

## Inhaltsverzeichnis

Mangels Rechtsgrundlage gibt es keine belegzahnärztliche Tätigkeit in der vertragszahnärztlichen Versorgung .....	2
Wirtschaftliche Informationspflicht über eine Behandlung in der Privatklinik des Plankrankenhauses .....	4
Kostenloser Patienten-Transport von Arztpraxis in die AOP-Klinik ist Wettbewerbsverstoß .....	5
Praxisnetze: Finanzielle Förderung durch die KV - Umsetzung des § 87b Absatz 2 und 4 SGB V .....	7
Überwachung der zahnärztlichen Behandlungsstatistik - Schutz des Vertragszahnarztes vor und in Wirtschaftlichkeitsprüfungen .....	9
Vertragliche Kooperationen von Apotheken mit Pharmaunternehmen .....	11
Leistungsbegrenzung von MVZ oder Gemeinschaftspraxis bei Jobsharing .....	13
Beschäftigungsverbote bei (angestellten) Zahnärztinnen/Ärztinnen in der Schwangerschaft.	15

MESSNER MARCUS

RECHTSANWÄLTE PARTNERSCHAFTSGESELLSCHAFT

JEAN-PIERRE-JUNGELS-STR. 6, 55126 MAINZ

TEL.: 0 61 31 - 96 05 70, FAX: 0 61 31 - 9 60 57 62

BRÜDER-GRIMM-STR. 13, 60314 FRANKFURT/MAIN

TEL.: 0 69 - 48 98 69 61-0, FAX: 0 69 - 48 98 69 61-9

INFO@MESSNER-MARCUS.DE

WWW.MESSNER-MARCUS.DE

REGISTERGERICHT KOBLENZ

REGISTER-NR.: PR 20150

## **Mangels Rechtsgrundlage gibt es keine belegzahnärztliche Tätigkeit in der vertragszahnärztlichen Versorgung**

Joachim Messner, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht

Zahnärztliche Leistungen, die im Rahmen einer belegärztlichen Behandlung von einem Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen erbracht werden, sind nicht gegenüber der KZV abrechenbar. Rechtsgrundlagen: SGB V §§ 72, 115, 121.



Das Bundessozialgericht (BSG) hatte die Frage zu entscheiden, ob belegärztlich tätige Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen, die zugleich über eine vertragszahnärztliche Zulassung verfügen, im Krankenhaus erbrachte Leistungen alternativ oder kumulativ (auch) als vertragszahnärztliche Leistungen über die KZV abrechnen können. In der Praxis taucht dieses Problem dann auf, wenn ein als Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurg niedergelassener Facharzt nur eine Vertragsarztzulassung als Zahnarzt besitzt und nicht gleichzeitig auch eine vertragsärztliche Tätigkeit als Vertragsarzt hat über die er i.d.R. die belegärztlichen Leistungen abrechnet.

Die Entscheidung des BSG stellte anhand der Rechtsgrundlage in den §§ 72, 115, 121 Sozialgesetzbuch V (SGB V) klar, dass es keine belegzahnärztliche Tätigkeit im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung geben kann. Das BSG begründet seine Auffassung damit, dass es an den rechtlichen Grundlagen einer solchen Versorgung fehlt. Das Fehlen eines speziellen Anerkennungsverfahrens im Bundesmantelvertrag Zahnärzte wertet das BSG als Indiz dafür, dass für eine belegzahnärztliche Tätigkeit ein Regelungsbereich nicht besteht. Mit der Regelung in § 2 Abs. 2b Ersatzkassenvertrag Zahnärzte, in der die stationäre vertragszahnärztliche Behandlung gem. § 115 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V als Bestandteil der zahnärztlichen Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bezeichnet wird, wird lediglich formal eine gesetzliche Regelung nachvollzogen, der es nach Auffassung des BSG an einem tatsächlichen Substrat fehlt. Dies soll entsprechend für die Bezugnahme auf § 25

[www.messner-marcus.de](http://www.messner-marcus.de)

Bundemantelvertrag Zahnärzte auf die stationäre vertragszahnärztliche Behandlung gem. § 368 G Abs. 6 RVO gelten.

