

Arzt und Sanitätshaus – Kooperation als Erfolgsmodell

Von Thorsten Müller
Veröffentlicht in: Orthopädie Technik 11/06

Die gegenwärtigen Veränderungen im Gesundheitswesen zwingen alle beteiligten Akteure, Strategien zur Absicherung ihrer Unternehmen zu entwickeln. Immer weniger Erlöse zwingen die meisten Leistungserbringer in absehbarer Zeit zur Kostenreduktion, bei steigenden Qualitätsansprüchen der Krankenkassen, und in unterschiedliche Kooperationsgeflechte. Von den Kooperationsmöglichkeiten zwischen niedergelassenen Ärzten und Sanitätshäusern ist in der Vergangenheit wenig Gebrauch gemacht worden. Die neue Berufsordnung für Ärzte (MBO-Ä), die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur integrierten Versorgung nach §§ 140 ff SGB V, sowie die Zulassung der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) nach § 95 SGB V bringen nun Rechtssicherheit, auf der Kooperationen zwischen Sanitätshaus und niedergelassenen Ärzten bestehen können.

Die Situation des niedergelassenen Arztes kann wie folgt dargestellt werden:

- Knapper werdende Gewinne aus der originären ärztlichen Tätigkeit
- Einnahmeausfälle von 15 – 30% durch Einführung des EBM 2000 plus
- Tilgung von Darlehen problematisch
- Weniger Vermögensaufbau
- Wert der Praxis sinkt
- Unkenntnis der Verordnungskompetenz
- Angst vor Budgetüberschreitung

Aus dieser Situation heraus sucht der Arzt außerhalb seiner originären Tätigkeit weitere Erlösquellen zu erschließen. Eine Erlösquelle könnte die Abgabe von Hilfsmitteln in der Arztpraxis sein.

Der Arzt als Hilfsmittellieferant

Der Arztberuf ist nach § 1 MBO-Ä ein freier Beruf und somit kein Gewerbe. Der Verkauf von Hilfsmitteln hingegen ist eine gewerbliche Tätigkeit. Nach § 3 Abs. 2 MBO ist Ärztinnen und Ärzten untersagt, "... im Zusammenhang mit der Ausübung ihrer ärztlichen Tätigkeit Waren und andere Gegenstände abzugeben oder unter ihrer Mitwirkung abgeben zu lassen sowie gewerbliche Dienstleistungen zu erbringen oder erbringen zu lassen, soweit nicht die Abgabe des Produkts oder die Dienstleistung wegen ihrer Besonderheiten notwendiger Bestandteil der ärztlichen Therapie sind."

Ein in Praxisräumen betriebenes Sanitätshaus oder die Verzahnung mit einem Sanitätshaus, in welchem z. B. die Ehefrau oder der Arzt selbst als Inhaber oder Geschäftsführer tätig ist, ist somit berufsrechtlich problematisch.

Die Zulassung als Vertragsarzt durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) bewirkt nicht automatisch eine Zulassung i. S. des § 126 SGB V als Sanitätshaus. Somit muss der Vertragsarzt sich um eine Zulassung bemühen.

Zur Abgabe von Hilfsmitteln der Gruppe 1 ist die Tätigkeit eines Meisters Voraussetzung. Hierzu bedarf es bereits größerer Investitionen und ist somit für viele Ärzte finanziell nicht attraktiv. Aber der Vertragsarzt könnte alle sonstigen Hilfsmittel, für die kein Meister erforderlich ist, in einem eigenen Sanitätshaus abgeben. Hier sind die Voraussetzungen erfüllt wenn der Vertragsarzt eine einschlägige Tätigkeit von mindestens zwei Jahren nachweist. Dies dürfte für einen Facharzt keine große Hürde darstellen. Ist die Zulassung erreicht, benötigt der Vertragsarzt noch einen Versorgungsvertrag nach § 127 SGB V um Hilfsmittel zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgeben zu können. Weiterhin darf es laut der MBO-Ä nicht zu einer Vermischung von ärztlicher und gewerblicher Tätigkeit kommen. Dies muss der Vertragsarzt sicherstellen durch eine:

