Neues Recht, neue Fragen?

Änderungsanträge zum Versorgungsstrukturgesetz schaffen keine absolute Rechtssicherheit beim Abschluss von Honorararzt- und Konsiliararztverträgen

Düsseldorf, 23. November 2011 – Ein besseres Timing wäre für die I.O.E. Fachkonferenz "Honorararzt- und Konsiliararztverträge – Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit" kaum denkbar gewesen. Durch die wenige Tage zuvor veröffentlichten Änderungsanträge der CDU/CSU- und FDP-Fraktionen zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz hatte das Thema zusätzliche Aktualität erlangt. Die eventuell in Kraft tretenden Neuerungen wurden von den fachkundigen Referenten beim Aufzeigen von Lösungswegen für die Honorar- und Konsiliararztstätigkeit im Krankenhaus aufgegriffen und mit geltendem Recht verglichen. Einstimmig betonten sie, dass durch heutige wie zukünftige Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen eine verstärkte intersektorale Zusammenarbeit unumgänglich ist. Deutlich wurde allerdings nicht zuletzt durch die angeregte Podiumsdiskussion, dass dazu noch einige Steine aus dem Weg gerollt und einige Unklarheiten beseitigt werden müssen. Für die Ausgestaltung flexibler Kooperationsmodelle zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern würden die von der Regierungskoalition beabsichtigten Neuerungen nach Einschätzung der Beteiligten zumindest für mehr Transparenz sorgen.

„Eine Veranstaltung genau zum richtigen Zeitpunkt“, eröffnete Tagungsleiter Dr. Peter Wigge, Fachanwalt für Medizinrecht, Rechtsanwälte Wigge, Münster und Lehrbeauftragter der Westfälischen-Wilhelms-Universität Münster, mit seinem Grußwort die I.O.E. Fachkonferenz im Saal des Düsseldorfer Hotel Nikko vor rund 90 Teilnehmern. Die Absicht der Veranstaltung, den Paragraphen-Dschungel rund um den Einsatz von Ärzten im Krankenhaus im Rahmen von Kooperations- und Anstellungsverträgen aufzuhellen und die Bewältigung rechtlicher Probleme aufzuzeigen, könne dank der aktuellen Änderungsanträge nun sogar mit Blick auf die voraussichtlich in Kraft tretende künftige Gesetzeslage verfolgt werden.

Änderungsanträge bestätigen aktuelle Rechtsauslegung von § 1 Abs. 1 KHG und § 2 KHEntgG

Dementsprechend reicherte Dr. Frank Stollmann, Leitender Ministerialrat im Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, seinen Beitrag „Versorgungsauftrag und Leistungsfähigkeit des Krankenhauses als Bedingung intersektoraler Zusammenarbeit“ um die den Themenkreis betreffenden Änderungsanträge an. Ausgehend vom Befund, dass intersektorale Zusammenarbeit politisch erwünscht, wirtschaftlich vernünftig, aus Patientensicht sinnvoll und vor dem Hintergrund von Personalengpässen notwendig sei, nahm Stollmann die Leistungsfähigkeit und den Versorgungsauftrag von Krankenhäusern als Voraussetzung für planerische und entgeltrechtliche Ableitungen in den Blick. Nach einer definitorischen Auseinandersetzung mit der Leistungsfähigkeit von Kran-

kenhäusern kam Stollmann anhand verschiedener Gerichtsbeschlüsse zu der Folgerung, dass die Leistungsfähigkeit einer Organisationseinheit und nicht einzelner Personen gemeint ist. Diese Auffassung hätte in einem Änderungsantrag zu § 2 KHEntgG Eingang gefunden, so dass es nach dessen Inkrafttreten für die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses unerheblich sei, „wenn die beschäftigten Ärzte nicht fest angestellt sind, sondern aufgrund von Honorarverträgen tätig werden“. Auch entgeltrechtlich wolle der Gesetzgeber hier durch die entsprechende Ergänzung Klarheit schaffen. Abschließend nahm Stollmann den Versorgungsauftrag des Krankenhauses in den Blick, der intersektorale Zusammenarbeit ermögliche, aber auch begrenze. Grundsätzlich sei er Maß und Grenze von Entgeltvereinbarungen und somit auch bei der Einbeziehung niedergelassener Vertragsärzte verbindlich. Wegen einer fehlenden legalen Definition müsse dieser jedoch entsprechend Auslegungsgrundsätzen aus Krankenhausplan, Feststellungsbescheid und ergänzenden Versorgungsverträgen erschlossen werden. Eine Orientierungshilfe böten hier die ärztlichen Weiterbildungsordnungen, wenngleich Leistungen, die nicht im Weiterbildungsinhalt erwähnt sind, „nicht zwingend außerhalb des Versorgungsauftrages liegen“. Hier könne jedoch der Verbindlichkeit des Feststellungsbescheids vertraut werden, der grundsätzlich alle Leistungen für ein ausgewiesenes Gebiet umfasse soweit Gegenteiliges nicht ausdrücklich erwähnt sei.

