

Inhaltsverzeichnis

Keine Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums dessen Gründer ein anderes Medizinisches Versorgungszentrum ist	2
Umsatzsteuer innerhalb einer Praxisgemeinschaft	4
Zur Teil-Berufsausübungsgemeinschaft (Beitrag 1/2): Der Zusammenschluss mit medizinisch-technischen Fächern (hier: Fachgebiet Radiologie) kann rechtlich zulässig gestaltet werden!.....	5
Zur Teil-Berufsausübungsgemeinschaft (Beitrag 2/2): Unterschiedliche Behandlungsschwerpunkte reichen zur Vergesellschaftung einzelner Leistungen aus – keine überspannten Anforderungen!.....	8
Ermittlung der Mindestpatientenzahlen zur Anerkennung nach der Onkologie-Vereinbarung.....	10
Was geschieht mit den Personal-Arbeitsverträgen beim Praxiskauf?	12
Zur zulässigen Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker am Beispiel der Heimversorgung	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

Keine Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums dessen Gründer ein anderes Medizinisches Versorgungszentrum ist

Joachim Messner, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht

Durch das Vertragsarztänderungsgesetz, das am 01.01.2012 in Kraft getreten ist, hat der Gesetzgeber den Kreis der zur Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) Berechtigten eingeschränkt. Nach dem Wortlaut des § 95 Abs. 1a SGB V sind nur noch zugelassene Ärzte, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen oder gemeinnützige Träger, die zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen oder ermächtigt sind zulässige Gesellschafter und Betreiber von Medizinischen Versorgungszentren.



Die Rechtsträger, die am 01.01.2012 schon als MVZ zugelassen waren, genießen einen Bestandsschutz dergestalt, dass die ihnen erteilten MVZ-Zulassungen, unabhängig von ihrer Trägerschaft, fortbestehen (§95 Abs. 1a SGB V). Der Gesetzgeber hat den MVZ-Gründern selbst jedoch keinen Bestandsschutz gewährt, so dass diese nur dann noch weitere MVZ's gründen können, wenn sie selbst oder – diese Frage hatte nun das Sozialgericht Marburg zu entscheiden – ihr bestandsgeschütztes MVZ über eine Gründungsbefugnis nach § 95 Abs. 1a SGB V verfügen.

Das SG Marburg hat nunmehr mit Bescheid vom 20.01.2014, Az. S 12 KA 117/13 - noch nicht rechtskräftig, entschieden, dass ein als MVZ zugelassener Rechtsträger nicht über das Recht verfüge, weitere MVZ's zu gründen. Zur Begründung hat das SG Marburg ausgeführt, dass in § 95 Abs. 1a SGB V abschließend bestimmt ist, wer zur MVZ-Gründung berechtigt ist. Der Kreis der Personen oder Institutionen der Gründungsberechtigten ist nicht um bereits zugelassene MVZ's zu erweitern. Die Regelungen in § 72 Abs. 1, Satz 2 SGB V besagen zwar, dass die sich auf Vertragsärzte beziehende Vorschriften auch für MVZ's entsprechend

www.messner-marcus.de

gelten sollen, wenn nichts anderes bestimmt ist. Eine solche abweichende Bestimmung beinhalte § 95 Abs. 1a SGB V jedoch gerade, so das SG Marburg.

Das SG Marburg ist der Ansicht, dass der Gesetzgeber durch die Neuregelung der MVZ-Gründungsbefugnis den Kreis der MVZ-Gründungsberechtigten einschränken und nicht erweitern wollte.