- Räumliche und personelle Trennung von Arztpraxis und Sanitätshaus
- Getrennte Abrechnung und Buchhaltung
- Keine sachfremde gegenseitige Bewerbung von Praxis und Sanitätshaus
- Keine Weitergabe oder gemeinsame Verwaltung von Patientendaten über die gesetzlich normierten Informationsbestimmungen hinaus (vgl. Hohmann, 2006)

Weiterhin ist es dem Arzt nach der MBO-Ä verboten

- Patienten ohne hinreichenden Grund an bestimmte Apotheken, Geschäfte oder Anbieter von gesundheitlichen Leistungen (also auch Sanitätshäuser) zu verweisen,
- für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Körperpflegemittel oder ähnliche Waren Werbevorträge zu halten oder zur Werbung bestimmte Gutachten zu erstellen
- im Zusammenhang mit der Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit Waren oder andere Gegenstände abzugeben oder unter seiner Mitwirkung abgeben zu lassen, sowie gewerbliche Dienstleistungen zu erbringen oder erbringen zu lassen, soweit nicht die Abgabe des Produkts oder die Dienstleistung wegen ihrer Besonderheit notwendiger Bestandteil der ärztlichen Therapie sind.

Auch hat das Bundessozialgericht (BSG) vom 30.01.02 (B6KA20/01R) entschieden, dass ein Vertragsarzt maximal 1/3 der üblichen Wochenarbeitszeit, das entspricht ca. 13 Stunden, in einem Parallelgewerbe tätig sein darf.

Der verkürzte Versorgungsweg

Unter dem verkürzten Versorgungsweg wird die direkte Abgabe von Hilfsmitteln in der Arztpraxis verstanden. Dabei kann die Abgabe direkt durch den Arzt, seinen Mitarbeiter oder durch einen Mitarbeiter des kooperierenden Sanitätshauses erfolgen. Es dürfen aber nur solche Hilfsmittel abgegeben werden, die unmittelbar zur Therapie des Patienten benötigt werden. Als Beispiel sollen hier Unterarmgehstützen bei Frakturen genannt werden. Dem Patient kann ja nicht zugemutet werden, zum Sanitätshaus am anderen Ende der Stadt zu humpeln und sich dann dort mit diesen Hilfsmitteln versorgen lassen. Auch das BGH hat mit Urteil vom 10.11.2001 (1 ZR 275/99) den verkürzten Versorgungsweg unter folgenden Bedingungen zugelassen:

- Der Arzt muss über eine entsprechende weitergehende Ausbildung (Facharzt) verfügen
- Diese Ausbildung muss von den Krankenkassen anerkannt sein
- Das Vertrauensverhältnis zum Patienten darf durch die ärztliche Autorität nicht ausgenutzt werden
- Dem Patienten die Versorgungsform erläutert wird und ihm die Teilnahmeentscheidung überlassen bleibt (Wahlfreiheit)

Die Krankenkassen wollen festgestellt haben, dass die Direktabgabe in der Arztpraxis insgesamt für Versicherte oft kostengünstiger ist. Der BKK Bundesverband hat mit dem Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände eine repräsentative Befragung von fast 4.000 Versicherten durchgeführt. Nach dieser Umfrage gibt es keine Qualitätseinbußen und es entfallen oft Zuzahlungen. Ähnlich positive Ergebnisse ergaben eine AOK-Umfrage (vgl. Hohmann, 2006).