Modifikationen des § 116 b SGB V werfen neue Rechtsfragen auf

Nach Stollmanns Klarstellung des vorgegeben Rahmens für die intersektorale Zusammenarbeit folgte Dr. Vitus Gamperl vom Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit mit einem Plädoyer für den derzeit noch geltenden § 116 b SGB V. In seinem Vortrag „Von der ambulanten Behandlung im Krankenhaus zur spezialärztlichen Versorgung nach dem GKV-VStG“ vertrat er die Ansicht, dass den Beteiligten nicht in erster Linie darum gehen solle, die eigene Position zu stärken und auszubauen, sondern darum, der Patientensicht größere Berücksichtigung beizumessen. Es müsse über Möglichkeiten einer verbesserten Kommunikation zwischen den Sektoren nachgedacht werden. Ausgangspunkt des § 116 b sei gewesen, die Krankenhäuser in moderatem Umfang für die ambulante Versorgung zu öffnen. Entsprechend seien Krankenhäuser Fürsprecher und die niedergelassene Ärzte sowie Krankenkassen Gegner einer Ausweitung des § 116 b. Mit einer detaillierten Auseinandersetzung der mit dem Kabinettsentwurf zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz beabsichtigten Neuerungen zeigte Gamperl auf, dass die Idee der Schaffung eines neuen Versorgungssektors seiner Meinung nach im Ergebnis zu hoch gegriffen sei. Der eigentliche Unterschied liege darin, dass die beteiligten niedergelassenen Ärzte von Budgetrestriktionen befreit würden. Hinsichtlich der vom Bund abgelehnten Empfehlung des Bundesrats den § 116 b SGB V aus dem GKV-VStG herauszunehmen antizipierte Gamperl eine Reihe von Modifikationen als mögliches Ergebnis der Bund-Länder-Gespräche. Bereiche, in denen sich in Zukunft Rechtsfragen ergeben würden, nannte er insbesondere das Verhältnis der spezialärztlichen zur vertragsärztlichen Versorgung, den Konkurrentenschutz, das Verhältnis des Verbotsvorbehalts zum Vergütungssystem, die Bereinigung der Gesamtvergütung und die Bestimmungen in der Übergangszeit. Abschließend resümierte Gamperl, dass sich die Verzahnung der Versorgungsstrukturen kaum einseitig anordnen ließe. Nur dort, wo alle Beteiligten vertrauensvoll zusammenarbeiteten und auch davon profitierten, sei die an sich wünschenswerte Durchlässigkeit der Strukturen erreichbar. Dies bewiesen zahlreiche Praxisbeispiele, die entsprechende Bemühungen des Gesetzgebers bereits vorweggenommen hätten.

Kooperation im strukturschwachen Raum ist aus der Not heraus geborene Schicksalsgemeinschaft