Nach dieser Entscheidung, sollte sie rechtskräftig werden, können zugelassene MVZ-Rechtsträger in erster Linie keine (Tochter-)MVZ's gründen und zwar unabhängig davon, ob sie Bestandsschutz genießen oder nicht. Die eigentliche Problematik dieser Entscheidung liegt außerdem darin, dass bisher zugelassenen MVZ's, gleich ob bestandsgeschützt oder nicht, an denen ein anderes zugelassenes MVZ als Gesellschafter beteiligt ist, nach der Rechtsauffassung des SG Marburg eigentlich die Zulassung entzogen werden müsste. Das SG Marburg ist offensichtlich der Auffassung, dass ein zugelassenes MVZ zu keinem Zeitpunkt als zur MVZ-Gründung berechtigt anzusehen war.

Jedenfalls wird unsererseits empfohlen, bis zur rechtskräftigen Entscheidung zu dieser Rechtsfrage bei der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren drauf zu achten, dass Gesellschafter und zugelassene Leistungserbringer nicht selbst ein MVZ sind.

Quelle: *SG Marburg, Bescheid vom 20.01.2014, Az. S 12 KA 117/13*
- noch nicht rechtskräftig;

Umsatzsteuer innerhalb einer Praxisgemeinschaft

Joachim Messner, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht

Das Finanzgericht Niedersachsen hat mit Urteil vom 11.04.2013, Az. 5 KA 159/12, rechtskräftig entschieden, dass Leistungen von einem Arzt oder einer ärztlichen Gemeinschaftspraxis an einen anderen Arzt zur unmittelbaren Durchführung ärztlicher Leistungen nicht nach § 4 Ziff. 14, Satz 2 Umsatzsteuergesetz (UStG) umsatzsteuerbefreit sind, wenn die Praxis dem Arzt infrastrukturelle Leistungen zur Verfügung stellt. Die einzige steuerfreie Möglichkeit der Kooperation in diesem Bereich stellt die Praxisgemeinschaft oder Kostengemeinschaft dar.



Im Ausgangsfall hatte eine Praxis einer anderen Praxis Räume, Inventar und Geräte sowie Personal überlassen. Obwohl in dem konkreten Streitfall zwischen beiden Praxen ein schriftlicher „Praxisgemeinschaftsvertrag“ geschlossen wurde, kam das Finanzgericht Niedersachsen zu dem Ergebnis, dass ein Leistungsaustausch zwischen beiden Praxen stattgefunden hat, der der Umsatzsteuer unterliegt. Der Fehler in der Konstellation war, dass nicht nur die tatsächlich angefallenen Kosten verteilt wurden.

Bei Praxisgemeinschaften (Kostengemeinschaften) muss es sich nach § 4 Ziff. 14 d UStG um „sonstige Leistungen“ handeln, ihre Mitglieder müssen Angehörige der in § 4 Ziff. 14 a UStG genannten Berufe oder Einrichtungen sein, die „sonstigen Leistungen“ müssen gegenüber ihren Mitgliedern erbracht werden, sofern diese Leistungen für unmittelbare Zwecke der Ausübung der Heilbehandlungstätigkeit verwendet werden **und die Gemeinschaft darf von ihren Mitgliedern lediglich die genaue Erstattung des jeweiligen Anteils an den gemeinsamen Kosten fordern.**

Quelle: *Finanzgericht Niedersachsen, Urteil vom 11.04.2013, Az. 5 KA 159/12, rechtskräftig;*

**Zur Teil-Berufsausübungsgemeinschaft (Beitrag 1/2):
Der Zusammenschluss mit medizinisch-technischen Fächern
(hier: Fachgebiet Radiologie) kann rechtlich zulässig gestaltet werden!**

Henriette Marcus, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht



Der Bundesgerichtshof (BGH) entschied mit Urteil vom 15.05.2014 (Az. I ZR 137/12), dass § 18 Abs.1 Satz 3 Fall 1 MBO-Ä nichtig und daher verfassungswidrig ist, da er nicht mit der Berufsausübungsfreiheit der niedergelassenen Ärzte nach Art.12 Abs.1 GG vereinbar ist. Die Regelung des § 18 Abs.1 Satz 3 Fall 1 MBO-Ä verbietet die Gründung von Teil-Berufsausübungsgemeinschaften unter Beteiligung medizinisch-technischer Fächer (insbesondere Radiologie, Pathologie, Laboratoriumsmedizin), deren Leistung sich auf Veranlassung der übrigen Mitglieder beschränkt, weil darin eine Umgehung des § 31 MBO-Ä liegt, so die berufsrechtliche Regelung.

hug des § 31 MBO-Ä liegt, so die berufsrechtliche Regelung.