Konsequenzen für die Praxis:

Letztlich sind Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen darauf hinzuweisen, dass sie auf Grundlage ihrer vertragsärztlichen Zulassung und dem darauf basierenden Belegarztvertrag in der Lage und berechtigt sind alle erforderlichen Maßnahmen als belegärztliche Leistung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringen und gegenüber der KZV abzurechnen. Eine zusätzliche oder alternative Abrechnungsmöglichkeit hinsichtlich der Gesamtheit der bei diesen Behandlungen erforderlichen zahnärztlichen Leistungen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung ist weder sachlich erforderlich noch vom Gesetzgeber vorgesehen.

Quelle: *BSG Urteil v. 12.12.2012, Az. B 6 KA 15/12 R; Gesundheitsrecht 2013, S. 284 ff.*

## **Wirtschaftliche Informationspflicht über eine Behandlung in der Privatklinik des Plankrankenhauses**

Joachim Messner, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht

Der Patient, der ein Krankenhaus besucht in dem – ohne dass er es weiß – unter einem Dach eine Privatklinik und ein Plankrankenhaus betrieben werden, ist von dem Krankenhaus wirtschaftlich darüber aufzuklären, dass der private Krankenversicherer die Behandlungskosten in der Privatklinik nur in der Höhe übernimmt, wie sie im Plankrankenhaus angefallen wären (BGH, Beschluss vom 21.04.2011, Az. III ZR 114/10). Diese Verpflichtung trifft den Krankenhausträger insbesondere dann, wenn er Anhaltspunkte dafür hat, dass der Patient bei der Kostenerstattung durch den privaten Krankenversicherer Probleme bekommen wird und die private Krankenversicherung möglicherweise einen Teil der Kosten nicht erstatten wird.



Der Krankenhausträger hat die Pflicht den Patienten auch über die Kosten der stationären Behandlung aufzuklären. Verstößt der Krankenhausträger gegen diese Pflicht zur wirtschaftlichen Aufklärung, führt diese Pflichtverletzung zu einem Schadenersatzanspruch des Patienten gegenüber dem Krankenhaus. Bei der Pflicht zur wirtschaftlichen Aufklärung handelt es sich um eine Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag. Diese Pflicht soll den Patienten vor finanziellen Überraschungen schützen. Es gehört zu den Pflichten jedes Leistungserbringers, dass er den Patienten vor unnötigen Kosten und unverhältnismäßigen finanziellen Belastungen bewahren muss. Diese Pflicht trifft das Krankenhaus umso mehr, als es über bessere Kenntnisse und ein besseres Wissen hinsichtlich der Kostenerstattung verfügt. Dieses liegt dann vor, wenn das Krankenhaus positive Kenntnis von der Unsicherheit der Kostenübernahme durch den Krankenversicherer hat oder wenn sich aus den Umständen zumindest hinreichende Anhaltspunkte dafür ergeben, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten nicht gesichert ist.

Quelle: *OLG Stuttgart, Urteil v. 08.01.2013, Az. 1 U 87/12; GesR 2013 S. 311 ff.*

## **Kostenloser Patienten-Transport von Arztpraxis in die AOP-Klinik ist Wettbewerbsverstoß**

Henriette Marcus, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht



Bietet ein Augenarzt seinen Patienten für ambulante Operationen (AOP) einen kostenfreien Transport-Service von der Arztpraxis in die entfernter gelegene AOP-Klinik und nach durchgeführter Operation zur Wohnung des Patienten an, stellt dies einen Wettbewerbsverstoß nach § 7 Abs.1 Nr.1 HWG dar. Es handelt sich bei diesem Service weder um eine geringfügige Kleinigkeit, noch um eine übliche Gepflogenheit von Arztpraxen, so das Oberlandesgericht Düsseldorf in seinem Urteil vom 04.12.2012, Az. I-20 U 46/12, 20 U 46/12.