Dass nicht nur rechtliche Restriktionen eine Verzahnung der Sektoren verhindern, sondern auch menschliche Gründe diese erschweren können, machte Dr. Jörg Blattmann, Vorsitzender der Geschäftsführung der Johanniter GmbH, Berlin deutlich. In seinem Vortrag „Praxisbeispiele gemeinsamer Patientenversorgung von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten“ stellte er schwerpunktmäßig die Kooperationsbemühungen eines Krankenhauses mit Grundversorgungsauftrag in Bad Belzig vor. Das 160-Betten-Haus mit 227 Vollzeitkräften liegt im strukturschwachen Landkreis Potsdam-Brandenburg mit einer Einwohnerdichte von 80 Einwohnern pro Quadratkilometer und geringer Attraktivität für Mediziner. Derzeit bestehen Vertragsbeziehungen zwischen dem Johanniter-Krankenhaus, einer MVZ-Tochtergesellschaft sowie dem KVRegioMed-Zentrum, einer Eigeneinrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg. Letztere ist hervorgegangen aus einem IV-Vertrag des Johanniter-Krankenhauses mit sechs niedergelassenen Praxen und dem MVZ, welcher jedoch laut Blattmann aufgrund personenbezogener Schwierigkeiten abgeschaltet worden sei. Er betonte, dass man in Bad Belzig versuche, alle Formen der Zusammenarbeit zwischen dem Krankenhaus und Ärzten mit unterschiedlichster Kooperationsintensität vom Einweiser über den Konsiliararzt und dem angestellten Arzt nach Vertragsarztänderungsgesetz bis hin zum Belegarzt auszuschöpfen, um die Patientenversorgung sicherstellen zu können. Jedoch wäre es aufgrund von persönlichen Vorbehalten der Beteiligten nicht möglich ein strategisches System aufzubauen. Dies sei unter anderem durch den etwa eine Autostunde von Berlin entfernten Standort bedingt, der einerseits für die Mediziner zu einer der Hauptstadt vergleichbaren Vergütungsstruktur führe und andererseits eine hohe Fluktuation bedinge. Mit Nachdruck machte Blattmann deutlich, dass in der Praxis juristische Probleme vor allem dann nachrangig sind, wenn es um die wirtschaftliche Existenz der Leistungserbringer geht. Insofern bezeichnete er die vorgestellten Kooperationsformen in Bad Belzig, in der die Sicherstellung der Patientenversorgung durch aufwändige Akquise von Medizinerinnen und ständige Bleibeverhandlungen mit diesen gekennzeichnet ist, als eine aus der Not heraus geborene Schicksalsgemeinschaft.

Kooperationen im Anstellungsverhältnis bieten mehr Rechtssicherheit als Zusammenarbeit auf Honorarbasis

Die daraus abzuleitende Einschätzung Blattmanns, dass dem hinlänglich bekannten Ärztemangel im System nur mittels sektorenübergreifender Lösungen und mehr Flexibilität zu begegnen ist, griff Rechtsanwalt Thorsten Ganse, Referatsleiter Rechts-, Vertrags- und Personalwesen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen auf. Sein Vortrag „Hinzuziehung von niedergelassenen Ärzten bei der Erbringung von Haupt- und Nebenleistungen im Krankenhaus – Auswirkungen auf den Vergütungsanspruch des Krankenhauses“ nahm die rechtlichen Rahmenvorgaben für Kooperationen unter die Lupe. Aus den nach seiner Ansicht entscheidenden Normen § 20 Absatz 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, § 8 Absatz 1 Satz 1 Krankenhausgestaltungsgesetz Nordrhein-Westfalen und § 2 Absatz 2 Krankenhausentgeltgesetz leitete er die rechtliche Zulässigkeit einer Einbeziehung von niedergelassenen Ärzten bei der Erbringung von Krankenhausleistungen ab. Diese erführe jedoch eine Begrenzung durch berufs-, ordnungs- und wettbewerbsrechtliche Verstöße sowie Überschreitung der Versorgungsaufträge. In der