In dem entschiedenen Fall hatte die Zentrale zur Bekämpfung des unlauteren Wettbewerbs e.V. (Wettbewerbszentrale) gegen eine Ärztesgesellschaft in der Rechtsform einer Partnerschaftsgesellschaft geklagt, an der 30 Ärzte beteiligt sind, darunter 4 Radiologen. Nach dem Gesellschaftsvertrag hatten sich die Partner zur standortübergreifenden Erbringung rein privatärztlicher Leistungen als Teil-Berufsausübungsgemeinschaft verbunden. Die Gewinnverteilung in der Gesellschaft erfolgt in Höhe von 1% nach Köpfen, im Übrigen ausschließlich nach persönlich erbrachten Leistungsanteilen. Ausdrücklich stellt die Verordnung einer medizinisch-technischen Leistung durch einen Partner eines nicht-technischen Fachs nach dem Gesellschaftsvertrag keinen Leistungsanteil dar, der zum Gewinn berechtigt. Die Wettbewerbszentrale als Klägerin sah in dem Zusammenschluss einen Verstoß gegen § 31 der Baden-Württembergischen Berufsordnung-Ärzte wegen indirekter Vergütung verbotener „Zuweisung gegen Entgelt“ über die Gewinnverteilung in der Gesellschaft. Begründung: der Beitrag der

www.messner-marcus.de

Radiologen in der Partnerschaft bestehe allein in Knochendichtemessungen auf Veranlassung der anderen Mitgesellschafter (§ 18 Abs.1 Satz 3 Fall 1 MBO-Ä).

Der BGH stellte fest, dass der Wortlaut des § 18 Abs.1 Satz 3 Fall 1 MBO-Ä eine Umgehung des § 31 MBO-Ä fingiert, unabhängig davon, ob tatsächlich eine unerlaubte Zuweisung gegen Entgelt in der Gewinnverteilungsabrede enthalten ist oder nicht. Dies verletzt die Berufsausübungsfreiheit zum beruflichen Zusammenschluss dieser Facharzttrichtungen nach Art. 12 Abs.1, Art. 19 Abs.3 GG durch Verstoß gegen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, so der BGH. Die besondere Anfälligkeit der medizinisch-technischen Überweisungsfächer für Zuweisungen gegen Entgelt könnten durch die Ärztekammern auch in anderer Weise als durch präventives Verbot solcher Zusammenschlüsse überwacht werden, so das Gericht.

Da es sich bei der landesrechtlichen Berufsordnung nicht um ein förmliches Landesgesetz handelt, war zu der Rechtsfrage vom BGH keine Entscheidung durch das Verfassungsgericht einzuholen, Art. 100 Abs.1 GG.

Bewertung und Empfehlung:

Sofern die Gewinnverteilung nach Leistungsbeiträgen der Partner erfolgt, ist nach der neuen BGH-Rechtsprechung auch die Beteiligung medizinisch-technischer Fächer an einer privat-ärztlichen Teil-Berufsausübungsgemeinschaft zulässig!

Die Entscheidung des BGH in Zivilsachen ist aber auch richtungweisend für die Beantragung der Zulassung einer entsprechenden vertragsärztlichen Teil-Berufsausübungsgemeinschaft!