So kann z. B. der Orthopädie einem OTM einen Tag in der Woche einräumen, an dem dieser seine Tätigkeit direkt in der Praxis des Orthopäden verrichtet. Dafür kann der Orthopädie eine Vergütung verlangen (Bereithaltungsvertrag). Berufsrechtlich ist dies für den Orthopäden nicht problematisch. Da diese Mietverträge für Räume oder Vitriolen für verdeckte „Cash-back-Zahlungen“ zweckentfremdet wurden, sollten diese Verträge immer auf Leistung und Gegenleistung abgestellt und der Ärztekammer zur standesrechtlichen Prüfung vorgelegt werden. Depots hingegen sind dem Sanitätshaus durch den VdaK/AEV-Rahmenvertrag untersagt. Auch die Delegiertenversammlung des Bundesinnungsverbandes hat in der Sitzung im Mai 2006 in Leipzig über die Zulässigkeit von Depots in Arztpraxen diskutiert. Einzelne Krankenkassen fordern bereits, Depots in Arztpraxen für zulässig zu erklären. Diese Kassen wollen dann die Preise für derartige Hilfsmittel aus Depotlieferungen stark senken (20 – 30%). Die Delegiertenversammlung hat daher das Verbot der Praxisdepots nochmals bekräftigt. Die Krankenkassen wurden aufgefordert, gegen unzulässige Praxisdepots vorzugehen, was in der Vergangenheit leider häufig nicht der Fall war (Vgl. BIVdirekt Nr. 14 vom 09. Juni 2006).

Wenn der Arzt dem Sanitätshaus seine Arzthelferin stundenweise „ausleiht“ und das Sanitätshaus dafür eine Vergütung zahlt, liegt eine erlaubnispflichtige Arbeitnehmerüberlassung vor. Die Erlaubnis erteilt das zuständige Landesarbeitsamt und kostet 375 Euro pro Jahr. Nach dreimaliger befristeter Erlaubnis kann die Erlaubnis für 1.250 Euro unbefristet erteilt werden. Alternativ kann auch ein Teilzeit-Arbeitsvertrag geschlossen werden. Hierbei muss beachtet werden, dass eine monatliche Mindestarbeitszeit jeweils für Arztpraxis und Sanitätshaus vorzusehen ist. Ist das Modell wegen der höheren Besteuerung der Tätigkeit für die Arzthelferin unattraktiv, eignet sich ein Arbeitsvertrag auf Abruf mit einer pauschalierten Versteuerung der Einkünfte. (Vgl. Hohmann, 2005).

Medizinische Kooperationsgemeinschaften als Möglichkeit der Zusammenarbeit zwischen Vertragsarzt und Sanitätshaus

Unter medizinischen Kooperationsgemeinschaften versteht man Berufsausübungsgemeinschaften, bei denen sich Ärzte mit Personen, die ihrerseits zur eigenverantwortlichen Berufsausübung im Gesundheitswesen befugt sind, zusammenschließen (Broglie, 2006)

Diese Möglichkeit findet sich in § 23 b Abs. 1 MBO-Ä:

„Ärztinnen und Ärzte können sich auch mit selbständig tätigen und zur eigenverantwortlichen Berufsausübung befugten Berufsangehörigen anderer akademischer Heilberufe im Gesundheitswesen oder staatlicher Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen sowie anderen Naturwissenschaftlerinnen und Naturwissenschaftlern und Angehörigen sozialpädagogischer Berufe - auch beschränkt auf einzelne Leistungen - zur kooperativen Berufsausübung zusammenschließen (medizinische Kooperationsgemeinschaft)“.

Mit Schreiben vom 19.06.06 hat die Bundesärztekammer dem BIV mitgeteilt, dass der OTM ein kooperationsfähiger Partner i. S. des § 23 b Abs. 1 MBO-Ä ist.

