

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

Kammeramtsdirektor, Ärztekammer für Oberösterreich

Rechtspolitische Überlegungen zu familiengerechten Arbeitsbedingungen für niedergelassene Ärzte/Ärztinnen

1. Work-Life-Balance für niedergelassene Ärzte	112
2. Rechtliche Möglichkeiten zur Zusammenarbeit	114
3. Probleme der Vertretersuche	116
4. Einkommenssicherung	120

Wie auch in anderen (ärztlichen) Arbeitsfeldern wünschen sich auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte eine zufriedenstellende Work-Life-Balance. Den fast rund um die Uhr verfügbaren Hausarzt gibt es so nicht mehr. Dieser Beitrag soll zeigen, wo sich bei der Vereinbarkeit von familiären Kinderbetreuungspflichten und dem Betreiben einer Ordination Dissonanzen auftun, aber auch welche Lösungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen bzw. künftig umgesetzt werden könnten.

1. Work-Life-Balance für niedergelassene Ärzte/Ärztinnen

Im Sektor der niedergelassenen Ärzte/Ärztinnen gibt es zunehmend Versorgungslücken, die sich in den nächsten Jahren allen Vorhersagen nach auch noch weiter verschärfen werden. Die Gründe dafür sind vielfältig und reichen von der zwar vorhersehbaren, aber bei der Nachwuchsplanung nicht berücksichtigten Pensionierungswelle über unattraktive Kassenvertragsbedingungen bis hin zum gegenständlichen Thema. So wie in allen anderen Berufsfeldern erwarten auch Ärztinnen und Ärzte familiengerechte Arbeitsbedingungen. Die gesellschaftlichen Voraussetzungen haben sich geändert. Mittlerweile gibt es kaum noch Familien, in denen nicht beide Elternteile berufstätig sind, vor allem, wenn es sich um Personen mit qualifizierter Ausbildung handelt. Aber auch die Einstellung zur Übernahme der Verantwortung für die gemeinsamen Kinder hat sich verändert und wird zunehmend auch gemeinsam wahrgenommen.

Es ist schon schwierig, familiengerechte Arbeitsbedingungen im Rahmen von großen organisatorischen Einheiten, wie sie Krankenanstalten darstellen, herzustellen. Noch schwieriger ist es aber wohl in kleinen Betrieben, und dies vor allem dann, wenn es um die Betriebsinhaber selbst geht.

Auf Ärztinnen und Ärzte, die familiengerechte Arbeitsbedingungen suchen, kommen daher bei der Gründung und bei der Führung von Ordinationen in mehrfacher Hinsicht Probleme zu:

- **Zeitbudget:** Die Erwartung, vor denen früher oft Ordinationen gestanden sind, nämlich praktisch rund um die Uhr für die Patienten zur Verfügung stehen zu sollen, kann bei Betreuungspflichten für Kinder natürlich nicht erfüllt werden. Ärztinnen und Ärzte, die Kinder betreuen wollen, sind regelmäßig darauf angewiesen, dass die Arbeitszeit klar definierte Grenzen hat.
- **Eingeschränkte Flexibilität:** Kinderbetreuung kann zwar bis zu einem gewissen Grad ausgelagert werden. Voraussetzung dafür ist aber in der Regel Planungssicherheit. Das kollidiert oft mit den Anforderungen einer Ordination, insbesondere im hausärztlichen Bereich, wo es auf Grund von Akutfällen zum Teil nicht möglich ist, die eigenen Terminpläne einzuhalten.
- **Betreuungsprobleme:** Sofern nicht Angehörige zur Verfügung stehen, muss auf institutionelle Betreuungseinrichtungen zurückgegriffen werden, von deren Kapazitäten und Öffnungszeiten man abhängig ist.

- Betriebsrisiko: Mit der Führung einer Ordination sind oft auch langfristige Investitionen und Verbindlichkeiten verbunden. Besteht noch ein Kinderwunsch, dann ergibt sich nicht nur das Problem, wie die Ordination in den Ausfallzeiten weiter zu betreiben ist, sondern können daraus wirtschaftliche Schwierigkeiten entstehen, dass die Ordination mangels geeigneter Vertretung geschlossen werden muss und Investitionen nicht genutzt bzw. finanziert werden können.

2. Rechtliche Möglichkeiten zur Zusammenarbeit

Das Problem eingeschränkter zeitlicher Ressourcen bzw. die Notwendigkeit einer strikten Zeitplanung ist am ehesten in Teamarbeit lösbar, zumindest sofern in diesem Team die Bereitschaft besteht, sich untereinander auszu helfen.