Die Zulassungsausschüsse können zur vertragsarztrechtlichen Parallel-Regelung in § 33 Abs.2 Satz 1, 1. HS Ärzte-ZV die rechtliche Bewertung des BGH nicht unbeachtet lassen. Muss darüber dennoch beim Sozialgericht gestritten werden und sollte das Bundessozialgericht in letzter Instanz eine gegenteilige Auffassung gegenüber dem BGH vertreten, ist dies durch Vorlage beim Gemeinsamen Senat der obersten Gerichtshöfe des Bundes zur Wahrung der Einheitlichkeit der Rechtsprechung zu klären.

Ein Antrag auf Zulassung einer Teil-BAG unter Beteiligung auch medizinisch-technischer Fächer sollte daher im Fall einer beabsichtigten Gründung von interessierten Ärzten gestellt und auch sozialgerichtlich durchgefochten werden. Unsere Kanzlei ist in der Gründung und Betreuung von Teil-Berufsausübungsgemeinschaften erfahren und begleitet Sie gerne bei Ihrem Projekt und der Realisation und Durchsetzung der neuen Möglichkeiten!

Quelle: *Bundesgerichtshof, Urteil vom 15.05.2014, Az. I ZR 137/12;*

**Zur Teil-Berufsausübungsgemeinschaft (Beitrag 2/2):
Unterschiedliche Behandlungsschwerpunkte reichen zur Vergesellschaftung
einzelner Leistungen aus – keine überspannten Anforderungen!**

Henriette Marcus, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht



Das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen (LSG NRW) entschied mit Urteil vom 26.02.2014, Az. L 11 KA 17/13, dass die Vergesellschaftung einzelner Leistungen das typische Merkmal einer Teil-Berufsausübungsgemeinschaft darstellt und dass bereits unterschiedliche Behandlungsschwerpunkte dafür ausreichend sind.

In dem entschiedenen Fall hatten sich zum Zweck gemeinsamer Diabetesbehandlung ein Facharzt für Allgemeinmedizin (Behandlung im DMP des Diabetes Typ 1 und 2) und ein hausärztlich tätiger Internist (Schwerpunktpraxis und Fußambulanz) zusammenschlossen. An die Prüfung der Zulassungskriterien für den Zusammenschluss nach § 33 Abs.3 Ärzte-ZV dürfen die Zulassungsausschüsse keine überspannten Anforderungen stellen; vielmehr ist es erforderlich, aber auch ausreichend, wenn sich aus den im Gesellschaftsvertrag aufzunehmenden Gebührensätzen nach EBM ein Leistungsspektrum ergibt, das von einem Behandlungskonzept getragen wird, so das LSG. Dabei ist das Leistungsspektrum sach- und nicht orts- oder personenbezogen näher zu definieren: abzustellen ist auf einen fiktiven Patienten, für den die unterschiedlichen Behandlungsschwerpunkte in ihrer Zusammenschau einen medizinischen Mehrwert erzeugen. Auf die Verwandtschaft der Fachgebiete, die sich in der Teil-BAG zusammenschließen, kommt es dabei nicht an, so das Gericht. Vielmehr ist auf eine konkrete Behandlungssituation und die sich daraus ergebende sinnvolle Ergänzung der Fachdisziplinen abzustellen. Bei der Erteilung der Genehmigung der Teil-Berufsausübungsgemeinschaft besteht für den Zulassungsausschuss kein gesetzgeberisches Ermessen mit Ausnahme der Möglichkeit zur Erteilung von Auflagen nach der Regelung des § 33 Abs. 3 Ärzte-ZV.

Das Verfahren ist beim BSG (Az. B 6 KA 21/14 R) anhängig und noch nicht rechtskräftig.

www.messner-marcus.de

Empfehlung:

Sofern Zulassungs- oder Berufungsausschüsse mit der Begründung des fehlenden gemeinsamen fachlichen Tätigkeitsspektrums bzw. fehlender medizinischer Relevanz der gemeinsamen Patientenbehandlung (aus Sicht der Ausschussmitglieder) die Genehmigungen zu einer vertragsärztlichen Teil-Berufsausübungsgemeinschaft verweigern, wehren Sie sich mit den genannten Argumenten!

