und Organigrammen von Kliniken, namentlich operativer Abteilungen. Bei klinikinternen Fortbildungen größerer Häuser trugen unsere Referenten [Dr. med. Helge Hölzer](#) und [Christoph-M. Stegers](#) zur Sensibilisierung und Risikoabwehr des ärztlichen und nicht ärztlichen Personals bei. Zum Erfolg dieser interdisziplinären Aufgabe trägt die Erfahrung aus dem umfangreichen Mandatsaufkommen aus Kliniken verschiedener Versorgungsstufen bei.

In der arzt Haftungsrechtlichen Praxis sind Aufklärungsfragen nicht zu unterschätzen. In jüngerer Zeit wird von Patienten immer häufiger beanstandet, ihnen seien keine Behandlungsalternativen aufgezeigt worden. Wirksam einwilligen kann nur, wer sich ein allgemeines Bild von der Schwere und Richtung des Eingriffs machen kann und demgemäß in der Lage ist, die mit der Durchführung bzw. Unterlassung eines Eingriffs verbundenen Vor- und Nachteile im Einzelnen abzuwägen. Im Bereich der kosmetischen Operationen fordert die Rechtsprechung sogar eine „*schonungslose*“ bzw. „*brutalstmögliche*“ Aufklärung.

Insgesamt sind auch die Anforderungen an Dokumentation, Inhalt und Umfang der Aufklärung von der Rechtsprechung eher verschärft worden. Auch in diesem

Zusammenhang werden von den Mitarbeitern der Arzthaftungsrechtsabteilung Strategien zur Abwehr ungerechtfertigter Forderungen und zur Risikovermeidung entwickelt, und es wird versucht, auch durch entsprechende Publikationen „gegenzusteuern“.

Bei Arzneimitteltherapien reicht ein bloßer Hinweis auf die Notwendigkeit der Einnahme und die Gebrauchsinformation des pharmazeutischen Unternehmers nicht. Vielmehr deutet sich hier eine Tendenz wie der der Risikoaufklärung vor Operationen an. Bedeutsam sind außerdem, gegebenenfalls dringliche Verhaltenshinweise in der ambulanten Behandlung für den Fall des erneuter Beschwerden, der Verschlimmerung oder möglicher Nebenwirkungen.

Der Arzthaftungsbereich wird bei uns vor allem betreut durch [Dr. med. Eckart Feifel](#), [Dr. med. Helge Hölzer](#), [Peter Schabram](#), [Christoph-M. Stegers](#), [Martina Winkhart-Martis](#) und [Dr. Clemens Winter](#).

8. Zu neuen Kooperationsformen

Mit neuen Kooperationsformen, insbesondere auch der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren und der Schaffung großer überregionaler Einheiten beschäftigen sich vor allem schwerpunktmäßig [Dr. Detlef Gurgel](#), [Dr. Berit Jaeger](#) und [Dr. Thomas Ratajczak](#). Der Beratungsbedarf ist in diesem Bereich sehr hoch, da es sich zumeist um sehr komplexe Gestaltungsformen handelt und immer wieder Konkurrenten im Verfahren versuchen, solche Formen zu verhindern, zumindest zu erschweren. Ein klarer Trend geht dahin, das Mittel der Konkurrentenklage und das allgemeine Wettbewerbsrecht einzusetzen. Wir führen hier vermehrt Verfahren. Ergänzt wird dieser Bereich durch [Dr. Ralf Clement](#) und [Dr. Maike Erbsen](#).

Es zeichnet sich ab, dass über neue Kooperationsformen eine komplexe Umgestaltung am Markt – weg von der Einzelpraxis hin zu größeren und gut organisierten Einheiten – erfolgen wird. Professionelles Management gewinnt dabei immer mehr an Bedeutung. Dies beginnt im Gründungsprozess und setzt sich bei der Führung solcher Einrichtungen fort.

Immer öfter werden aber auch Krankenhäuser gezwungen, den Weg über Medizinische Versorgungszentren zu gehen, um überhaupt noch ambulante Versorgungsaufgaben wahrnehmen zu können. Andererseits bietet sich aber auch die Chance, über Medizinische Versorgungszentren tiefer in diesen Bereich einzusteigen und neue Geschäftsfelder zu erschließen.