Für die Teamarbeit von Ärzten/Ärztinnen im niedergelassenen Bereich gibt es bereits eine Reihe, auch realiter zunehmend genutzter rechtlicher Kooperationsmöglichkeiten:

Wenn es nur darum geht, mehr zeitliche Flexibilität zu erreichen, aber prinzipiell eine Vollzeitbeschäftigung möglich ist, kommt das Modell der „echten Gruppenpraxis“ in Frage. Nach diesem Modell, das in allen Bundesländern vorgesehen ist, können sich Ärzte/Ärztinnen zusammenschließen, die jede/r eine Kassenstelle besetzen, aber gemeinsam einen Kassenvertrag betreuen. Zu diesem Zweck müssen sie eine Gesellschaft gründen, wobei aus berufsrechtlicher Sicht sowohl die OG als auch die GmbH in Frage kommen. Die OG hat den Nachteil, dass alle Gesellschafter für die Schulden der Gesellschaft persönlich haften. Eine derartige persönliche Haftung ist nur im Rahmen der GmbH auszuschließen. Da die Gründung und der Betrieb der GmbH aber mit deutlich höheren Kosten verbunden ist, rechnet sie sich für eine ärztliche Gruppenpraxis je nach ausgeübtem Fach und Umsatz in der Regel nur bei mehr als zwei Gesellschaftern. Sie wird daher auch praktisch eher für große Gruppenpraxen, etwa zum Betrieb von Primärversorgungseinrichtungen, genutzt, zumal das Haftungsrisiko in Ordinationen dadurch beschränkt ist, dass Haftungsansprüche wegen Behandlungsfehlern ohnehin durch die gesetzlich vorgeschriebene Haftpflichtversicherung abgedeckt werden.

Besteht neben der größeren Flexibilität, die die Teamarbeit zeitlich erlaubt, darüber hinaus der Wunsch, keine volle Kassenstelle abzudecken und mit reduzierten Stunden arbeiten zu wollen, bieten sich derzeit ebenfalls schon eine Reihe von Möglichkeiten an. In allen Bundesländern gibt es mittlerweile Jobsharing-Gruppenpraxen, also die Möglichkeit, im Rahmen einer gemeinsamen Gesellschaft eine Kassenstelle zu betreiben und sich somit eine Kassenstelle aufzuteilen. In den meisten Bundesländern besteht darüber hinaus das Modell einer „Bruchstellenpraxis“, mit der zwischen einer und zwei Kassenstellen abgedeckt werden. Wird eine solche durch zwei Ärzte/Ärztinnen versorgt, besteht für diese die Möglichkeit, dass entweder ein Arzt/eine Ärztin Voll- und der/die andere Arzt/Ärztin Teilzeit arbeitet oder dass sich beide Ärzte/Ärztinnen in einem entsprechend höheren Ausmaß die Bruchstelle teilen.

Nachteil von Jobsharing- oder Bruchstellengruppenpraxen ist allerdings, dass jedenfalls eine gemeinsame Gesellschaft gebildet werden muss, deren Gründung mit einem finanziellen Aufwand verbunden ist und die, zumindest im Falle der OG; auch zu einer gegenseitigen Haftung führt. In einigen Bundesländern gibt es daher auch die Möglichkeit, ohne Vergesellschaftung eine Kassenstelle zu teilen und Teilkassenverträge abzuschließen. In diesen Fällen entsteht die Teamarbeit in der Regel dadurch, dass sich die betreffenden Ärztinnen/Ärzte zwar nicht in einer Gruppenpraxis, sondern im Rahmen einer Gemeinschaftsordination aushelfen und die Ordinationskosten teilen. Gerade nach der Fusionierung der Gebietskrankenkassen zur ÖGK wäre dringend zu fordern und zu erwarten, dass diese Möglichkeit in allen Bundesländern eröffnet und damit eine weitere Variante zum gemeinsamen Betrieb einer Kassenordination angeboten wird.

Natürlich kommt aber auch in echten Gruppenpraxen, mit denen mehrere Kassenstellen versorgt werden, eine Teilzeitbeschäftigung in Frage, wenn und indem die Zahl der Gesellschafter die Anzahl der zu versorgenden Kassenstellen überschreitet. Bei Primärversorgungseinheiten scheint das mittlerweile auch ein bewährter und in der Praxis regelmäßig genutzter Weg zu sein.