Ein Antrag auf Zulassung einer Teil-BAG unter Beteiligung unterschiedlicher Behandlungsschwerpunkte sollte mit den genannten Argumenten durchgefochten werden. Unsere Kanzlei ist in der Gründung und Betreuung von Teil-Berufsausübungsgemeinschaften erfahren und begleitet Sie gerne bei Ihrem Projekt und der Realisation und Durchsetzung der neuen Möglichkeiten!

Quelle: *Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 26.02.2014, Az. L 11 KA 17/13;*

Ermittlung der Mindestpatientenzahlen zur Anerkennung nach der Onkologie-Vereinbarung

Henriette Marcus, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht



Das Sozialgericht (SG) Marburg entschied mit Urteil vom 29.01.2014, Az. S 12 KA 580/12, dass auf die Anzahl der erforderlichen Mindestpatientenzahlen zur Anerkennung nach § 3 Abs. 4 der Onkologie-Vereinbarung weder onkologische Behandlungsfälle bei Privatpatienten, noch solche der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Krankenhaus nach § 116b SGB V bei arbeitsteiliger Arbeitsorganisation angerechnet werden können.

In dem entschiedenen Fall hatte der Chefarzt eines Klinikums als Leiter der Abteilung Hämatologie, internistische Onkologie und Palliativmedizin mit entsprechender persönlicher Ermächtigung, onkologischer Privatsprechstunde sowie internistisch-onkologischer Tätigkeit für die Krankenhaus-Ambulanz nach § 116 b SGB V gegen die Kassenärztliche Vereinigung Hessen auf Anerkennung als onkologisch qualifizierter Arzt nach der Onkologie-Vereinbarung geklagt. Streitgegenstand war die Frage, welche Fälle zur Berechnung der Mindestpatientenzahlen heranzuziehen sind.

Das Gericht führte aus, dass eine Berücksichtigung von Privatpatientenfällen nach der bereits bestehenden Rechtsprechung zur Berechnung der Mindestpatientenzahlen nach der Onkologie-Vereinbarung nicht erfolgen kann. Zur Begründung wird darauf abgestellt, dass die Onkologie-Vereinbarung qualitätsbestimmte Behandlungskonzepte in der vertragsärztlichen Versorgung zugrunde legt, die für die Privatbehandlung nicht gesetzliche Voraussetzung sind und daher dort nicht qualitätsgesichert bestehen. Zur Frage, ob die vom Chefarzt im Rahmen des § 116b SGB V ambulant für das Krankenhaus behandelten Fälle nach alter / neuer Rechtslage zur Berechnung herangezogen werden können, führte das SG folgendes aus: Das SG ließ es dahin stehen, ob die spezialfachärztliche onkologische ambulante Versorgung durch ein Krankenhaus – auch nach Maßgabe des § 116b SGB V in der neuesten Fassung - zugleich

www.messner-marcus.de

eine solche der „vertragsärztlichen Versorgung“ nach Maßgabe der Onkologie-Vereinbarung darstellt. Jedenfalls könnten die Behandlungsfälle deshalb keine Berücksichtigung finden, da nach eigenem Sachvortrag des Klägers der Chefarzt seine Tätigkeit auch an nachgeordnete Ärzte krankenhaustypisch arbeitsteilig delegiert habe und somit die ambulanten Behandlungen im Krankenhaus nach § 116b SGB V nicht oder nicht vollständig „selbst durchgeführt“ habe, was die Onkologie-Vereinbarung nach ihrem Wortlaut verlangt.

Quelle: *Sozialgericht Marburg, Urteil vom 29.01.2014, Az. S 12 KA 580/12;*

Was geschieht mit den Personal-Arbeitsverträgen beim Praxiskauf?