Praxis würde jedoch, so Ganse, die Einbeziehung oftmals auf Nebenleistungen beschränkt, was durch das nicht rechtskräftige Urteil des LSG Sachsen vom 30. April 2008 (L 1 KR 103/07) bedingt sei. Dieses bezeichne eine Einbindung von niedergelassenen Ärzten bei Hauptleistungen im Rahmen des ambulanten Operierens nach § 115 b SGB V als nicht zulässig. Darauf beziehend würden in NRW „die Krankenhäuser von den Krankenkassen in den Budgetverhandlungen zu Offenlegung der Kooperationsverträge aufgefordert und Leistungen von Honorarärzten streitig gestellt“. Neben dieser budgetrechtlichen Dimension seien laut Ganse auch wettbewerbs- und strafrechtliche Problemstellungen an Kooperationen mit Honorarärzten geknüpft, die er im Einzelnen benannte. Jedoch könne insgesamt gelten, dass die Einbindung von Vertragsärzten im stationären Bereich bei vollstationären Leistungen seines Erachtens grundsätzlich möglich und bei vor- und/oder nachstationären Leistungen bedingt (im Einzelfall) möglich ist. Detaillierte Auseinandersetzungen präsentierte Ganse des Weiteren zum Belegarztverhältnis nach § 121 SGB V i. V. m. § 18 KHEntgG, zu Kooperationen mit Honorarärzten bei § 115 b SGB V, zu Kooperationen bei § 116 b SGB V sowie zur „Zuweisertematik“ und zur Scheinselbständigkeit. Seine umfassenden Betrachtungen ließen ihn zu dem Fazit kommen, dass Kooperationen im Rahmen des Versorgungsauftrages im Honorar- und Anstellungsverhältnis erfolgen können, aber Kooperationen im Rahmen der Anstellung derzeit „weniger streitbehaftet“ und „rechtssicherer“ seien als Honorarverträge. Dies gelte insbesondere im Hinblick auf mögliche Prüfungen durch die Deutsche Rentenversicherungsanstalt aufgrund der Scheinselbständigkeitsproblematik sowie bezüglich budgetrechtlicher Auseinandersetzungen und - bspw. im Bereich § 115 b SGB V - sozialrechtlicher Streitigkeiten.

Drei Säulen sollen Gesundheitssystems der Zukunft tragen

Zusätzlichen Praxisbezug lieferte Bernd Beyrle, Fachbereichsleiter Stationäre Versorgung der Techniker Krankenkasse, Hamburg der Fachkonferenz durch seinen Vortrag „Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten aus Sicht der Krankenkassen“. Seitens der Techniker Krankenkasse sei hierbei die Kernfrage „Warum soll ein Krankenhausarzt nicht ambulant tätig sein und eine niedergelassener Arzt nicht für ein Krankenhaus Leistungen im Rahmen des Versorgungsauftrags erbringen dürfen?“. Mit Blick auf den politischen Willen, der seit 1993 den Trend einer verstärkten Öffnung der Krankenhäuser und eine Einbindung der niedergelassenen Ärzte aufweise, stellte Beyrle Forderungen auf, die das Versorgungsstrukturgesetz in Bezug auf die ambulante spezialärztliche Versorgung berücksichtigen müsse. Als solche nannte er die Sicherstellung fairer Wettbewerbsbedingungen für Leistungserbringer, einen Konfliktmechanismus für gesetzlich vorgegebene Kooperationsvereinbarungen, die Befristung des "freien Marktzugangs" auf die Einführungsphase, die Begrenzung der Zeitschiene für die Entwicklung eines "spezialärztlichen Vergütungssystems", die Aufnahme der spezialärztlichen Leistungen in den Katalog nach § 275 SGB V von durch den MDK zu überprüfenden Leistungen und die Öffnung für selektivvertragliche Regelungen. Unter Hinzuziehung der Ergebnisse von TK-Versichertenbefragungen zu den Patientenerwartungen hinsichtlich des Wettbewerbs im Gesundheitssystem, der Effizienz von Krankenhäusern und der Beurteilung von Ärztehäusern bzw. Polikliniken mahnte Beyrle vor der Gefahr, das System nicht im Sinne des Patienten zu bauen und diesen in die Rolle eines Bittstellers zu drängen. Indem Beyrle Vor- und Nachteile des sich verändernden Systems aus Sicht der Krankenhäuser, aus Sicht der Patienten und in Bezug auf das Arzt-Patienten-Verhältnis gegeneinander stellte, verdeutlichte er, dass seiner Meinung nach eine rein finanzielle

