Kanzlei für Gesundheitsrecht

PROF. SCHLEGEL, HOHMANN, DIARRA & PARTNER

Newsletter

Neues aus dem Bereich des Gesundheitsrechts

April 2025

Sehr geehrte Mandanten,
sehr geehrte Geschäftspartner,

in unserem April Newsletter möchten wir Ihnen wie gewohnt spannende Einblicke in die aktuelle Rechtsprechung aus dem Bereich des Gesundheitsrechts gewähren. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat zum Beispiel klargestellt, dass das Erheben einer Nutzungsgebühr von teilnehmenden Apotheken durch einen Internetmarktplatz nicht automatisch als unzulässiges Rezeptmakeln zu werten ist. Zudem hatte sich das LSG Berlin-Brandenburg mit dem Missbrauch der Kooperationsform einer Praxisgemeinschaft auseinanderzusetzen.

Wir wünschen Ihnen viel Vergnügen beim Lesen!

BGH: Kein unzulässiges Rezeptmakeln bei Verlangen einer Nutzungsgebühr durch einen Internetmarktplatz	S. 2
OLG Dresden: Keine Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht im Rahmen der Prüfung einer Kindeswohlgefährdung	S. 5
LSG Bayern: Antrag einer weiteren Teilzulassung bei Vorliegen einer Zulassung mit vollem Versorgungsauftrag	S. 7
LSG Berlin-Brandenburg: Missbrauch der Kooperationsform Praxisgemeinschaft	S. 9
SG Nürnberg: Voraussetzungen eines Nachbesetzungsrechts eines MVZ für eine Viertel-Arztstelle	S. 12
Ansprechpartner und Kontaktdaten	S. 15
Echo	S. 16

Ihre Kanzlei für Gesundheitsrecht:
Prof. Schlegel, Hohmann, Diarra & Partner

Urteile aus dem Bereich des Gesundheitsrechts

BGH: Kein unzulässiges Rezeptmakeln bei Verlangen einer Nutzungsgebühr durch einen Internetmarktplatz

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat entschieden, dass wenn der Betreiber eines Internetmarktplatzes, über den Kunden elektronische Verordnungen ("E-Rezepte") bei Apotheken einlösen können, von teilnehmenden Apotheken eine monatliche, von der Zahl der Transaktionen oder dem mit ihnen erzielten Umsatz unabhängige Nutzungsgebühr verlangt, spreche dies grundsätzlich dagegen, dass das Entgelt im Sinne eines schutzzweckrelevanten Zusammenhangs unter Verstoß gegen § 11 Abs. 1a ApoG gerade für das Sammeln, Vermitteln oder Weiterleiten des E-Rezepts gezahlt wird, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass es sich um eine verdeckte Erfolgsprovision handelt, etwa weil die geforderte Vergütung mit Blick auf den gebotenen Leistungsumfang überhöht ist.

Die in den Niederlanden ansässige Klägerin betreibt eine Online-Plattform, über die niedergelassene Apotheken und Versandapotheken durch Abschluss eines "Partnervertrags" apothekenpflichtige, aber nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel und andere Produkte, etwa Kosmetika und Nahrungsergänzungsmittel, anbieten und verkaufen können. Die Klägerin selbst bietet keine Apothekenprodukte an. Teilnehmende Apotheken sollen über die Online-Plattform der Klägerin auch das Einlösen von elektronischen Rezepten (nachfolgend: E-Rezepten) anbieten können, was Kunden ermöglicht, rezeptpflichtige Arzneimittel von ihnen zu erhalten. Nach einer Startphase mit Sonderkonditionen sollen die teilnehmenden Apotheken eine "monatliche Grundgebühr" von 399 € für die Nutzung der Online-Plattform zahlen. Auf Bestellungen von Produkten, die apothekenpflichtig, aber nicht verschreibungspflichtig sind, soll die Klägerin zusätzlich eine "Transaktionsgebühr" in Höhe von 10 % des Nettoverkaufspreises erhalten. Einen entsprechenden Partnervertrag schloss die Klägerin im Januar 2022 mit einem niedergelassenen Apotheker ab. Die Beklagte, die berufsständische Organisation der Apotheker im entsprechenden Kammerbezirk, ließ die Klägerin im September 2021 mit der Begründung abmahnen, ihr Plattformmodell sei wegen Verstoßes gegen das in § 11 Abs. 1a ApoG geregelte Verbot des Rezeptmakelns unzulässig und die Erhebung von Gebühren im Zusammenhang mit dem Vertrieb nicht preisgebundener Arzneimittel verstoße gegen § 8 S. 2 ApoG.

Der BGH hat entschieden, dass der Beklagten kein Unterlassungsanspruch gemäß § 8 Abs. 1 S. 1, § 3a UWG zustünde, weil die Klägerin durch die angegriffene Vertragsgestaltung nicht gegen § 11 Abs. 1a ApoG verstoße. Nach § 11 Abs. 1a ApoG sei es für die in § 11 Abs. 1 S. 1 ApoG genannten Dritten unzulässig, Verschreibungen, auch Verschreibungen in elektronischer Form oder elektronische Zugangsdaten zu Verschreibungen in elektronischer Form, zu sammeln, an Apotheken zu vermitteln oder weiterzuleiten und dafür für sich oder andere einen Vorteil zu fordern, sich einen Vorteil versprechen zu lassen, anzunehmen oder zu gewähren. Das vorinstanzliche Berufungsgericht habe zu Recht angenommen, dass die Klägerin bei dem Betrieb ihres Internetmarktplatzes mit Blick auf die darin vorgesehene Funktion des Einlösens von E-Rezepten nicht gegen § 11