Das Gericht gab der Antragstellerin in dem Verfahren, das eine konkurrierende Augenarztpraxis vor Ort betrieb, Recht und bewertete das patientenfreundliche Service-Angebot der Augenarztpraxis als unlautere geschäftliche Handlung. Der kostenfreie Fahrservice sei keine zulässige, allgemeine Firmen- oder Imagewerbung der anbietenden Arztpraxis, sondern beziehe sich als produktbezogene Absatzwerbung auf konkrete Verfahren und Behandlungen, was sich nach dem Gesamterscheinungsbild der Werbung beurteilt.

Das OLG Düsseldorf stellte fest, dass Patienten durch die Werbung mit dem Transport-Service unsachgemäße fremde Erwägungen für seine Entscheidung, wo er die Augenoperation durchführen lasse, zu tragen kommen, da der Patient An- und Abreise zur Klinik nicht selbst organisieren und bezahlen müsse. Zudem werde die Entscheidung des Patienten, durch welchen Arzt er sich operieren lasse, durch das Angebot „produktbezogen“ gesteuert, da die Frage der Transportkosten zur und von der Klinik kein sachgerechtes Kriterium zur Auswahl eines operierenden Arztes darstelle. Die Ersparnis von Taxikosten für die Patienten sei zudem keine „geringwertige Kleinigkeit“ im Sinne des § 7 Abs.1 Nr.1 HWG, da kein Fall von Geringwertigkeit vorliege, so dass eine unsachliche Beeinflussung nicht ausgeschlossen werden kann.

Quelle: OLG Düsseldorf, Urteil vom 04.12.2012, Az. I-20 U 46/12, 20 U 46/12

## **Praxisnetze: Finanzielle Förderung durch die KV - Umsetzung des § 87b Absatz 2 und 4 SGB V**

Henriette Marcus, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht



Seit dem Versorgungsstrukturgesetz vom 01.01.2012 (GKV-VStG) sieht das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung in § 87b Abs.2 und 4 SGB V vor, dass gesonderte Vergütungsregelungen für vernetzte vertragsärztliche Praxen (Praxisnetze) mit eigenem Honorarvolumen nach § 87a Absatz 3 vorgesehen werden können, soweit dies einer Verbesserung der ambulanten Versorgung dient und das Praxisnetz von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt wird. Hierfür hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) nun die Kriterien und Qualitätsanforderungen für die Anerkennung besonders förderungswürdiger Praxisnetze als Rahmenvorgabe für Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere zu Versorgungszielen, im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt.

Nach der Rahmenvorgabe der KBV, in Kraft seit 01.05.2013, werden „Praxisnetze“ in § 1 definiert als „Zusammenschlüsse von Vertragsärzten verschiedener Fachrichtungen sowie Psychotherapeuten zur interdisziplinären, kooperativen, wohnortnahen ambulanten medizinischen Versorgung unter Berücksichtigung der lokalen sozio-demographischen Situation“. Ziel solcher Kooperationen muss es sein, „die Qualität sowie die Effizienz und Effektivität der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen einer intensivierten fachlichen Zusammenarbeit zu steigern“. Die Kooperation innerhalb von Praxisnetzen hat dabei unter Beachtung geltender berufs- und sozialrechtlicher Bestimmungen, insbesondere der freien Wahl des Arztes bzw. anderer Gesundheitsberufe zu erfolgen. Praxisnetze gelten nach der Rahmenvorgabe dann als finanziell „besonders förderungswürdig“, wenn sie gemäß § 3 der Rahmenvorgabe definierte Strukturvorgaben nachweisen und gemäß § 4 der Rahmenvorgabe besondere Versorgungsziele und Kriterien erfüllen können. Dabei sind die Anforderungen durch die Praxisnetze alle 5 Jahre gegenüber der KV unaufgefordert neu nachzuweisen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen

[www.messner-marcus.de](http://www.messner-marcus.de)

haben Meldestellen zur Registrierung der Praxisnetze einzuführen, Praxisnetznummern (PNR) zu vergeben, die Anerkennung von Praxisnetzen zu veröffentlichen und diesen Strukturdaten zur Verfügung zu stellen; die Praxisnetze haben jährliche Versorgungsberichte an die für sie zuständige KV zu senden.