Langfristig ist zu erwarten, dass sich im niedergelassenen Bereich ein Trend durchsetzen wird, der im Krankenhausbereich begonnen hat: die Suche nach großen Kapitalgebern, z.B. auch Krankenhäusern oder der Zusammenschluss von

Praxen zu Praxisverbänden durch unternehmerisch denkende Praxisbetreiber, die sich zumeist schon eines professionellen Managements bedienen.

9. Zum Pharma- und Medizinproduktrecht

Eine große Rolle im Bereich des Pharma- und Medizinproduktrechts haben 2006 die Entwicklungen im Heilmittelwerberecht gespielt. Während der Gesetzgeber mit dem 14. AMG-ÄndG den Anwendungsbereich des HWG mit Wirkung zum 01.04.2006 auf Schönheitsoperationen erweitert hat, ist das Bundesverfassungsgericht bei seiner bisherigen Rechtsprechungslinie geblieben und hat den freien Wettbewerb auch im Bereich der Gesundheitswerbung weiter gestärkt. Ein Thema wird dabei in unmittelbarer Zukunft eine zunehmend größere Rolle spielen: Die Frage der Zulässigkeit von Werbemaßnahmen medizinischer Leistungserbringer für Dritte, d. h. für Medizinprodukte- und Arzneimittelhersteller. Es ist nicht schwer vorherzusagen, dass auch hier mit einer Liberalisierung zu rechnen ist, wengleich insbesondere die Zahn-/Ärztckammern dieser Entwicklung derzeit sehr kritisch gegenüber stehen. Wir sind mit dieser Fragestellung schon jetzt im Rahmen mehrerer berufsrechtlicher Verfahren konfrontiert, die insbesondere von [Dr. Berit Jaeger](#) begleitet werden.

Nachdem die Verordnungs- bzw. Erstattungsfähigkeit des zulassungsüberschreitenden Einsatzes von Arzneimitteln (sog. Off-Label-Use) durch das Grundsatzurteil des 1. Senats des BSG vom 19.03.2002 für schwerwiegende Erkrankungen vermeintlich erleichtert worden war, bemüht sich der 1. Senat des BSG in einer ganzen Anzahl von Entscheidungen (zuletzt vom [07.11.2006](#)) nun erneut, die Verordnungs- bzw. Erstattungsfähigkeit des Off-Label-Use einzudämmen, indem er regelmäßig Studien der höchsten Evidenzklasse fordert. Allein die sog. „Nikolaus-Entscheidung“ des BVerfG vom [06.12.2005](#) hat für notstandsähnliche Extremsituationen eine Öffnung des Leistungsrechts der GKV für Heilversuche zur Folge. Auch die zwecks Bewertung der wissenschaftlichen Erkenntnisse eingerichteten Expertengruppen Off-Label-Use vermögen die Problematik aufgrund der langen Verfahrensdauer sowie der Vielzahl der Konstellationen allenfalls zu entschärfen, nicht jedoch zu lösen. Mit diesem Gebiet befasst sich [Heike Müller](#).

Fragen der Medizinproduktesicherheit und Hygiene spielen zunehmend auch bei niedergelassenen Zahn-/Ärzten, vor allem aber im Krankenhausbereich eine Rolle. Das [Robert-Koch-Institut](#) hat in 2006 Empfehlungen für die [Infektionsprävention in der Zahnheilkunde – Anforderungen an die Hygiene](#) herausgegeben, und noch immer wird mit Spannung auf die anstehende Neufassung der Hygienerichtlinien gewartet, die möglicherweise Auswirkungen auf die Zulässigkeit der Verwendung von wiederaufbereiteten Einmalmedizinprodukten haben wird. Ein Thema, das insbesondere für Krankenhäuser eine erhebliche wirtschaftliche Bedeutung hat. Die Entwicklung in diesem Bereich verfolgt [Dr. Ralf Clement](#).