Abs. 1a ApoG verstoße. Selbst bei (unterstelltem) Vorliegen einer der tatbestandlichen Handlungsformen des Sammelns, Vermittelns oder Weiterleitens i.S.d. § 11 Abs. 1a ApoG sei der Tatbestand nicht erfüllt, weil die monatliche "Grundgebühr" in Höhe von 399 € nicht als Vorteil gerade für die Handlungen versprochen oder gewährt werde, in denen die Beklagte ein "Weiterleiten" oder "Vermitteln" von elektronischen Verschreibungen sieht. Es bestünde nicht der erforderliche schutzzweckrelevante Zusammenhang zwischen den in § 11 Abs. 1a ApoG genannten Tathandlungen und dem versprochenen oder gewährten Vorteil. Der Wortlaut von § 11 Abs. 1a ApoG impliziere mit dem finalen Adverb "dafür", dass der Vorteil gerade auf die tatbestandsmäßigen Handlungen des Sammelns, Vermittelns oder Weiterleitens bezogen sein müsse. Nach der Begründung des Gesetzentwurfs diene die schlagwortartig als Verbot des Rezeptmakelns bezeichnete Regelung des § 11 Abs. 1a ApoG zum einen dem Schutz der Freiheit der Versicherten bei der Auswahl der Apotheke, zum anderen der Sicherung einer flächendeckenden Versorgung mit Arzneimitteln durch wohnortnahe Apotheken. Nach Normstruktur und Schutzzweck weise § 11 Abs. 1a ApoG Übereinstimmungen mit den Vorschriften des ärztlichen Berufsrechts auf, nach denen es Ärzten untersagt ist, für die Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial oder für die Verordnung oder den Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten ein Entgelt oder andere Vorteile zu fordern, sich oder Dritten versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren. In der Rechtsprechung des BGH sei anerkannt, dass zwischen der Zuweisung von Patienten und dem gewährten Vorteil ein schutzzweckrelevanter Zusammenhang bestehen müsse, an dem es fehle, wenn der Vorteil nicht als Provision für die Vermittlung von Patienten, sondern für eine ärztliche Tätigkeit oder für die Nutzung eines virtuellen Marktplatzes gewährt werde. Hänge der Vorteil hingegen unmittelbar von der Zahl der vom Arzt ausgesprochenen Verweisungen oder dem damit erzielten Umsatz ab, so sei der erforderliche Zusammenhang gegeben. Es sei sachgerecht, den im ärztlichen Berufsrecht anerkannten Zusammenhang zwischen Tathandlung und Vorteil auch für die Anwendung des in § 11 Abs. 1a ApoG vorgesehenen Verbots des Rezeptmakelns zu verlangen. Im Streitfall fehle es am schutzzweckrelevanten Zusammenhang zwischen Tathandlung und Vorteil im Sinne des § 11 Abs. 1a ApoG. Die Klägerin erhalte die monatliche, von der Zahl der Transaktionen unabhängige Grundgebühr nicht für das Sammeln, Vermitteln oder Weiterleiten von Rezepten, sondern für das Zurverfügungstellen einer Marktplatz-Infrastruktur. Die apothekenrechtlichen Schutzzwecke, die Wahlfreiheit der Versicherten und eine flächendeckende Arzneimittelversorgung durch wohnortnahe Apotheken zu gewährleisten, stünden dem im Streitfall beanstandeten Plattformangebot der Klägerin nicht entgegen. Die freie Apothekenwahl sei im Streitfall nicht beeinträchtigt. Die freie Entscheidung der Kunden, von welcher Apotheke sie ein ihnen verschriebenes Medikament beziehen möchten, werde durch das Marktplatzmodell der Klägerin nicht beeinträchtigt. Der Kunde könne vielmehr selbst darüber bestimmen, anhand welcher Parameter er eine Apotheke auswählt, wenn es etwa seinem Wunsch entspricht, die Apotheke seiner Wahl zunächst nicht persönlich aufsuchen zu

müssen. Die Online-Plattform biete Patienten lediglich einen zusätzlichen Weg für die Einlösung von elektronischen Rezepten. Die Apothekenwahlfreiheit werde auch nicht dadurch beschränkt, dass auf dem Marktplatz der Klägerin nur solche Apotheken angezeigt werden, die einen entsprechenden Partnervertrag mit ihr abgeschlossen haben. Der Kunde habe vielmehr durch den Aufruf der Plattform der Klägerin sein Wahlrecht bereits eigenverantwortlich auf Apotheken konkretisiert, die diesen Kommunikationskanal nutzen. Zudem sei eine vom Marktplatzmodell der Klägerin ausgehende Gefährdung der flächendeckenden Arzneimittelversorgung durch wohnortnahe Apotheken nicht ersichtlich. Die Klägerin biete die Nutzung ihres Marktplatzes für eine monatliche Festgebühr an. Eine monatliche, von der Zahl der Transaktionen oder dem mit ihnen erzielten Umsatz unabhängige Nutzungsgebühr spreche grundsätzlich dagegen, dass das Entgelt im Sinne eines schutzzweckrelevanten Zusammenhangs gerade für die Vermittlung des E-Rezepts gezahlt wird, sofern - wie vorliegend - keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass es sich um eine verdeckte Provision für die Rezeptvermittlung handelt, etwa weil die geforderte Vergütung mit Blick auf den gebotenen Leistungsumfang überhöht ist.