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) hat auf Basis dieser Rahmenvorgabe bereits eine eigene Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Absatz 4 SGB V ab 01.07.2013 beschlossen. Danach entscheidet der Vorstand der KVSH über die Anerkennungsanträge der Praxisnetze im KV-Bereich mittels schriftlichen Bescheid, ob und für welche Stufe (Basis-Stufe, Stufe I, Stufe II) das antragstellende Netz anerkannt wird und veröffentlicht die Anerkennung auf der Internetseite der KVSH. Wie die KVSH anerkannte Praxisnetze dann wirtschaftlich fördert, regelt ihr Statut zur Erfüllung von Gemeinschaftsaufgaben. Über die zweckgerechte Verwendung der Fördergelder haben Praxisnetze sodann einen Verwendungsnachweis bei der KVSH einzureichen.

Quelle: *„Rahmenvorgabe der für die Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V - Versorgungsziele, Kriterien, Qualitätsanforderungen zur Anerkennung von Praxisnetzen der KBV im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband, in Kraft seit 01.05.2013 – [www.kbv.de](http://www.kbv.de);*

*Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein zur Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Absatz 4 SGB V in Kraft seit 01.07.2013 – [www.kvsh.de](http://www.kvsh.de).*



## Überwachung der zahnärztlichen Behandlungsstatistik - Schutz des Vertragszahnarztes vor und in Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Henriette Marcus, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht



Im Zusammenhang mit Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden immer wieder Honorarkürzungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise zulasten der behandelnden Vertragszahnärzte festgesetzt und auch gerichtlich bestätigt (wir berichteten im Newsletter-Beitrag Juli 2013 zum Urteil des SG Marburg vom 21.11.2012, Az. S 12 KA 8/12).

Neben der Frage, ob eine ordnungsgemäße Dokumentation vorliegt, so dass von der tatsächlichen Durchführung der abgerechneten Behandlung auszugehen und kein weiterer Anlass zu Zweifeln gegeben ist, wird auch die sog. „wirtschaftliche Auffälligkeit“ nach § 106 SGB V geprüft. Sie kann zur Festsetzung von Honorarkürzungen durch den Prüfungsausschuss führen, wenn die eigene Behandlungsstatistik im Verhältnis zum statistischen Durchschnitt auffällig abweicht; die statistische Vergleichsprüfung kommt häufig zur Anwendung.

Folgende Abweichungen in der eigenen Leistungsstatistik können zu weiteren Nachprüfungen bei Vertragszahnärzten durch Einzelfallprüfungen führen:

Art der Leistung	Folge bei Unterschreiten der Statistik	Statistischer Regelfall; Verhältnis	Folge bei Überschreiten der Statistik
Extraktionen	irrelevant	einfach : kompliziert Verhältnis 2:1	Vermutung, dass bewusst falsch als „kompliziert“ abgerechnet wird

Füllungen (im Verhältnis zu Extraktionen)	Vermutung, dass zu schnell extrahiert und ersetzt wird	Füllungen : Extraktionen Verhältnis 4:1	Vermutung, dass zu lange abgewartet wird obwohl extrahiert werden müsste
Füllungen (im Verhältnis zu pulpane Karies)	Vermutung, dass die pulpa zu wenig erhalten wird	Füllungen : pulpane Karies Verhältnis 4:1	Vermutung, dass in vielen Fällen gar keine cp vorliegt
Füllungen (im Verhältnis zu Kronen)	Vermutung, dass teure Kronenbehandlung statt günstigerer Füllungen erfolgt	Füllungen : Kronen Verhältnis 7:1	Vermutung, dass wiederholt schlechte Füllungen eingebracht werden

Nur wenn die weitere Prüfung des Einzelfalls aus der Dokumentation nicht erkennen lässt, warum eine Abweichung medizinisch notwendig war und die statistische Abweichung zahnmedizinisch plausibel macht, wird eine Unwirtschaftlichkeit festgestellt. Hiergegen ist dann im Rahmen des Prüfverfahrens weiter inhaltlich anhand der Art und Dokumentation des Einzelfalls, der Praxisbesonderheit oder Einsparungen schriftlich und im Rahmen der Verhandlung mündlich beim Prüfungsausschuss, nach Widerspruch anschließend beim Beschwerdeausschuss, vorzutragen.