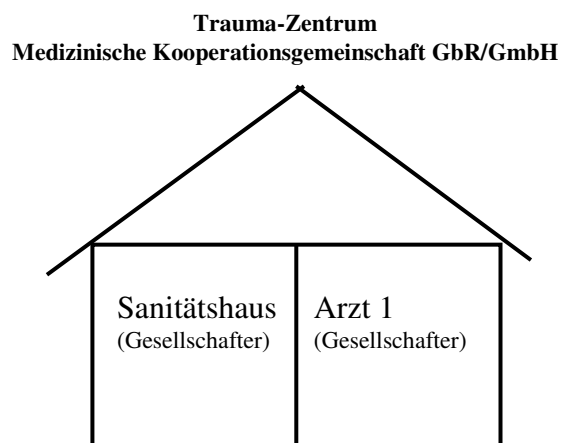


Abb. 1: Beispiel Medizinische Kooperationsgemeinschaft (Eigene Darstellung)

Dem Arzt ist ein Zusammenschluss mit Nichtärzten zu einer medizinischen Kooperationsgemeinschaft darüber hinaus nur mit solchen anderen Berufsangehörigen und nur in einer solchen Weise erlaubt, als diese in ihrer Verbindung mit dem Arzt einen gleichgerichteten oder integrierten diagnostischen oder therapeutischen Zweck bei der Heilbehandlung, auch auf dem Gebiet der Prävention und Rehabilitation, durch räumlich nahes und koordiniertes Zusammenwirken aller beteiligten Berufsangehörigen erfüllen können (§ 23 b Abs. 1 MBO-Ä).

Darüber hinaus muss durch den Kooperationsvertrag gewährleistet werden, dass

- die eigenverantwortliche und selbstständige Berufsausübung des Arztes gewahrt ist,
- die Verantwortungsbereiche der Partner gegenüber den Patienten getrennt bleiben,
- medizinische Entscheidungen, insbesondere über Diagnostik und Therapie, ausschließlich der Arzt trifft, sofern nicht der Arzt nach seinem Berufsrecht den in der Gemeinschaft selbstständig tätigen Berufsangehörigen eines anderen Fachberufs solche Entscheidungen überlassen darf,
- der Grundsatz der freien Arztwahl gewahrt bleibt, der behandelnde Arzt zur Unterstützung in seinen diagnostischen Maßnahmen oder zur Therapie auch andere als die in der Gemeinschaft kooperierenden Berufsangehörigen hinzuziehen kann,
- die Einhaltung der berufsrechtlichen Bestimmungen der Ärzte, insbesondere die Pflicht zur Dokumentation, das Verbot der berufswidrigen Werbung und die Regeln zur Erstellung einer Honorarforderung von den übrigen Partnern beachtet werden,
- sich die medizinische Kooperationsgemeinschaft verpflichtet, im Rechtsverkehr die Namen aller Partner und ihre Berufsbezeichnungen anzugeben und – sofern es sich um eine eingetragene Partnerschaftsgesellschaft handelt – den Zusatz „Partnerschaft“ zu führen.

Demnach ist durch § 23 b MBO-Ä vorgegeben, dass die Verantwortungsbereiche des Arztes und des Sanitätshauses in jedem Fall klar voneinander getrennt sein müssen. Dieses Zusammenwirken setzt eine gewisse räumliche Nähe sowie ein koordiniertes Vorgehen der Beteiligten voraus.

Die Kooperation ist in der Form einer Partnerschaftsgesellschaft nach dem PartGG oder aufgrund eines schriftlichen Vertrages über die Bildung einer Kooperationsgemeinschaft in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (§§ 705 bis 740 BGB) oder einer juristischen Person lt. § 23 b MBO-Ä erlaubt. Dies bedeutet, dass der OTM und der Arzt ihre

medizinische Kooperationsgemeinschaft unter dem Dach einer Gesellschaft des bürgerlichen Rechts (GbR) oder einer GmbH ausüben können. Die GbR besticht durch die einfache Gründung, fehlender Bilanzpflicht und Registereintrag. „Zudem sind in den einschlägigen Vorschriften des bürgerlichen Rechts fast keine zwingenden Vorgaben enthalten. Vielmehr ist es möglich, durch einen entsprechenden Gesellschaftsvertrag eine Gesellschaft nach Maß zu schneiden, die den Wünschen und Bedürfnissen der beteiligten Ärzte weitmöglichst entgegenkommt“ (Brogli, 2006). Wird sich für die Rechtsform einer GmbH entschieden, ist zusätzlich zum GmbH-Gesetz zu beachten:

- Die GmbH muss in jedem Fall verantwortlich von einem Arzt geführt werden. Sind mehrere Geschäftsführer bestellt, müssen diese mehrheitlich ebenfalls Ärzte sein.
- Auch bei der Gesellschafterversammlung und im Hinblick auf das Stimmrecht müssen die Ärzte die Mehrheit stellen.
- Dritte dürfen nicht am Gewinn der Gesellschaft beteiligt sein (keine stillen Gesellschafter).

Gem. § 18 Abs. 6 MBO-Ä muss der Zusammenschluss zu einer Kooperation gem. § 23 b MBO-Ä sowie deren Änderung und Beendigung der zuständigen Ärztekammer angezeigt werden.

Abschließende Empfehlung

Wegen der zunehmenden Verfolgung unzulässiger Kooperationen durch die Ärztekammer oder die Staatsanwaltschaft stehen viele Vertragsärzte einer Kooperation skeptisch gegenüber. Diese Bedenken können jedoch ausgeräumt werden, wenn die Kooperation schriftlich fixiert und vorab um eine standesrechtliche Überprüfung der Ärztekammer gebeten wird. Auch vorab geführte Gespräche mit den entsprechenden Krankenkassen werden vom Autor empfohlen. „Sobald die gewerbliche Tätigkeit (die Abgabe von Hilfsmitteln) in die Arztpraxis hineinverlagert wird oder die ärztliche Verordnung Auswirkungen auf einen Gewinnanteil des Arztes hat, sind die Verträge besonders sorgsam (im Zweifel durch die Ärztekammer) zu prüfen.“ (Hohmann, 2005)

Die Überschreitung vertragsärztlicher Bestimmungen birgt immer auch die Gefahr von Honorarregressen, eines Disziplinarverfahrens, der Entziehung der vertragsärztlichen

Zulassung in sich. Hinzu kommt das heute nicht unerhebliche Risiko einer strafrechtlichen Verfolgung. (Broglie, 2006).

Kooperationsverträge mit Vertragsärzten sollten u. a. folgende Bestandteile haben:

- Ausführungen zum Gemeinsamen medizinischer Zweck
- Aussagen zur Art der Koordinierung der Zusammenarbeit
- Beschreibung der Leistung des Sanitätshauses
- Beschreibung der Leistung des Arztes
- Vergütungsregelungen (keine Umsatzabhängige Vergütung des Arztes erlaubt)
- Haftungsregelungen (GbR!)
- Datenschutz, Schweigepflicht
- Konkurrenzschutz
- Laufzeit/Kündigung
- Wahlrecht des Patienten!
- Geheimhaltung gegenüber Dritten

Die vorstehend dargestellten Möglichkeiten gelten bis auf weiteres ohnehin nur für das Vertragsarztrecht. Die angestellten Ärzte im Krankenhaus sind von diesen Regularien nicht betroffen.

Auch die Eckpunkte zur Gesundheitsreform sprechen von einer besseren Verzahnung der Leistungserbringer untereinander. Bestimmte Kooperationsformen sollen erleichtert werden. Es bleibt spannend!

Literatur:

Hohmann, Jörg: Arzt und Sanitätshaus, C.F. Müller, MedizinRecht.de, 2005

Broglie in Halbe/Schirmer (Hrsg): Handbuch Kooperationen im Gesundheitswesen, Economica, Heidelberg 2006, 2. Auflage

Hohmann, Jörg in Schlegel/Faller (Hrsg): Musterverträge im Gesundheitswesen, C.F. Müller, MedizinRecht.de, 2006

Dipl. Pflegewirt Thorsten Müller
Schulung und Beratung im Gesundheitswesen
Nietzschestr. 21
67063 Ludwigshafen
Tel.: 0621-6290-104
www.thorsten-karin-mueller.de