Das vorinstanzliche Berufungsgericht war hinsichtlich der vertraglichen Verpflichtung der teilnehmenden Apotheken zur Zahlung einer Gebühr von 10 % des Nettoverkaufspreises für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel noch der Ansicht, dass diese gegen § 8 S. 2 ApoG verstoße. Der BGH entschied jedoch, dass mit der vom Berufungsgericht gegebenen Begründung ein Verstoß der Klägerin gegen § 3a UWG in Verbindung mit § 8 S. 2 Fall 2 ApoG nicht angenommen werden könne. Nach § 8 S. 2 ApoG seien Beteiligungen an einer Apotheke in Form einer stillen Gesellschaft und Vereinbarungen, bei denen die Vergütung für dem Erlaubnisinhaber gewährte Darlehen oder sonst überlassene Vermögenswerte am Umsatz oder am Gewinn der Apotheke ausgerichtet ist, insbesondere auch am Umsatz oder Gewinn ausgerichtete Mietverträge, unzulässig. Auf diese Weise sollen sog. partiarische Rechtsverhältnisse, in denen sich der Gläubiger die beruflichen und wirtschaftlichen Fähigkeiten des Apothekeninhabers zu Nutze macht und an den Erlösen der Apotheke partizipiert, ausgeschlossen werden. Die Regelung des § 8 S. 2 ApoG sei Ausdruck der gesetzgeberischen Zielvorstellung, dem Apotheker die eigenverantwortliche Führung und Leitung seines Betriebs sowohl in fachlicher, also wissenschaftlich-pharmazeutischer, als auch in betrieblicher und wirtschaftlicher Hinsicht zu ermöglichen, ohne (auch nur indirekt) bei seinen Entscheidungen von Dritten beeinflusst oder bestimmt zu werden. Die berufliche Verantwortung und Entscheidungsfreiheit des Apothekers sollen nicht durch unangemessene vertragliche Bedingungen, die ihn in wirtschaftliche Abhängigkeit von Dritten bringen, beeinträchtigt werden. Dadurch solle sichergestellt werden, dass er seiner öffentlichen Aufgabe, eigenverantwortlich an der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung mitzuwirken, in sachgerechter Weise nachkommt. Eine Vergütung, die sich - wie hier - am Umsatz oder am Gewinn einzelner Geschäfte ausrichtet, könne nur dann als im Sinne von § 8 S. 2 ApoG am Umsatz oder am Gewinn der Apotheke ausgerichtet angesehen werden, wenn Umsatz und Gewinn der Apotheke zu einem wesentlichen Teil auf den auf diese Weise getätigten Geschäften beruhen.

Konkrete Feststellungen dazu, dass die angegriffene Vertragsgestaltung geeignet wäre, die wirtschaftliche Unabhängigkeit der teilnehmenden Apotheken zu gefährden, habe das Berufungsgericht nicht getroffen, insbesondere nicht dazu, welchen Anteil an Umsatz und Gewinn der Vertrieb von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln insgesamt ausmacht, so dass ermittelbar wäre, welcher Anteil auf die zehnprozentige Transaktionsgebühr entfällt.
Quelle: BGH, Urt. v. 20.02.2025, I ZR 46/24

OLG Dresden: Keine Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht im Rahmen der Prüfung einer Kindeswohlgefährdung

Das Oberlandesgericht Dresden (OLG) hat entschieden, dass die Vorlage eines Attestes als Beleg für eine Entschuldigung regelmäßig mit einer Entbindung des Arztes von seiner Schweigepflicht verbunden sei. Diese umfasse auch weitere in die Behandlung einbezogene Ärzte eines medizinischen Versorgungszentrums.

Der Kläger begehrt vom Beklagten die Zahlung von Schmerzensgeld für eine behauptete Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht. Der Kläger ist Vater eines Kindes. Der Kläger und seine Ehefrau ließen das Kind seit März 2020 nicht mehr am Präsenzunterricht in der Schule teilnehmen. Der Kläger ließ sich im einem MVZ Atteste, lautend auf die Erkrankung „Sinubronchiales Syndrom“ ausstellen, in denen vermerkt war, auch sein Sohn könne wegen dieser schwerwiegenden Erkrankung des Klägers nicht am Präsenzunterricht der Schule teilnehmen, weil die Ansteckungsgefahr zu groß sei. Die hiermit verbundene langfristige Abschottung des Kindes von der Außenwelt nahm das zuständige Jugendamt der Stadt Leipzig zum Anlass, ein Verfahren zur Feststellung einer Kindeswohlgefährdung einzuleiten, in dessen Verlauf die zuständigen Bearbeiter Kenntnis von den o.a. Attesten erhielten. Nach schriftlichem Hinweis auf eine sich rechtliche Verpflichtung zur Auskunftserteilung erläuterte sodann der Geschäftsführer des MVZ das attestierte Krankheitsbild näher, wobei er darauf verwies, dass die Erkrankung des Klägers nach seiner Einschätzung nicht so schwerwiegend sei, dass ein Schulbesuch des Kindes ausscheide. Der Kläger sieht hierin eine Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht.