Milana Sönnichsen, Rechtsanwältin

In der täglichen Beratungspraxis ist vielfach zu beobachten, dass bei Praxiskäufern, aber auch bei Gründungsgesellschaftern von Berufsausübungsgemeinschaften ebenso wie im Fall der Auflösung einer Gemeinschaftspraxis unter Fortführung als Einzelpraxis die irrtümliche Vorstellung vorherrscht, dass die „alten“ (bestehenden) Personal-Arbeitsverträge der Praxis einfach aufgelöst werden könnten.



Rechtlich gilt für die Arbeitsverhältnisse einer Praxis bei Betriebsübergang durch Praxisübertragung jedoch grundsätzlich Folgendes:

§ 613a des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) verpflichtet den Praxiskäufer beim Betriebsübergang, die Arbeitsverhältnisse mit zu übernehmen: eine „betriebsbedingte“ Kündigung gerade wegen des Betriebsübergangs ist unwirksam. Ein Betriebsübergang im Sinne des § 613a BGB liegt vor, wenn ein Betrieb im Ganzen bzw. ein abgrenzbarer Betriebsteil in seiner organisatorischen Gesamtheit von Personen und Sachen auf einen Nachfolger übertragen wird. Bei Arztpraxen bzw. Fachgruppen mit geringen Betriebsmitteln besteht diese sog. „organisatorische Gesamtheit“ bereits in der Übernahme der Patientenkartei und der Räume, wenn ein Wechsel des Betriebsinhabers stattfindet (vgl. BAG, Urteil vom 22.06.2011, Az. 8 AZR 107/10). Die Verpflichtung zur Übernahme der Arbeitsverhältnisse ist für den Praxiskäufer auch nicht durch eine vertragliche Vereinbarung abdingbar. Der Veräußerer und der Erwerber können sich allenfalls im Innenverhältnis durch eine Regelung im Kaufvertrag über einen finanziellen Ausgleich für den Käufer einigen. Dies kann zum Schutz des Praxisübernehmers z.B. sinnvoll sein, wenn das vom Praxisabgeber zuvor vermeintlich wirksam gekündigte Personal dennoch ungewollt übernommen werden muss oder wenn im Falle eines Kündigungsschutzprozesses eine Abfindung an den früheren Arbeitnehmer zu zahlen ist.

Kündigungen, die jedoch unabhängig vom Betriebsübergang ausgesprochen werden und sachlich gerechtfertigt sind, z.B. wegen verhaltensbedingter Kündigung oder wegen deutlicher Verkleinerung des Betriebs ausgesprochen werden müssen, bleiben jedoch möglich.

Problematisch kann die Regelung des § 613a BGB aber z.B. auch dann für den Praxiserwerber werden, wenn der Veräußerer dem Erwerber vergisst mitzuteilen, dass sich bestimmte Mitarbeiterinnen im Zeitpunkt der Praxisübertragung gerade in Elternzeit befinden. Die Arbeitnehmerinnen, die sich in Elternzeit befinden, haben nicht nur einen Anspruch auf Elternzeit für den Zeitraum bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres eines Kindes, sondern nach § 15 Abs. 5 Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG) außerdem das Recht, die vor der Elternzeit ggf. bestehende Teilzeitarbeit fortzusetzen. Überdies kann die betreffende Arbeitnehmerin einen Antrag auf weitere Reduzierung der Wochenarbeitsstunden stellen.

Auch die Einbringung einer Einzelpraxis in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) gilt als Betriebsübergang nach § 613a BGB. Die bestehenden Arbeitsverträge der Einzelpraxis gehen in diesem Fall auf alle Partner der BAG über. Gleiches gilt für den Austritt eines Gesellschafters aus einer Berufsausübungsgemeinschaft. Die hierdurch bewirkte gesellschaftsrechtliche Gesamtrechtsnachfolge führt nach Ansicht des Bundesarbeitsgerichts zu einem rechtsgeschäftlichen Wechsel mit Betriebsübergang nach § 613a BGB (vgl. BAG, Urteil vom 21.02.2008, Az. 8 AZR 157/07).