Der gesamte Bereich des Pharma- und Medizinprodukterechts hat in der Kanzlei unter der Federführung von [Dr. Thomas Ratajczak](#) in 2006 stark an Bedeutung gewonnen und ist weiter im Wachstum begriffen. In diesem Bereich arbeiten vor allem mit [Dr. Ralf Clement](#), [Dr. Maike Erbsen](#), [Dr. Berit Jaeger](#), [Dirk Radermacher](#) und [Dr. Oliver Schmidt-Westphal, LL.M.](#)

10. Zum Arbeitsrecht

Die wirtschaftliche Lage spüren wir in Arztpraxen und Krankenhäusern. Der Zusammenschluss von Arztpraxen führt sehr häufig zur Entstehung des Kündigungsschutzes. Chefarztverträge werden in ihren Konditionen immer härter. [Helge Rust](#), [Reinhard Sieler](#) und [Dr. Oliver Schmidt-Westphal, LL.M.](#) begleiten Sie unter Berücksichtigung der betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen bei den erforderlichen individual- und kollektivarbeitsrechtlichen Maßnahmen u.a. in den Bereichen Outsourcing, Kooperationen von Krankenhäusern, Wechsel der Trägerschaft/Gesellschaftsform, Betriebsvereinbarungen, (Haus-)Tarifverträge, Delegation ärztlicher Aufgaben auf Pflegepersonal, Mitarbeiterkontrollen (Qualität und Dauer der Arbeitsleistung, Risk-Management), Antidiskriminierung (Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz), Insolvenz.

Das neue **Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG)** wurde in Form von Ratgebern für Arzt-, Zahnarztpraxen und Krankenhäuser aufbereitet durch [Reinhard Sieler](#).

11. Zum Ehe- und Familienrecht der Heilberufe

Die Entwicklung des Ehe- und Familienrechts ist für den Familienrechtler spannend, für den Medizinrechtler bereitet es bei Vertragsgestaltungen mitunter heftiges Kopfzerbrechen, für den Angehörigen der Heilberufe gibt es oft unliebsame Überraschungen, wenn sich die Lebensziele anders entwickeln, als vor der Heirat gedacht. [Birgitta E. Radermacher](#) hat die in 2005 begonnene, die damit zusammenhängenden Fragen eingehend behandelnde Artikelserie in der DZW im Jahre 2006 fortgesetzt. In der Sindelfinger Kanzlei betreut diese Fragen [Dr. Ulrich Wellmann](#).

Für die selbständig tätigen Angehörigen der Heilberufe besonders interessant ist eine Entscheidung des OLG Oldenburg vom [08.02.2006](#). Das Oberlandesgericht vertritt die Auffassung, dass im Fall der Scheidung der Unternehmenswert (good will) nur entweder bei der Berechnung des Zugewinnausgleichs oder aber die aus dem Unternehmen gezogenen Einkünfte bei der Berechnung des Unterhalts Berücksichtigung finden können, nicht aber sowohl als auch. Das OLG sieht darin eine unzulässige Doppelbelastung.

12. Zum Miet- und Baurecht

Ohne Praxisräume gibt es keine selbständige Tätigkeit. Praxen werden manchmal gebaut oder umgebaut/saniert, meist aber gemietet. Häufig wird dabei vernachlässigt, dass der Praxismietvertrag auch Gewähr für eine sichere berufliche Existenz bieten muss. Weil der Arzt als Freiberufler Unternehmer ist, meint der Gesetzgeber, dass er für einen Praxismietvertrag keinen Verbraucherschutz braucht. Für den Mietvertrag über Praxisräume gelten deshalb die Vorschriften für Mietverträge über Gewerberäume. Wenn Wert auf eine lange, sichere Mietdauer gelegt wird, stellt sich oft die Frage nach der beruflichen Flexibilität. Betreut wird dieser Bereich von [Ursula Pandorf](#), [Jan von Wallfeld](#) und [Dr. Ulrich Wellmann](#).

Der Krankenhausneubau ist zwar weitgehend zum Erliegen gekommen, nicht aber der Um- und Ausbau. In Bauangelegenheiten hilft Ihnen [Jan von Wallfeld](#) und wenn öffentlich-rechtliche/behördliche Fragen (z.B. Baugenehmigung) zu klären sind, [Dr. Dieter Burger](#).