Das OLG entschied, dass der Kläger weder nach § 823 Abs. 2 BGB i.V.m. einem Schutzgesetz (hier: § 203 Abs. 1 StGB) BGB, noch nach § 823 Abs. 1 BGB noch nach Art. 82 DSGVO einen Anspruch auf Ersatz des behaupteten immateriellen Schadens habe. Der Beklagte habe nicht schuldhaft gegen die Pflichten aus § 203 StGB verstoßen. Hiernach ist es u.a. einem Arzt verboten, unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis zu offenbaren. Es sei bereits zweifelhaft, ob der Beklagte überhaupt ein „Geheimnis“ offenbart hat. Er habe nämlich bestritten, gegenüber der Jugendamtsmitarbeiterin überhaupt Auskünfte bezogen auf den konkreten Gesundheitszustand des Klägers und damit ein Privatgeheimnis des Klägers preisgegeben zu haben und sich stattdessen darauf berufen, er habe lediglich den Inhalt und die Bedeutung der im Attest vermerkten Krankheit und deren Folgen für einen etwaigen Schulbesuch des Kindes erläutert. Damit hätte er kein „Geheimnis“ preisgegeben, denn der Kläger selbst habe diese Gesundheitsinformationen je-

denfalls der Schule gegenüber offengelegt um eine Schulbefreiung des Kindes zu begründen. Dafür, dass der Beklagte über die in den Attesten enthaltenen Informationen hinaus - etwa aus der Krankenakte des Klägers - etwas preisgegeben hat, habe der insoweit als Anspruchsteller beweisbelastete Kläger keinen Beweis angeboten. Allerdings könne im Ergebnis offenbleiben, ob der Beklagte ein „Geheimnis“ offenbart habe, denn dies wäre jedenfalls nicht „unbefugt“ erfolgt. Es könne vielmehr nach Auffassung des OLG in der hier vorliegenden Konstellation davon ausgegangen werden, dass der Kläger mit der Vorlage der Atteste gegenüber der Schule seines Sohnes nach dem objektiven Empfängerhorizont zugleich auch eine konkludente Einwilligung bezüglich konkreter Nachfragen zu diesem Attest erteilt habe. Die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung als Beleg für eine Entschuldigung sei regelmäßig mit einer konkludenten Entbindung des ausstellenden Arztes von der ärztlichen Schweigepflicht verbunden. Vom Vorliegen einer solchen Einwilligung sei u.a. auszugehen, wenn die Inanspruchnahme des Schweigepflichtigen durch den Geschützten speziell im Hinblick auf die von einem Dritten, abverlangten Informationen erfolgt. Gleiches gelte, wenn dem Betroffenen an der Geheimhaltung der fraglichen Tatsachen nichts liege, weil er an ihrer Verwertung durch Dritte geradezu ein Interesse hat. Vorliegend stammte das vom Kläger vorgelegte Attest zwar nicht von dem Beklagten, der aber als Geschäftsführer des MVZ auch für die von anderen Ärzten seines Hauses erstellten Atteste die medizinische Gesamtverantwortung trug, sodass sich die Entbindung von der Schweigepflicht nicht nur auf die konkret mit diesem Attest befassten Ärzte, sondern auf die gesamte Einrichtung des MVZ beziehen würde. Angesichts der im SGV VIII angelegten engen Kooperation zwischen Schule und Jugendamt bei der Schule bekanntgewordenen Kindeswohlgefährdungen und vor dem Hintergrund des Interesses des Klägers, mit seiner Erkrankung eine längerfristige schulische und soziale Isolierung seines Sohnes vom schulischen Umfeld zu rechtfertigen, hätte dieser auch davon ausgehen müssen, dass dieses Attest dem Jugendamt zur Kenntnis gelangen würde, weshalb er aus Sicht eines objektiven Dritten bereits mit der Vorlage gegenüber der Schule seine konkludente Einwilligung auch zu Auskünften gegenüber diesem erteilt habe, die sich auch auf etwaige notwendige Erläuterungen beziehen würden. Allerdings wäre auch ohne konkludente Einwilligung die - unterstellte - Geheimnispreisgabe nicht unerlaubt erfolgt, denn der Beklagte sei hierzu seitens des Jugendamtes im Rahmen der von Amts wegen durchzuführenden Prüfung einer Kindeswohlgefährdung unter ausdrücklichem schriftlichem Hinweis auf die dann entbehrliche Schweigepflichtsentbindung aufgefordert worden. Die Auffassung, § 8a SGB VIII setze eine feststehende Kindeswohlgefährdung bereits voraus, treffe nicht zu. Die Regelung des § 8a SGB VIII diene vielmehr der einer solchen Feststellung vorgelagerten Prüfung, ob eine solche Gefährdung vorhanden ist. Angesichts einer mehrmonatigen vollständigen Abschottung und sozialen Isolierung des Kindes von der Außenwelt hätten hier auch nach Auffassung des OLG „gewichtige Anhaltspunkte“ für eine Kindeswohlgefährdung vorgelegen, die weitergehende Ermittlungen des Jugendamts und in diesem Rahmen ein Absehen von der ärztlichen Schweigepflicht des Beklagten geboten hätten.

Quelle: OLG Dresden, Beschl. v. 08.10.2024, 4 U 852/24

LSG Bayern: Antrag einer weiteren Teilzulassung bei Vorliegen einer Zulassung mit vollem Versorgungsauftrag

Das Landessozialgericht Bayern (LSG) hat entschieden, dass der Antrag eines Vertragsarztes, der bereits über zwei Zulassungen zur vertragsärztlichen Versorgung mit jeweils hälftigem Versorgungsvertrag verfügt, auf Erteilung einer weiteren Teilzulassung nicht im Rahmen einer Auswahlentscheidung berücksichtigungsfähig sei.