Betrachtung der Einbeziehung von Honorarärzten in Krankenhäusern nicht ausreiche. Als seine aus den Vorbetrachtungen abzuleitende Vision stellte Beyrle ein Gesundheitssystem vor, dass statt allein auf den klassischen zwei Säulen ambulante und stationäre Versorgung aufzubauen durch eine dritte Säule gestützt würde. Letztere müsse auf einer krankenhause-nahen, ambulant / stationären, fachärztlichen Versorgung durch Niedergelassene, MVZ, Praxiskliniken und Krankenhäuser basieren. Mit einem Aufbrechen von Grenzen der klassischen Sektoren ließe sich langfristig eine wohnortnahe Patientenversorgung sicherstellen. Allerdings seien dazu andere Standards bei der Bedarfsplanung und Zulassungsorganisation, sowie ein sektoreenneutrales Selektivbudget aus dem ambulante und stationäre Leistungen erbracht werden können, nötig. Andernfalls seien die akuten Probleme allein wegen der geringen Zahl von Ärzten nicht zu bewältigen. Externe Faktoren wie den politischen Willen insbesondere hinsichtlich der Änderungsanträge zu § 116 b SGB V, den demografischen Wandel, sowie den pharmakologischen und medizinischen Fortschritt antizipierend, möchte Beyrle den Krankenhäusern zukünftig eine Schlüsselfunktion zuweisen. Demnach sollten sie als Leistungsmanager bestimmter Krankheitsbilder fungieren, Behandlungsverläufe individuell einstufen und Leistungen delegieren. Zudem könnten sie zum Wegbereiter für Innovationen werden, indem sie mit ihren Kooperationsärzten zur Schnittstelle zwischen Forschung und Regelversorgung werden. Als Voraussetzung für das Funktionieren dieser Vision, sei jedoch eine Win-Win-Situation für alle Beteiligten maßgeblich.

Änderungsantrag zu § 20 Absatz 1 Satz 1 Ärzte-ZV flexibilisiert Honorararzt-tätigkeit

Weniger visionär, dafür aber mit hilfreichen Erläuterungen für die Handhabung gesetzlicher Vorgaben gespickt, trug Dr. Peter Wigge, Fachanwalt für Medizinrecht, zum Thema „Vertragsärztlicher Versorgungsauftrag und Kompatibilitätsvorgaben unter Berücksichtigung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes“ vor. Nachdem die Problematik der Einbeziehung von Honorarärzten bei der Erbringung von Krankenhausleistungen von Thorsten Ganse zuvor schon ausführlich aus Sicht der Krankenhäuser geschildert worden war, konnte sich Wigge auf Klarstellungen zum Beschäftigungsmodell der Honorarärzte in Krankenhäusern beschränken. Diese sei maßgeblich durch die in § 20 Abs. 2 Ärzte ZV ausgeschlossene Interessenkollision von ambulanter und stationärer Behandlung grundsätzlich möglich. Jedoch würde die Rechtsprechung diesbezüglich sehr restriktiv vorgehen und zudem eine in Bezug auf § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV teils absurde Rechtsauffassung des Begriffs „Beschäftigungsverhältnis“ vorherrschen. Im Ergebnis seien Honorarrückforderungen seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen die Folge. Ausschlaggebend dafür seien insbesondere Fragestellungen zum zeitlichen Umfang der Beschäftigung von Honorar- und Konsiliarärzten im Krankenhaus. Diese würden aus dem Urteil des BSG vom 13.10.2010 (Az.:B & KA 40/09 R) resultieren, welches die Erfüllung des Versorgungsauftrages durch wöchentlich 20 Stunden in Form von Sprechstunden als nicht gegeben ansieht. Nach Ansicht des BSG müsse ein Aufschlag von 30 bis 50 Prozent für notwendige Begleitleistungen dazu addiert werden, sodass für den vollen Versorgungsauftrag 26 bis 30 Stunden pro Woche zu ermitteln seien. Daraus lasse sich nach Wigge eine Einschränkung der Kooperation mit freiberuflichen Ärzten ableiten. Dies würde seines Erachtens durch Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes hinsichtlich § 20 Absatz 1 Satz 1 Ärzte-ZV eine Änderung erfahren, da die Gesetzgebung eine Flexibilisierung der vertragsärztlichen Berufsausübung vorsehe. Künftig wäre dadurch eine Nebenbeschäftigung auch bei Überschreiten der aktuell von der Rechtsprechung entwickelten Zeitgrenzen mög-

lich, solange der Vertragsarzt in der Lage sei, den Patienten in einem dem Versorgungsauftrag entsprechendem Umfang zur Verfügung zu stehen und Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten.