Eine andere Möglichkeit der Teamarbeit besteht darin, einen zusätzlichen Arzt/eine zusätzliche Ärztin in die Ordination entweder als Erweiterten Vertreter oder als Angestellten aufzunehmen. Unter Erweiterter Vertretung werden Modelle verstanden, bei denen der/die Stelleninhaber/in und der/die Vertreter/in zumindest zeitweise gleichzeitig in der Ordination tätig sind und auf diesem Weg mehr Patienten/Patientinnen versorgen können als in einer regulären Kassenstellenordination. Echte Vertretungen sind solche, bei denen der Vertreter bzw. die Vertreterin tatsächlich nur im Vertretungsfall, also bei Abwesenheit des/der Ordinationsinhabers/in, tätig wird. Schließlich besteht seit 2019 auch die Möglichkeit, in einer Ordination Ärzte/Ärztinnen anzustellen (in einer Einzelordination bis zu 40 Wochenstunden insgesamt, in einer Gruppenpraxis bis zu 80 Wochenstunden insgesamt). Sowohl die erweiterte Vertretung als auch die Anstellung eines Arztes/einer Ärztin können daher auch zur Arbeitszeitreduktion des/der Ordinationsinhabers/in genutzt werden.

Die echte Vertretung kommt dafür nicht in Frage. Sie wäre allerdings das Mittel erster Wahl, um längere Ausfälle, etwa bedingt durch Mutterschaft, zu kompensieren. Grundsätzlich wäre natürlich auch die erweiterte Vertretung oder die Anstellung dazu geeignet, längere durch Mutterschaft bedingte Ausfallzeiten zu überbrücken. In der Praxis wird dies aber in der Regel daran scheitern, dass die erweiterte Vertretung oder im Rahmen einer Anstellung beschäftigte Ärzte/Ärztinnen nicht in der Lage sein werden, ihre Arbeitszeit so auszuweiten, dass sie nicht nur die bisherige eigene Arbeitsleistung erbringen, sondern auch den Ausfall des/der Ordinationsinhabers/in wettmachen können.

3. Probleme der Vertretersuche

Wenn es nicht um die Reduktion der laufenden Arbeitszeit geht, sondern darum, langfristige Ausfälle, die durch eine Mutterschaft während der Ordination entstehen, zu bewältigen, wird dies, außer in sehr großen Gruppenpraxen, kaum vom Team abgedeckt werden können. Es wird also in der Regel immer darauf ankommen, in irgendeiner Form befristet das Team aufzustocken, also im Grunde genommen einen Vertreter bzw. eine Vertreterin zu finden, der/die für die Zeit des Ausfalls einspringt.

Da derzeit die ärztlichen Ressourcen knapp sind und niederlassungswillige Ärzte/Ärztinnen verhältnismäßig problemlos einen Kassenvertrag erhalten können, wird es allerdings immer schwieriger, eine/n langfristige/n Vertreter/in zu finden. Schon gar nicht besteht für den Fall eines Kinderwunsches Planungssicherheit, dass zum gegebenen Zeitpunkt eine entsprechende Entlastung gefunden werden kann.

Es gibt daher in verschiedenen Bundesländern Überlegungen, wie man strukturiert derartige Vertretungsmöglichkeiten zentral aufbauen kann, vor allem durch von der Ärztekammer, allenfalls mit Partnern betriebene Einrichtungen, etwa in Form einer Gesellschaft zur Bereitstellung von Vertretern. Natürlich würde auch eine derartige Gesellschaft Ärzte/Ärztinnen benötigen, die für Vertretungen zur Verfügung stehen, und es stellt sich daher die Frage, ob auf diesem Weg mehr Vertretungsärzte/-ärztinnen gewonnen werden können als ohnehin auf dem „Arbeitsmarkt“ für reguläre Vertretungen zur Verfügung stehen. Ein Potential dafür könnte darin liegen, dass vertretungsbereite Ärzte/Ärztinnen mit der Beschäftigung in einer derartigen Gesellschaft selbst eine gewisse Planungssicherheit erhalten. Darüber hinaus könnte aber angedacht werden, in solchen Gesellschaften auch Ärzte/Ärztinnen anzustellen, weil der Dienstvertrag möglicherweise ein Anreiz für jene Ärztinnen/Ärzte sein könnte, die gerne als niedergelassener Arzt/Ärztin arbeiten, aber nicht selbst eine Ordination übernehmen wollen. Solche Ärzte/Ärztinnen gibt es. Diese übernehmen derzeit beispielsweise Funktionen als Schul- oder Betriebsärzte/-ärztinnen, obwohl ein Teil von ihnen zweifellos auch an einer kurativen Tätigkeit Interesse hätte.