Der Kläger, Facharzt für Urologie, verfügt über eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung mit hälftigem Versorgungsvertrag in N, sowie eine weitere hälftige Zulassung in B und eine Filialgenehmigung in P. Mit Beschluss vom 13.12.2019 hob der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Zulassungsbeschränkungen für die Arztgruppe der Urologen im Planungsbereich Landkreis N auf und stellte fest, dass dort Überversorgung nicht mehr besteht. Der Beschluss erfolgte unter der Auflage, dass Zulassungen nur vorgenommen werden dürfen bis für die Arztgruppe Überversorgung eingetreten ist, was die Besetzung eines halben Versorgungsauftrags ermöglichte. Auf den ausgeschriebenen hälftigen Vertragsarztsitz bewarben sich der Kläger, seine Tochter und eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG). Der Zulassungsausschuss (ZA) erteilte der BAG die beantragte Anstellungsgenehmigung und lehnte die weiteren Anträge mit Beschluss vom 20.05.2020 (Bescheid vom 15.06.2020) ab. Zum Antrag des Klägers führte er aus, gegen eine Zulassung des Klägers bestünden unter anderem rechtliche Bedenken, denn eine dritte Teilzulassung sei neben zwei bereits bestehenden Teilzulassungen nicht möglich. Deshalb könne dem Zulassungsantrag des Klägers nicht entsprochen werden. Der Kläger hat hiergegen Widerspruch eingelegt. Diesen wies der Beklagte zurück. Gegen diese Entscheidung legte der Kläger Klage sodann zum Sozialgericht (SG) ein. Dieses wies die Klage jedoch erstinstanzlich ab, woraufhin der Kläger in Berufung ging.

Das LSG entschied, dass das SG zu Recht die Klage abgewiesen habe. Der Bescheid des Beklagten sei rechtmäßig und verletze den Kläger nicht in seinen Rechten. Die Rechtsfrage, ob bei Vorliegen einer Zulassung mit einem vollen Versorgungsauftrag eine weitere hälftige Zulassung möglich ist, sei bereits höchstrichterlich geklärt. In zahlreichen Entscheidungen habe das BSG dargelegt, dass einem Arzt nicht mehr als eine Zulassung mit vollem Versorgungsauftrag zugeordnet werden kann. Nach § 95 SGB V könne dem Arzt nur eine vertragsärztliche Zulassung erteilt werden. Nach § 95 Abs. 1 S. 1 SGB V nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren teil. Die Zulassung nach § 95 Abs. 1 S. 1 SGB V sei die rechtliche Grundlage für eine Teilnahme des Arztes an der vertragsärztlichen Versorgung. Sie beinhalte die Zuerkennung einer öffentlich-rechtlichen Berechtigung durch Stellen staatlicher Verwaltung. Gemäß § 95 Abs. 3 S. 1 Hs. 2 SGB V bewirke sie, dass der Vertragsarzt "zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang seines aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrages berechtigt und verpflichtet ist". Von Sonderfällen wie zwei hälftigen Zulassungen sowie der Doppelzulassung als Zahnarzt und als Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie abgesehen, gebe es im Rechtssinne nur "die Zulassung", nicht

hingegen eine Mehrzahl derselben. Die Zulassung umfasse auch bei einer zugelassenen Tätigkeit in zwei Fachgebieten stets insgesamt nur einen vollen Versorgungsauftrag. Nach § 95 Abs. 6 sei "die" Zulassung zu entziehen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, der Vertragsarzt die vertragsärztliche Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt oder seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt. Der Zulassungsausschuss könne in diesen Fällen statt einer vollständigen auch die Entziehung der Hälfte oder eines Viertels der Zulassung beschließen. Das Ergebnis, dass es aber nur eine Zulassung im Rechtssinne gibt, folge nicht allein aus dem höchstpersönlichen Charakter der Zulassung, sondern auch aus dem Umstand, dass mit der Zulassung ein Versorgungsauftrag verbunden ist und kein Vertragsarzt mehr als einen Versorgungsauftrag ausüben kann. Der Versorgungsauftrag bestimme den Umfang der Teilnahmeverpflichtung und -berechtigung. Zulassung und Versorgungsauftrag seien untrennbar miteinander verbunden. Der Versorgungsauftrag "folge" aus der Zulassung. Die Zulassung umfasse stets insgesamt nur einen vollen Versorgungsauftrag, der auch reduziert als Teil - in Gestalt eines hälftigen Versorgungsauftrags - oder "geteilt" - in Gestalt zweier hälftiger Versorgungsaufträge - wahrgenommen werden könne. Dies entspreche der Systematik des Zulassungsrechts. Im Hinblick auf die Anknüpfung der Zulassung und damit des Versorgungsauftrags an einen konkreten Ort der Niederlassung (Vertragsarztsitz; vgl. § 24 Abs. 1 Ärzte-ZV) werde bei Übernahme zweier hälftiger Versorgungsaufträge nun auch von zwei "hälftigen Zulassungen" gesprochen, die sich als hinsichtlich der Bindung an zwei Sitze geteilte Zulassung beschreiben lasse. Die Zulassung mit vollem Versorgungsauftrag verpflichte den Arzt nach § 19a Abs. 1 Ärzte-ZV, seine vertragsärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben. Für das Hinzutreten eines dritten "hälftigen" Versorgungsauftrags habe das BSG mehrfach entschieden, dass einem Arzt nicht mehr als eine Zulassung mit vollem Versorgungsauftrag zugeordnet werden könne. Der Annahme, dass ein Arzt über mehr als einen Versorgungsauftrag verfügen könnte, stünden die bereits umfassende Inpflichtnahme durch einen vollen Versorgungsauftrag sowie Gesichtspunkte der Bedarfsplanung und der vertragsärztlichen Honorarverteilung entgegen. An diesem Grundsatz habe sich auch durch die seit den Änderungen durch das VÄndG bestehenden und mit dem TSVG erweiterten Möglichkeiten zur Reduzierung des Versorgungsauftrags nach § 19a Abs. 2 Ärzte-ZV nichts geändert. Die darin liegende Beschränkung der Berufsausübungsfreiheit stünde mit Art. 12 Abs. 1 GG im Einklang. Denn nach § 19a Ärzte-ZV sei der (voll) zugelassene Arzt verpflichtet, seine vertragsärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben. Das bedeute zwar nicht zwingend eine Tätigkeit in Zulassung im Umfang von 40 Stunden. Gleichwohl dürfe umgekehrt keine Orientierung allein an der Mindestsprechstundenzahl des Absatzes 1 Satz 2 ff. erfolgen. Denn Notfälle und saisonbedingtes höheres Patientenaufkommen sollten vom voll Zugelassenen zusätzlich versorgt werden, auch wenn die Mindestsprechstundenzahl keine Kapazität mehr aufweist. In Ansehung der Bedarfsplanung seien Verzerrungen zu vermeiden, die entstünden, weil ein Arzt in einem Planungsbereich mit relativ wenigen Versorgungsaufträgen in einer Arztgruppe 1,5 (oder mehr) Versorgungsaufträge an sich zieht, somit nicht mehr versorgte Patientenströme zu