## Vertragliche Kooperationen von Apotheken mit Pharmaunternehmen

Milana Sönnichsen, Rechtsanwältin

Die vertragliche Verpflichtung eines Pharma-Unternehmens zur Belieferung von Apotheken zum Herstellerabgabepreis und im Gegenzug die Verpflichtung der vertraglich teilnehmenden Apotheker zur bevorzugten Berücksichtigung der verschreibungspflichtigen Arzneimittel des kooperierenden Pharmaunternehmens im Rahmen der Wahlfreiheit des Apothekers („aut idem-Substitution“) verstößt generell gegen § 10 ApoG und ist wettbewerbswidrig i.S.d. § 4 Nr. 1 UWG, so kürzlich das Landgericht Berlin.



Im vorgenannten Fall ging es um die Kooperation zwischen Pharmaindustrie und Apotheken, die im Rahmen eines sog. Partnerprogramms die vorerwähnten wechselseitigen Verpflichtungen vereinbarten. Vergleichbare Kooperationsmodelle der Pharmaunternehmen sind inzwischen nicht selten in der Praxis vorzufinden und ergeben sich als Konsequenz der zunehmenden Effektivierung der Rabattverträge gemäß § 130a Abs. 8 SGB V. Das Gericht stellte fest, dass allein durch das Angebot einer direkten Belieferung der Apotheker zum Herstellerabgabepreis das Pharmaunternehmen nicht gegen das Zuwendungsverbot aus § 7 Heilmittelwerbegesetz verstößt. § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 2a HWG macht es dem Pharmaunternehmen möglich, den Apotheker mit seinen Arzneimitteln zum Herstellerabgabepreis zu beliefern, solange Ärzte als weitere Leistungserbringer nicht in das Gesamtkonzept der Kooperation eingebunden sind und Ihnen keine Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln gewährt werden.

Jedoch verstößt das vorgenannte Kooperationsmodell der Apotheke mit der Pharmaindustrie gegen § 10 ApoG. Danach darf sich ein Apotheker nicht verpflichten, bestimmte Arzneimittel bevorzugt abzugeben. Genau dies stellt jedoch die Verpflichtung zur bevorzugten Abgabe der Arzneimittel des Pharmaunternehmens seitens des Apothekers im Rahmen der „aut-idem“-Verschreibung dar. Das Verhalten des Apothekers im vorliegenden Fall ist zudem wettbe-

[www.messner-marcus.de](http://www.messner-marcus.de)

werbswidrig, da § 10 ApoG eine Norm ist, die dazu bestimmt ist, im Interesse der Marktteilnehmer das Marktverhalten der Apotheker zu regeln. Das Gericht hat überdies festgestellt, dass das Pharmaunternehmen als Anstifter für den von den Apothekern tatsächlich begangenen Verstoß gegen die (allein Apotheker treffende) Verpflichtung aus § 10 ApoG mitverantwortlich nach § 830 Abs. 2 BGB sei.

Das Gericht präzisierte ferner die bestehende Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) zur Beteiligung an Dentallaborgesellschaften dahingehend, dass eine konkrete Verletzungshandlung, d.h. das tatsächliche Überreichen eines Arzneimittels an den Verbraucher nach dem vorgenannten Kooperationsmodell nicht verlangt wird. Der Verstoß läge bereits in der Vereinbarung zwischen der Apotheke und dem Pharmaunternehmen, die einen Fehlanreiz zum Normverstoß bietet, so das LG Berlin.

Die Entscheidung des LG Berlin ist noch nicht rechtskräftig. Aufgrund der vielschichtigen Problembereiche, die bei der Kooperation zwischen Apotheken und der Pharmaindustrie zu berücksichtigen sind, empfiehlt es sich grundsätzlich, ein solches Kooperationsmodell einer fachlichen juristischen Prüfung im Voraus zu unterziehen, damit ein rechtlich zulässiger Geschäftsrahmen gesichert wird.