Eine Beschäftigung mit freiem Dienstvertrag im Rahmen einer von der Ärztekammer betriebenen „Vertreter-Gesellschaft“ käme nach § 47a Abs. 4 ÄrzteG in Frage. Diese Bestimmung wurde eingeführt, um explizit klarzustellen, dass Vertreter/innen von Ordinationsstätteninhabern/-inhaberinnen sowohl bei regelmäßiger als auch bei fallweiser Vertretung eine freiberufliche ärztliche Tätigkeit ausüben.

Eine solche liegt dann vor, wenn Vertretung und der/die zu vertretende Arzt/Ärztin nicht überwiegend gleichzeitig in der Ordinationsstätte oder Gruppenpraxis ärztlich tätig sind, was in den Fällen der Vertretung während einer Mutterschaft und anschließender Betreuung des Kleinkindes nicht der Fall wäre. Nach dem Zweck dieser Bestimmung kommt es auch nicht darauf an, zu wem der Vertreter/die Vertreterin ein Rechtsverhältnis hat, sodass es wohl denkbar wäre, auch im Rahmen einer von der Ärztekammer gegründeten Gesellschaft freie Dienstverträge mit Ärzten/Ärztinnen abzuschließen, die bereit sind, in Ordinationen als Vertreter/Vertreterin tätig zu werden. Da eine derartige „Vertreter-Gesellschaft“ nicht selbst ärztliche Leistungen erbringen würde, bestehen keine krankenanstaltenrechtlichen Bedenken, also vor allem keine Notwendigkeit, für den Geschäftsbetrieb um eine krankenanstaltenrechtliche Errichtungs- und Betriebsbewilligung anzuschreiben. Vielmehr würde es sich bei einer solchen Gesellschaft wohl je nach Ausgestaltung um ein Personalleasing oder Arbeitsvermittlung handeln. Voraussetzung dafür, dass eine derartige Tätigkeit unter die Gewerbeordnung fällt und die dort vorgesehenen Voraussetzungen erfüllen muss, ist allerdings, dass das Unternehmen eine Gewinnabsicht verfolgt. Handelt es sich hingegen um eine gemeinnützige Einrichtung der Ärztekammer (allenfalls gemeinsam mit anderen Partnern) würde das Erfordernis einer Gewerbeberechtigung wegfallen. Zu berücksichtigen wären lediglich die Bestimmungen des Arbeitskräfteüberlassungsgesetzes, die der Betriebsinhaber/die Betriebsinhaberin zu berücksichtigen hätte.

Auch aus berufsrechtlicher Sicht wäre eine derartige Vorgangsweise zulässig. Einschränkende Regelungen zur Arbeitskräfteüberlassung finden sich im Berufsrecht der Gesundheitsberufe zwar bei der diplomierten Krankenpflege (§ 35 Abs. 2 GuKG), bei den medizinisch-technischen Diensten (§ 7 MTD-G) oder bei den medizinischen Assistenzberufen (§ 18 Abs. 2 Z 1 MABG). Ähnliche Einschränkungen kennt das Ärztegesetz nicht, weshalb die Arbeitskräfteüberlassung grundsätzlich zulässig und nur an die Bedingung geknüpft ist, dass Ärzte/Ärztinnen nur an Beschäftigte überlassen werden dürfen, die ihrerseits prinzipiell berechtigt wären, Ärzte/Ärztinnen anzustellen, weil sie in einer entsprechenden, gesetzlich zugelassenen Betriebsform tätig werden, also etwa eine Ordination betreiben.¹

Wenn die über die „Vertreter-Gesellschaft“ vermittelten Ärzte/Ärztinnen in Vertretung eines Kassenarztes/einer Kassenärztin tätig werden, ergeben sich keine besonderen kassenvertragsrechtlichen Probleme. Nach den jeweiligen Gesamtverträgen zwischen den Ärztekammern und den Krankenversicherungsträgern ist vorgesehen, dass bei längerfristigen Vertretungen die jeweilige Ärztekammer und der Versicherungsträger im Einvernehmen Einspruch gegen den Vertreter/die Ver-