ihm zwingt, weil die verbliebenen anderen Behandler diese kapazitätsmäßig nicht mehr versorgen können. Wenn dann der an der Mindestsprechstundenzahl orientierte Arzt die zu ihm strömenden Versicherten aus Kapazitätsgründen abweise, drohe eine tatsächliche Unterversorgung des planungsrechtlich ausreichend bzw. überversorgten Bereichs.
Quelle: LSG Bayern, Beschl. v. 21.10.2024, L 12 KA 16/23

LSG Berlin-Brandenburg: Missbrauch der Kooperationsform Praxisgemeinschaft

Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg (LSG) hat entschieden, dass ein Missbrauch der Kooperationsform bei einer aus zwei Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie bestehenden fachgruppengleichen Praxisgemeinschaft anzunehmen sei, wenn das Aufgreifkriterium von 20 Prozent gemeinsamer Patienten in mehreren Quartalen teils erheblich überschritten wird, in einer Vielzahl von Fällen (Blanko-)Überweisungen an den Praxispartner ohne Angabe des konkreten Überweisungsgrundes stattfinden, Versichertenkarten regelmäßig bei beiden Praxispartnern am selben Tag eingelesen werden und gegenseitige Vertretungen auf Zuruf stattfinden.

Im Streit steht die Rechtmäßigkeit von Honorarrückforderungen für die Quartale I/2011 bis III/2013 wegen missbräuchlicher Nutzung der Kooperationsform der Praxisgemeinschaft. Der Kläger nimmt seit Oktober 2009 als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie an der vertragsärztlichen Versorgung teil. In den streitigen Quartalen bildete er am Standort T eine Praxisgemeinschaft mit dem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. G, der ebenfalls an der vertragsärztlichen Versorgung teilnahm. In den streitigen Quartalen verfügte der Kläger u.a. über eine Abrechnungsgenehmigung für Akupunktur und Dr. G u.a. über eine Abrechnungsgenehmigung für Chirotherapie (manuelle Therapie, seit 2. November 2010). Seit dem Oktober 2015 sind beide Ärzte als Berufsausübungsgemeinschaft an diesem Standort tätig. Mit Schreiben vom 14.02.2013 teilte die Beklagte Dr. G mit, dass sie hinsichtlich der Quartale II/2010 bis IV/2010 eine Plausibilitätsprüfung nach § 106a SGB V durchführe, weil der Anteil der Patienten, die auch vom Kläger behandelt würden, auffällig hoch sei. Dr. G erklärte die Patientenidentität daraufhin wie folgt: Er habe den Kassenarztsitz erst am 07.04.2010 zugesprochen bekommen. In den Quartalen II/2010 und III/2010 habe ihm die Abrechnungsgenehmigung für Leistungen in der Röntgendiagnostik des gesamten Skeletts gefehlt. Zusätzlich habe in den Quartalen II/2010 bis IV/2010 noch die Abrechnungsgenehmigung für die Sonographie des Bewegungsapparates gefehlt. Er habe daher Patienten überwiesen. Außerdem verfüge der Kläger über die Weiterbildung für Akupunktur, die er nicht besitze, so dass er regelmäßig Patienten überweise mit der Frage, ob eine solche Therapie indiziert und erfolgsversprechend sei. Auf der anderen Seite besitze er die Weiterbildung für manuelle Therapie, die der Kläger nicht habe, so dass auch er regelmäßig Patienten überweise. Des Weiteren habe er – Dr. G – sich auf die obere Extremität spezialisiert und der Kläger auf die untere. Dies führe dazu, dass Patienten, bei denen eine OP-Indikation abgeklärt werden solle, zu dem jeweils spezialisierten Kollegen wechselten. Die Beklagte teilte Dr. G mit, dass das Plausibilitätsverfahren hinsichtlich