Quelle: *KG (LG Berlin), Urteil vom 11.9.2012, Az.: 5 U 57/11*

## Leistungsbegrenzung von MVZ oder Gemeinschaftspraxis bei Jobsharing

Milana Sönnichsen, Rechtsanwältin

Die Leistungsbegrenzung, die ein MVZ hinnehmen muss, wenn es in einem überversorgten Planungsbereich einen Arzt zur Jobsharing-Bedingungen beschäftigt, ist auf das gesamte Abrechnungsvolumen des MVZ und nicht nur auf das Punktzahlvolumen zu beziehen, das das Fachgebiet des Jobsharers betrifft. So hat kürzlich das Bundessozialgericht entschieden.



Im vorgenannten Fall hatte ein MVZ mit den Fachgebieten Chirurgie und Innere Medizin, das in einem gesperrten Planungsbereich ansässig war, einen weiteren Chirurgen angestellt, ohne über eine gesonderte Arztstelle zu verfügen. Der Zulassungsausschuss ordnete im Rahmen des sog. Jobsharing eine Leistungsbeschränkung an, und zwar mit Gültigkeit für alle - und nicht nur die für chirurgischen – Leistungen des MVZ.

Das BSG hat in dem zitierten Urteil diese Beschränkung als zulässig bestätigt. Dies gilt für MVZ wie für fachgebietsübergreifende Gemeinschaftspraxen gleichermaßen. Als Argument führte das Gericht an, dass es unmöglich sei, auf der Grundlage der Regelungen der §§ 23c und 23d Bedarfsplanungsrichtlinie (§§ 42, 43 BedarfsplRL n.F.) ein fachgebiets- oder schwerpunktbezogenes Teilabrechnungsvolumen zu bilden. Diese Überlegung sei auch vor dem Hintergrund möglicher Abrechnungsmanipulationen gerechtfertigt. Die Berufsfreiheit der anstellenden Ärzte des MVZ aus Art. 12 Abs. 1 S. 2 GG sei nicht verletzt, da Beschäftigungsbeschränkungen durch das Jobsharing gerade nicht bewirkt würden. Auch das Gleichbehandlungsgebot gem. Art. 3 Abs. 1 GG sei nicht verletzt, da die Regelung für alle fachgebietsübergreifenden Gemeinschaftspraxen/MVZ gilt und zwar generell ohne Unterscheidung der einzelnen Fachgebiete.

[www.messner-marcus.de](http://www.messner-marcus.de)

Das Gericht ist der Meinung, dass die Vorgaben des Zulassungsrechts, solange der Gesetzgeber an Zulassungsbeschränkungen festhält (zuletzt durch Neuregelungen im GKV-Versorgungsstrukturgesetz seit 01.01.2012), verfassungsrechtlich am Ziel des Abbaus von Überversorgung und nicht am Ziel der Optimierung des Leistungsumfangs in MVZ auszurichten sind.

Quelle: *BSG, Urteil vom 21.03.2012, Az.: B 6 KA 15/11*

## **Beschäftigungsverbote bei (angestellten) Zahnärztinnen/Ärztinnen in der Schwangerschaft**

Milana Sönnichsen, Rechtsanwältin

Niedergelassene Ärzte werden immer wieder mit Konflikten mit gesundheitlichen Beschwerden und Beschäftigungsverboten von schwangeren Arbeitnehmerinnen – bei angestellten Ärztinnen – konfrontiert. Regelmäßig stellt sich dann die Frage: Wann ist ein Beschäftigungsverbot zulässig und was ist dabei zu beachten?