¹ Wallner, Zur Zulässigkeit des Leibarztes – wer darf Ärzte anstellen?, RdM 2018/134 (223).

treterin erheben können (z. B. § 9 Abs. 2 OÖ Gesamtvertrag). Es ist auszuschließen, dass die Kammer in ihrer eigenen Einrichtung Ärzte/Ärztinnen beschäftigt, gegen die Bedenken bestehen und an deren Vertretungstätigkeit Anstoß genommen würde. Aber auch von Seiten der Krankenversicherungsträger ist nicht zu erwarten, dass in den hier ins Auge gefassten Fallkonstellationen, nämlich insbesondere Vertretung wegen Mutterschutz bzw. Pflegeaufgaben, Einwände erhoben werden könnten.

Es gibt aber auch Überlegungen, die „Vertreter-Gesellschaft“ zu nutzen, um vakante Kassenstellen zu überbrücken, bis sich ein Bewerber/eine Bewerberin findet. Rechtlich gibt es de lege lata einige „Krücken“, um dies zu ermöglichen. Ausgeschlossen ist nach derzeitiger Rechtslage jedenfalls, dass die Gesellschaft selbst den Kassenvertrag übernimmt. Denkbar wäre aber, dass der/die als Vertreter/in eingesetzte Arzt/Ärztin provisorisch einen Kassenvertrag erhält bzw. bei einer Betreuung durch mehrere Ärzte/Ärztinnen weitere Ärzte/Ärztinnen als dessen/deren Vertreter/innen tätig werden. Diese Konstellation hat allerdings den Nachteil, dass nach herrschender Auffassung ein befristeter Einzelkassenvertrag unzulässig ist² und dass die Kassenvertragsvergabe eine Ausschreibung voraussetzt (allerdings würde von dieser Möglichkeit ohnehin nur Gebrauch gemacht werden, wenn und solange sich niemand um die jeweilige Kassenstelle bewirbt). In der Literatur wird allerdings auch argumentiert, dass eine abweichende Vertragslaufzeit dann frei regelbar sei, wenn damit nicht der Kündigungsschutz des § 343 ASVG umgangen wird, sondern diese im Interesse oder sogar auf Initiative des Vertragsarztes/der Vertragsärztin in den Vertrag aufgenommen worden ist.³ Es schiene daher tatsächlich möglich, vakante Stellen mit derartigen ausnahmsweise befristeten Kassenverträgen zu überbrücken.

De lege ferenda wäre allerdings wünschenswert, für diese Fälle, die in Zukunft tatsächlich weiterhin von Bedeutung sein werden, entsprechende Regelungen zu schaffen. Man könnte sich dabei sowohl am Berufsrecht der Rechtsanwälte/innen, als auch am Berufsrecht der Apotheker/innen orientieren. Für längerfristige Vertretungen könnte im Ärztegesetz ähnlich wie bei den Apotheken die berufsrechtliche Möglichkeit geschaffen werden, eine Ordination mit Genehmigung der Ärztekammer zu verpachten. Dies hätte für Kassenärzte/-innen, die ihre Ordination etwa wegen einer Mutterschaft länger schließen wollen, den Vorteil einer weiteren Alternative zur Vertretung. Während bei einer reinen Vertretung die Betriebsführung letztendlich am Ordinationsinhaber/an der Ordinationsinhaberin hängen bleiben würde, könnte im Rahmen einer Verpachtung die gesamte Ordinationsführung auch in wirtschaftlicher und arbeitsrechtlicher Hinsicht an einen

2 u. a. *Utudjan/Zahl* in *GmundKomm*² § 343 ASVG Rz 5.

3 *Resch*, *Atypische ärztliche Einzelverträge der Krankenversicherungsträger*, RdM 2020/279, 249, 253.