Liegt also ein Betriebsübergang vor, müssen die Mitarbeiter vom Veräußerer oder vom Erwerber schriftlich nach § 613a Abs. 5 BGB über den Betriebsübergang und seine arbeitsrechtlichen Folgen informiert werden.

Empfehlung:

Es ist dringend ratsam, vor einem Praxiserwerb eine vollständige Liste aller bestehenden schriftlichen und mündlichen (!) Mitarbeiterverträge zu erstellen und anwaltlichen Rat zu suchen, um späteren möglichen arbeitsgerichtlichen Streitigkeiten und Abfindungszahlungen vorzubeugen.

www.messner-marcus.de

Quellen: *Bundesarbeitsgericht, Urteil vom 22.06.2011, Az. 8 AZR 107/10;*
Bundesarbeitsgericht, Urteil vom 21.02.2008, Az. 8 AZR 157/07;

Zur zulässigen Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker am Beispiel der Heimversorgung

Milana Sönnichsen, Rechtsanwältin

Das Urteil des Oberlandesgerichts Saarbrücken vom 25.09.2013, Az. 1 U 42/13 („Saarländischer Apothekenkrieg“ mit „Müllsack von Telefonrezepten“), hat die Diskussion um das vermeintliche Verbot direkter Rezeptweiterleitung von Ärzten an heimversorgende Apotheken entfacht. Dennoch bestehen zulässige Kooperationsmöglichkeiten zwischen Ärzten und Apothekern, die Ausnahmen vom Zusammenwirkungsverbot darstellen.



Das Verbot der unzulässigen Rezeptsammlung ist in § 24 Abs. 1 Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) geregelt und erfasst grundsätzlich alle Kooperationsmodelle, die darauf gerichtet sind, ärztliche Verschreibungen zu sammeln und einem Apotheker zur Auslieferung zuzuführen. Dieses Zusammenwirkungsverbot zwischen Arzt und Apotheker ist überdies in weiteren Normen, z.B. im ärztlichen Berufsrecht in § 31 Musterberufsordnung für Ärzte (MBO-Ä) und für Apotheker in § 11 Abs. 1 Apothekengesetz (ApoG) geregelt. Bei Verstoß gegen diese Normen liegt neben berufsrechtlichen Verstößen auch ein abmahnungsfähiger Wettbewerbsverstoß nach § 4 Nr. 11 UWG mit kostenpflichtiger Unterlassungserklärung vor.

Das Zusammenwirkungsverbot gilt jedoch nicht absolut, sondern verbietet lediglich die sach- und fachfremde wechselseitige Einflussnahmen und Kooperation zulasten der Patienten und der Kostenträger.

Der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker, etwa in der Heimversorgung, kommt unter den Stichworten „Medikationsmanagement“ und „Versorgungsmanagement“ eine immer größere Bedeutung zu. Zur Kernaufgabe ordnungsgemäßer Arzneimittelversorgung durch die Apotheke (§ 12 Abs. 1 Nr. 2 ApoG) gehört insbesondere bei der Versor-