Für schwangere Beschäftigte (auch angestellte Ärztinnen) gilt seit 1952 das Gesetz zum Schutz der erwerbstätigen Mütter (Mutterschutzgesetz, MuSchG). Unterschieden wird nach dem Gesetz ein auf die persönliche gesundheitliche Gefährdung bezogenes „individuelles“ Beschäftigungsverbot nach § 3 Abs. 1 MuSchG und ein arbeitsplatzbezogenes „generelles“ Beschäftigungsverbot nach § 4 MuSchG. In der täglichen ärztlichen Praxis spielt ein individuelles Beschäftigungsverbot eine gewichtigere Rolle. Nicht zu verwechseln ist das Beschäftigungsverbot mit einer gewöhnlichen Arbeitsunfähigkeit der angestellten Schwangeren, bei der diese aufgrund ihres körperlichen bzw. seelischen Zustandes (auch längerfristig) krankgeschrieben wird und aufgrund dessen nicht einsatzfähig ist.

Das individuelle Beschäftigungsverbot nach § 3 Abs. 1 MuSchG wird in der Regel von dem betreuenden Gynäkologen der angestellten schwangeren Mitarbeiterin ausgesprochen. Dabei ist maßgeblich, ob durch die Fortführung der Beschäftigung die Gesundheit von Mutter oder Kind konkret gefährdet wird (z.B. durch mögliche Infektionen am Arbeitsplatz). Nicht relevant ist dabei, ob von dem Arbeitsplatz eine generelle Gefährdung ausgeht. Dies unterfällt dem Regelungsfall des generellen Beschäftigungsverbot nach § 4 MuSchG, der vom Arbeitgeber selbst auszusprechen ist. Ionisierende Strahlen, Narkosegabe, Belastung durch Stehen, Heben und Tragen oder Notarztstätigkeit durch den unvorhersehbaren Verlauf der Einsätze zählen zu solchen Gefährdungen für werdende Mutter und Kind im Sinne des § 3 Abs. 1 MuSchG.

Ein individuelles Beschäftigungsverbot kann daher in Ausnahmefällen auch durch besonderen psychischen Stress begründet sein. Der Kontakt der angestellten Ärztinnen mit Infektionserregern zählt zu den oben genannten Gefahren für Mutter und Kind auch dann, wenn Handschuhe getragen werden, da diese keinen ausreichenden Schutz darstellen, wenn die Schwangere mit schneidenden und stechenden Instrumenten umzugehen hat. Dies ist in erster Linie für angestellte schwangere Ärztinnen relevant, die im OP-Bereich arbeiten, aber auch Zahnärztinnen und Ärztinnen, die im Labor beschäftigt sind, können – je nach Art der Tätigkeit - davon betroffen sein.

Wird ein individuelles Beschäftigungsverbot mit einem ärztlichen Attest für eine angestellte Ärztin angeordnet, muss die Schwangere von Ihrer Arbeit bei voller Gehaltsfortzahlung für die Dauer des Beschäftigungsverbots von der Arbeit freigestellt werden. Der Arbeitgeber hat jedoch die Möglichkeit, bei der gesetzlichen Krankenkasse der beschäftigten Ärztin einen Antrag auf Erstattung der Mutterschutzaufwendungen nach § 11 Abs. 1 MuSchG zu stellen. Von der Krankenkasse bekommt er das fortgezahlte Bruttoarbeitsentgelt zzgl. seiner Arbeitgeberaufwendungen in einem Umlageverfahren (U2) zurückerstattet und hat somit – bis auf den tatsächlichen Ausfall der schwangeren Ärztin und einen eventuell notwendigen Ersatz für diese - keine weiteren Aufwendungen.

Es kann auf Antrag des Arbeitgebers bei staatlichen, gewerbeärztlichen Diensten/Ämtern für Arbeitsschutz/Gewerbeaufsichtsämtern geprüft werden, ob ein angeordnetes individuelles Beschäftigungsverbot in jedem konkreten Fall gerechtfertigt ist.

Verstöße gegen die Beschäftigungsverbote in Krankenhäusern ebenso wie in niedergelassenen Praxen können als bußgeldbewehrte Ordnungswidrigkeiten und – bei tatsächlich erfolgter Schädigung der schwangeren Mitarbeiterin – entweder als fahrlässig oder vorsätzlich begangene Straftat geahndet werden, §§ 21 MuSchG, 6 MuSchRiV.

Quelle: *Mutterschutzgesetz, Mutterschutzrichtlinienverordnung*