Vertreter/eine Vertreterin befristet übertragen werden. Ähnliche Regelungen bestehen im Übrigen auch für die Rechtsanwälte/innen. Die Rechtsanwaltsordnung enthält dezidierte Bestimmungen zur Substitution eines Rechtsanwaltes/einer Rechtsanwältin, der/die auf Grund einer Erkrankung oder sonstigen Abwesenheit vorübergehend an der Berufsausübung gehindert wird. § 34 RAO sieht für den Fall, dass der Rechtsanwalt/die Rechtsanwältin nicht selbst dafür Sorge tragen kann, die Bestellung eines Substituten durch die Rechtsanwaltskammer vor. Es wäre daher auch naheliegend, im Vertragspartnerrecht den Ärztekammern bzw. von ihr betriebenen Einrichtungen die Möglichkeit einzuräumen, befristet die Betreuung einer vakanten Kassenstelle mit von ihr dazu bestellten Ärzten/Ärztinnen zu übernehmen. Auf diesem Weg könnte eine Vakanz überbrückt werden, bis sich ein Arzt/eine Ärztin findet, der/die bereit ist, den Kassenvertrag zu übernehmen. Theoretisch könnte die Ärztekammer dasselbe Ergebnis auch dadurch erreichen, dass im Falle der langfristigen Nichtbesetzbarkeit einer Kassenstelle ein Antrag auf Gründung eines Ambulatoriums nach dem Krankenanstaltenrecht gestellt und für den Fall der Bewilligung die Versorgung im Rahmen dieses Ambulatoriums mit in der „Vertreter-Gesellschaft“ beschäftigten Ärzten/Ärztinnen sichergestellt wird. Abgesehen davon, dass dieser Weg administrativ aufwendig und langwierig ist, widerspricht er aber völlig dem Ziel, die extramurale Versorgung durch niedergelassene freiberufliche Ärzte/Ärztinnen sicherzustellen. Die Genehmigung zur Errichtung eines Ambulatoriums kann nicht befristet erteilt werden, bzw. kann sie auch nicht entzogen werden, wenn der Bedarf wegfällt, weil niedergelassene Ärzte/Ärztinnen zur Verfügung stünden. Das Konstrukt des Ambulatoriums eignet sich daher nicht für die Überbrückung von vakanten Kassenstellen.

4. Einkommenssicherung

Auf dem beschriebenen Weg könnte jungen Ärztinnen und Ärzten die Sicherheit gegeben werden, dass sie für den Fall eines etwa familienbedingten längeren Ausfalls darauf vertrauen können, dass die Ordination weitergeführt wird. Zweifellos würde eine derartige Sicherheit die Bereitschaft von Jungärztinnen und Jungärzten deutlich erhöhen, Kassenverträge zu übernehmen. Mit den beschriebenen Maßnahmen erschiene es möglich, die Weiterführung der Ordination auch während eines längerfristigen mutterschaftsbedingten Ausfalles zu kompensieren. Was allerdings verbleibt, ist das alle Teile der Bevölkerung treffende Problem, dass der Einkommensausfall in irgendeiner Form kompensiert werden muss, um die persönlichen Lebensbedürfnisse befriedigen zu können. Freiberuflich tätige Ärzte/Ärztinnen sind bei der SVS versichert und haben Anspruch auf Kinderbetreuungsgeld. Das Kinderbetreuungsgeld nach dem KBBG ist lediglich von der Ausübung einer sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit und nicht von einem Dienstverhältnis abhängig. Für eine längerfristige Kinderbetreuung kommt aber die Variante des Kinderbetreuungsgeldes als Ersatz des Erwerbseinkommens nicht in Frage, weil dieses auf ein Jahr begrenzt ist. Für längerfristige Kinderbetreuungen steht nur das pauschale Kinderbetreuungsgeld zur Verfügung, das eine dementsprechend geringere Höhe hat. Überlegt werden könnte, allenfalls eine zusätzliche Leistung über die Wohlfahrtskassen der Ärztekammern einzuführen. Kinderbetreuungsleistungen sind zwar derzeit im Ärztegesetz in den Bestimmungen für den Wohlfahrtsfond nicht vorgesehen. Abgesehen davon, dass man die Rechtsgrundlagen entsprechend ergänzen könnte, hat sich mittlerweile die Meinung durchgesetzt, dass Kammern im eigenen Wirkungsbereich ein gesetzeseergänzendes Verordnungsrecht haben.⁴ Da es sich beim Wohlfahrtsfond fraglos um Einrichtungen im eigenen Wirkungsbereich handelt, könnten die Satzungen auch über das Ärztegesetz hinausgehend derartige Leistungen vorsehen. Das Problem an dieser Lösung ist allerdings, dass die Wohlfahrtsfonds ausschließlich aus Beiträgen der Ärzteschaft gespeist werden und daher die Ärzteschaft damit die Finanzierung gesellschaftspolitischer Anliegen übernehmen müsste.

4 U. a. *Eberhard*, Nichtterritoriale Selbstverwaltung, JRP 2007, 359.