der Quartale II/2010 bis IV/2010 eingestellt werde. Der Plausibilitätsausschuss habe empfohlen, das Verfahren zu beenden, da eine rechtliche Fehlerhaftigkeit der ärztlichen Abrechnungen nicht habe festgestellt werden können. Dem sei die Beklagte gefolgt. Im März 2014 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass sie eine Plausibilitätsprüfung nach § 106a SGB V aufgrund von auffällig hoher Patientenidentität mit der Praxis Dr. G in den Quartalen I/2011 bis IV/2012 sowie II/2013 und III/2013 durchführe. Der Kläger erklärte hierzu, seine Abrechnungsgenehmigung für Akupunktur führe zu einem großen Patientenstrom von Herrn Dr. G zu seiner Praxis. Dr. G habe die Abrechnungsgenehmigung für Akupunktur noch nicht erhalten. Andererseits verfüge Dr. G über eine Abrechnungsgenehmigung für manuelle Therapie, was zu Überweisungen an dessen Praxis führe. Darüber hinaus sei Dr. G auf arthroskopische Eingriffe im Bereich der oberen Extremitäten spezialisiert, während er, der Kläger, den Bereich der unteren Extremitäten abdecke. Auch aus diesem Grund komme es regelmäßig zu Überweisungen an den spezialisierten Kollegen. Hinsichtlich der Quartale I/2011 bis III/2013 gelangte der Plausibilitätsausschuss nach stichprobenhafter Analyse von insgesamt 55 Doppelbehandlungsfällen (5 pro Quartal, auch I/2013) zu der Einschätzung, dass die Kooperationsform der Praxisgemeinschaft i.S.d. § 33 Abs. 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte – Ärzte-ZV – missbräuchlich genutzt worden sei. Die Beklagte hob daher die Honorarbescheide des Klägers für die Quartale I/2011 bis III/2013 teilweise auf, nahm eine sachlich-rechnerische Berichtigung vor und forderte vom Kläger Honorar in Höhe von insgesamt 88.779,42 Euro zurück. Zur Begründung teilte die Beklagte mit, dass nur ein geringer Anteil der gemeinsamen Patienten auf gerechtfertigte Überweisungen zurückzuführen sei. Bei den übrigen Doppelbehandlungsfällen seien Leistungen erbracht und abgerechnet worden, die der erstbehandelnde Arzt habe erbringen können. Nach erfolglosem Widerspruch erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht (SG). Diese blieb erfolglos, sodass der Klägerin in Berufung ging.

Das LSG wies die Klage ebenfalls als überwiegend unbegründet ab. Die erhobene Honorarrückforderung sei nicht zu beanstanden. Das SG habe zutreffend ausgeführt, dass auch das regelmäßige Einlesen der Versichertenkarten bei beiden Ärzten am selben Tag gewichtig auf einen Formenmissbrauch hindeute und der Kläger dieses Indiz – unter Berücksichtigung seiner Pflicht zur transparenten Realisierung der Rechtsform der Praxisgemeinschaft – nicht durch Verweis auf eine „übliche Verwaltungspraxis“ entkräften könne. Soweit der Kläger zusätzlich ausgeführt habe, die Versichertenkarten seien nicht gleichzeitig, sondern nur am selben Tag eingelesen worden, wenn am Tag der Behandlung durch den einen Arzt (nach der Behandlung) ein Bedarf für eine Behandlung auch durch den anderen Arzt festgestellt worden sei, stelle dies ebenfalls keinen ausreichenden Erklärungsansatz dar. Die Versichertenkarten wurden nach den Feststellungen der Beklagten in 39 der 55 überprüften Fälle am selben Tag eingelesen. Dies entspriche einer Quote von etwa 71 Prozent. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb in 71 Prozent der Fälle am Tag der Behandlung ein Bedarf für eine Behandlung durch den anderen Arzt festgestellt worden sein soll, obwohl es sich sowohl beim Kläger als auch bei Dr. G um Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie handele und gemäß § 24 Abs. 3 S. 2,