Teilanstellung niedergelassener Ärzte löst Problem der Scheinselbständigkeit

Mit seinen Anmerkungen zum Thema Scheinselbständigkeit warf Wigge seiner Kollegin Prof. Dr. Ute Walter, Fachanwältin für Medizinrecht, Rechtsanwältin Wigge, und Professorin der Universität Regensburg, den Ball zu. In ihrem Vortrag „Vertragsgestaltung bei Honorararzt- und Konsiliararztverträgen – Vorgaben für die Vergütung, arbeits- und sozialversicherungsrechtliche Ausgestaltung“ verwies sie hierzu auf Stolpersteine in der Vertragsgestaltung und zeigte konkrete Wege auf, wie diese umgangen werden können. Nach einer definitorischen Abgrenzung von Konsiliararzt, Honorarvertretungsarzt und Honorarkooperationsarzt nannte sie Richtlinien nach denen die Vergütung von Honorarkooperationsärzten erfolgen könne. Ausgehend von der Frage „Wer liquidiert?“ stellte sie als Möglichkeiten den „Totalen Krankenhausaufnahmevertrag“ mit einer grundsätzlichen freien Vergütungsvereinbarung und den „Totalen Krankenhausaufnahmevertrag mit Arztzusatzvertrag“, der mit eventuellen Wahlleistungsvereinbarungen mit dem Honorararzt einhergeht, vor. In einem Exkurs erläuterte Walter die aktuellen rechtlichen Herausforderungen einer haltbaren Wahlleistungsvereinbarung (i.S. des § 17 Abs. 3 KHEntgG) mit einem Honorarkooperationsarzt. Als ihr besonderes Anliegen betonte Walter, eine Lanze für die Teilanstellung niedergelassener Ärzte brechen zu wollen. Es sei ihr bekannt, dass es vielen Ärzten darum gehe eine Teilanstellung zu vermeiden. Sie sehe darin aber den Vorteil, die Problematik einer Scheinselbständigkeit lösen zu können. Der Nachweis für Selbständig- und Freiberuflichkeit hinsichtlich der Indizien „Keine Eingliederung in fremde Organisationsstruktur“, „Weisungsunabhängigkeit“ und „Tätigkeit für mehrere Auftraggeber“ sei laut Walter in der Praxis nicht immer eindeutig zu erbringen. Für den Arzt in Teilanstellung wäre dies hinfällig und es müsse stattdessen lediglich seine Sonderstellung in der Sozialversicherung berücksichtigt werden. Ihrem Ausblick zufolge wünsche sie sich die Einbeziehung von Honorarkooperationsärzten im Krankenhaus betreffend eine Klarstellung durch den Gesetzgeber, wie es bspw. durch eine Änderung des § 2 Abs. 1 KHEntgG in dem Sinne, dass auch nicht festangestellte Ärzte Krankenhausleistungen erbringen können, angedacht sei. Für den § 17 Abs. 3 KHEntgG stehe diese noch aus.

Änderungsanträge sorgen nur teilweise für Klarstellung von Konsiliar- und Honorararztverträgen

Dieser Einschätzung schlossen sich die Teilnehmer der abschließenden Podiumsdiskussion im Wesentlichen an. Die zahlreichen Fragen aus dem Publikum und die in Teilen kontroverse Diskussion zur die Gültigkeit, Auslegung und Anwendbarkeit der einzelnen relevanten Normen und entsprechenden Änderungsanträgen lässt jedoch vermuten, dass eine absolute Klarstellung auch durch das Inkrafttreten des modifizierten Versorgungsstrukturgesetz am 1. Januar 2012 nicht zu erwarten ist. Demzufolge verwies Tagungsleiter Dr. Peter Wigge in seinem Schlusswort darauf, dass es mit Aufnahme der diskutierten Änderungsanträge in die Gesetzgebung zwar zu einer Klärung kommen könne, er sich aber sicher sei, dass Krankenhausescheider auch weiterhin auf eine Rechtsberatung beim Abschluss von Konsiliar- und

Honorararztverträgen angewiesen seien. Ansonsten bliebe es abzuwarten, was die Reform der Praxis bringe und ob sie länger als zwei Jahre Bestand habe.