gung von Heimbewohnern die Sicherstellung des Medikationsmanagements nach § 1a Abs. 3 Nr. 6 ApBetrO. Das Medikationsmanagement ist ohne einen direkten Kontakt zwischen Apotheker und behandelndem Arzt / Ärzten nicht durchführbar. Zusätzlich haben gesetzlich Versicherte aufgrund des mehrfach neu gefassten § 11 Abs. 4 SGB V inzwischen einen rechtlichen Anspruch auf ein Versorgungsmanagement, das unter anderem die Verpflichtung der betroffenen Leistungserbringer umfasst, für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten zu sorgen und sich gegenseitig die notwendigen Informationen zu übermitteln. Bei der Versorgung von Heimbewohnern liegt ein weiteres Problem darin, dass mehrere Ärzte im gleichen Heim jeweils nur einzelne Patienten versorgen und weder untereinander, noch mit der Heimleitung in Kontakt stehen. Dadurch kann es zu Doppelverordnungen und Arzneimitteltherapiefehlern kommen. Auch wenn im Rahmen von Modellversuchen, etwa nach dem sog. „Berliner Modell“ gemäß §§ 63, 64 SGB V oder im sog. „AOK-Pflegenetz Bayern“ gemäß § 140a SGB V, Absprachen in den Heimen bestehen, fehlt eine flächendeckende rechtliche Grundlage, welche Kooperationsvereinbarungen rechtlich zulässig gesichert ermöglichen.

Der Bundesgerichtshof hat nun ganz aktuell im Zusammenhang mit dem sog. „Entlassungsmanagement“ mit Urteil vom 13.03.2014, Az. I ZR 120/13, positiv Stellung genommen.

Im dem entschiedenen Fall hatte eine Entlassmanagement-Gesellschaft (GmbH), an der eine Universitätsklinik mit 40 % GmbH-Anteilen mitbeteiligt war, mit bestimmten Apotheken kooperiert und diesen die Rezepte der stationären, kurz vor Entlassung stehenden Krankenhaus-Patienten übermittelt. Diese Konstellation hatte das Landgericht Freiburg erstinstanzlich mit Urteil vom 31.12.2012, Az. 1 O 139/12, als zulässig erachtet; in der Berufungsinstanz beim Oberlandesgericht Karlsruhe, Urteil vom 14.06.2013, Az. 4 U 254/12, war die Entscheidung jedoch verworfen worden und die Konstellation wurde als unzulässig bewertet. Der BGH hat nun die Entscheidung im Sinne des LG Freiburg bestätigt. Die Bundesrichter erachteten die Kooperation zwischen den Apotheken und der Entlassmanagement-GmbH durch Vorliegen folgender Voraussetzungen für zulässig:

- a. Für den Patienten muss die freie Apotheken- und Arztwahl gewährleistet sein;
- b. Die behandelnden Ärzte, die Heimleitung und deren Mitarbeiter dürfen nicht an der Management-GmbH beteiligt sein;

www.messner-marcus.de

- c. Sonstige Organisationsstrukturen müssen so geregelt werden, dass Ärzte und Mitarbeiter keine Einflussmöglichkeit auf die Wahl der kooperierenden Apotheke haben;
- d. Die Vergütung der kooperierenden Apotheken darf weder direkt noch indirekt an die Höhe der Rezeptumsätze gekoppelt sein.

Diese Rechtsprechung lässt sich rechtlich zulässig auch auf die Kooperation in der Kette Arzt – Heim – Medikationsmanagement GmbH – kooperierende Apotheke übertragen.

Empfehlung:

Zusammenfassend ist anzumerken, dass eine enge Kooperation und Kommunikation zwischen Arzt, Heim und Apotheke zur Vermeidung von Versorgungsdefiziten und zur Arzneimitteltherapiesicherheit dringend erforderlich ist. Bei Beachtung der seitens der Rechtsprechung aufgestellten Schranken und gesetzlichen Rahmenbedingungen kann und soll eine solche Kooperation zwischen Arzt und Apotheke zulässig stattfinden. Eine juristische Einzelfallberatung ist zur Abklärung der rechtlichen Rahmenbedingungen eines solchen Kooperationskonzepts im Vorfeld jedoch dringend ratsam.

Quellen: *Oberlandesgericht Saarbrücken, Urteil vom 25. September 2013, Az. 1 U 42/13; Landgericht Freiburg, Urteil vom 31.12.2012, Az. 1 O 139/13; Bundesgerichtshof, Urteil vom 13.3.2014, Az. I ZR 120/13;*