13. Zur Verbandsbetreuung

Die Kanzlei betreut eine große Anzahl von Verbänden, wobei die Betreuungsaufgaben vor allem auf den Schultern von [Dr. Clemens Bold](#), [Dr. Maike Erbsen](#), [Dr. med. Helge Hölzer](#), [Heike Müller](#), [Dr. Thomas Ratajczak](#) und [Claudia Wieprecht](#) liegen, aber fast alle Anwältinnen und Anwälte der Kanzlei eingebunden sind. Die Anforderungen der Verbandsbetreuung einerseits und der Betreuung großer, international tätiger Medizinproduktehersteller andererseits geben uns Anlass, über die Ausdehnung der Kanzlei in das europäische Ausland nachzudenken.

14. Zu unseren Fortbildungsangeboten

Wir führen ständig bundesweit und in den verschiedensten Bereichen Fortbildungen für Ärzte, Zahnärzte und Kliniken durch. Zu den Themen gehören z. B.:

- die Abrechnung (zahn)ärztlicher Leistungen (EBM, BEMA, GOÄ, GOZ; Honorarvereinbarungen mit Privat- und Kassenpatienten)
- die Gestaltungsmöglichkeiten bei Praxisverträgen (Kooperationen, Praxisabgabe und Praxiskauf)
- das Kooperationsrecht der Heilberufe ((überörtliche) GP, PG, Zweigpraxis, MVZ, Kooperationen mit Krankenhäusern, sonstige Kooperationen)
- das Vertrags(zahn)arztrecht (neue Möglichkeiten durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, Überblick für Berufseinsteiger, Wirtschaftlichkeitsprüfung, Disziplinarrecht, Ermächtigungen)
- das Werberecht der Heilberufe (Berufsrecht, Wettbewerbsrecht, Heilmittelwerberecht)

- das Krankenhausrecht (In- und Outsourcing, Planungsrecht, Privatisierung, Versorgungsverträge, Belegarztverträge)
- Aufklärung und Dokumentation (Vorträge und Workshops)
- das Berufsrecht der Heilberufe (Werberecht, Zusammenarbeit zwischen (Zahn)Arzt und Industrie)
- das berufsbezogene Strafrecht (Verhalten bei Praxisdurchsuchungen, sachgerechte Verteidigung, Vermeidungsstrategien)
- das Haftungsrecht (Arzt- und Krankenhaushaftung, Aufklärungs- und Behandlungsfehler, Riskmanagement)
- das Arbeitsrecht für Heilberufe (Arbeitsrecht in der (Zahn)Arztpraxis, Chefarztverträge, Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz, Arbeitszeitgesetz im Krankenhaus).
- die aktuellen rechtlichen Entwicklungen im gesamten Gesundheitswesen

Wer sich darüber informieren möchte, sei auf unsere Homepage verwiesen. Auf unserer Homepage informieren wir unter [Veranstaltungen](#) regelmäßig über unsere Fortbildungstätigkeit /-angebote des laufenden Kalenderjahres. Die Seite wird für 2007 gerade überarbeitet. In diesem Bereich sind vor allem engagiert [Dr. Maike Erbsen](#), [Dr. med. Eckart Feifel](#), [Dr. Detlef Gurgel](#), [Dr. med. Helge Hölzer](#), [Heike Müller](#), [Birgitta E. Radermacher](#), [Dr. Thomas Ratajczak](#), [Helge Rust](#), [Peter Schabram](#), [Dr. Oliver Schmidt-Westphal, LL.M.](#), [Reinhard Sieler](#), [Christoph-M. Stegers](#), [Dr. Stefan Stelzl](#) und [Jan von Wallfeld](#).

Bitte teilen Sie uns mit, ob wir Sie in den Einladungsverteiler aufnehmen sollen. Eine E-mail an Frau [Birgit Gayer \(gayer@rpmde.de\)](mailto:gayer@rpmde.de) genügt.

[Dr. med. Helge Hölzer](#), [Peter Schabram](#) und [Martina Winkhart-Martis](#) sind darüber hinaus als Referenten für das Arzthaftungsrecht bzw. das Vertragsarztrecht in verschiedenen Lehrgängen zur Anwaltsfortbildung zum Fachanwalt für Medizinrecht tätig.

Das Neue Jahr ist da. Wir wünschen Ihnen Erfolg, Gesundheit, Beharrungsvermögen, Flexibilität, gute neue Ideen und Glück und verbleiben

mit den besten Wünschen



Dr. Ratajczak
– für die Anwältinnen und Anwälte der Kanzlei –