Abs. 4 BMV-Ä Überweisungen an einen Vertragsarzt derselben Fachgruppe grundsätzlich ausgeschlossen sind. Ein solch hoher Prozentsatz lasse sich insbesondere nicht allein mit anderen Behandlungsschwerpunkten und Abrechnungsgenehmigungen der beiden Ärzte erklären. Für einen Formenmissbrauch würden zudem die Blankoüberweisungen zwischen dem Kläger und Dr. G sprechen. Es treffe zwar zur, dass der überweisende Vertragsarzt nach § 24 Abs. 7 S. 1 BMV-Ä die Diagnose, Verdachtsdiagnose oder Befunde bei der Überweisung nur „grundsätzlich“ mitteilen „soll“. Dies ändere aber nichts daran, dass sich der Kläger die insoweit fehlenden Angaben in der vorliegenden Situation, in der es um Überweisungen an einen fachgleichen Arzt geht und er verpflichtet ist, die von ihm geltend gemachte Rechtsform der (bloßen) Praxisgemeinschaft transparent zu realisieren (siehe oben), entgegenhalten lassen müsse. Ohne diese Angaben sei es nicht möglich, zu überprüfen, ob für die Überweisungen ein ausreichender medizinischer Grund vorlag und bestünde der deutliche Anschein unzulässiger gemeinschaftlicher Behandlung. Dies gelte umso mehr, als der Kläger selbst ausführt, dass die Soll-Vorschrift des § 27 Abs. 7 S. 1 BMV-Ä deswegen nicht habe eingehalten werden müssen, weil ein enger persönlicher Austausch (über die bei den Patienten vorliegenden Diagnosen) möglich gewesen sei. Dieser Einwand verstärke gerade den starken Anschein einer Praxis, die nicht nur auf eine gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und -einrichtungen (Praxisgemeinschaft), sondern auf die gemeinschaftliche Behandlung von Patienten (Gemeinschaftspraxis) angelegt war. Zudem sei zu berücksichtigen, dass der Kläger den hohen Anteil identischer Patienten wesentlich damit begründet, dass er Patienten, bei denen möglicherweise Chirotherapie erforderlich gewesen sei, mangels eigener Abrechnungsgenehmigung für diese Therapie an Dr. G überwiesen habe, während umgekehrt Dr. G Patienten, bei denen möglicherweise eine Akupunktur nötig gewesen sei, mangels entsprechender Abrechnungsgenehmigung an ihn überwiesen habe. Diese Erklärung lasse sich nicht zuverlässig nachvollziehen, da die (Blanko-)Überweisungen dafür selbst nichts hergeben und eine Chirotherapie oder Akupunkturbehandlung in den Fällen, die in die Berechnung der Rückforderung eingegangen sind, gerade nicht stattgefunden habe. Dass der Anteil identischer Patienten nach den Angaben des Klägers drastisch zurückgegangen sei, nachdem er eine Abrechnungsgenehmigung für manuelle Therapie und Dr. G eine Abrechnungsgenehmigung für Akupunktur erworben hätten, belege den Erklärungsansatz des Klägers nicht zuverlässig. Ebenso wenig lasse sich die für eine Praxisgemeinschaft untypisch hohe Quote gemeinsamer Patienten mit Vertretungsfällen erklären. Der Kläger habe selbst ausgeführt, dass zulässige Vertretungen im Sinne des § 32 Ärzte-ZV nicht mehr belegt werden könnten. Die vom Kläger geltend gemachte kollegiale Vertretung – auf Zuruf und nach den täglichen Notwendigkeiten – sei gerade in Gemeinschaftspraxen üblich und entlaste den Kläger nicht. Aus § 20 Abs. 1 der Berufsordnung für Ärzte, § 72 Abs. 1 SGB V, § 28 Abs. 1 SGB V und § 13 Abs. 7 BMV-Ä folge nichts anderes. Auch ein Verstoß gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz sei nicht ersichtlich. Soweit der Kläger angibt, dass es praxisfern gewesen wäre, einen Patienten bei kurzfristiger Verhinderung eines Arztes wegzuschicken, lasse dies vielmehr wiederum darauf

schließen, dass die Praxis tatsächlich unter Verletzung der Pflicht zur transparenten Realisierung der von ihm gewählten Rechtsform wie eine Gemeinschaftspraxis geführt wurde. Der angefochtene Bescheid sei auch sonst rechtmäßig. Ein Verschulden des Klägers sei nicht Voraussetzung der sachlich-rechnerischen Richtigstellung. Im Übrigen habe der Kläger aber auch grob fahrlässig gehandelt, also die erforderliche Sorgfalt eines Vertragsarztes in besonders schwerem Maße verletzt. Durch die Art und Weise der Praxisführung – insbesondere mit einer das Aufgreifkriterium teils erheblich überschreitenden Patientenidentität, Vertretungen auf Zuruf, dem häufigen zusätzlichen Einlesen der Versichertenkarten beim Praxispartner am selben Tag und Blankoüberweisungen an den fachgleichen Kollegen – sei die Grenze einer Kooperation in bloßer Praxisgemeinschaft offenkundig und nach jeder denkbaren Betrachtung überschritten gewesen.
Quelle: LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 18.09.2024, L 7 KA 4/23

SG Nürnberg: Voraussetzungen eines Nachbesetzungsrechts eines MVZ für eine Viertel-Arztstelle

Im Rahmen eines Rechtsstreits um die Nachbesetzung einer viertel Arztstelle hatte sich das Sozialgericht Nürnberg (SG) mit den Voraussetzungen des Nachbesetzungsrechts zu befassen.

Die Klägerin (GmbH) betreibt ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) mit angestellten, hausärztlich tätigen Ärzten. Der Klägerin war die Genehmigung zur dortigen Beschäftigung von Frau X. als hausärztlich tätige im Umfang von zehn Wochenstunden (Bedarfsplanungsanrechnungsfaktor 0,25) erteilt worden. Diese war bis 31.12.2020 im MVZ der Klägerin angestellt. Mit E-Mails vom 03.01.2022/04.01.2022 teilte eine Mitarbeiterin der Klägerin dem ZA mit, ihr sei "mit Schrecken aufgefallen", dass die Nachbesetzungsfrist des vakanten viertel Sitzes zum 31.12.2021 geendet habe. Man frage an, ob es noch eine Möglichkeit gebe, die Nachbesetzungsfrist ausnahmsweise noch zu verlängern, auch wenn die Frist nun verstrichen sei. Ein Mitarbeiter des ZA antwortete am 04.01.2022, in der Vergangenheit habe der ZA in vergleichbaren Fällen solche Anträge abgelehnt, so dass dies auch hier wohl so geschehen werde. Man benötige aber jedenfalls zunächst einen Antrag auf Verlängerung der Nachbesetzungsfrist, damit sich der ZA mit dem Anliegen befassen könne. Mit Schreiben sowie Formantrag vom 11.01.2022 an den ZA teilte die Klägerin mit, durch das Ausscheiden von Frau X. aus dem Gastrozentrum (= o.g. MVZ), sei im letzten Jahr ein viertel hausärztlicher Sitz unbesetzt geblieben. Trotz intensiver Bemühungen (Anzeigen, Makler, KV-Berater etc.) sei es leider bisher nicht möglich gewesen, den Sitz nachzubesetzen. Dies habe an der Besonderheit eines nur viertel Sitzes und dem angespannten Arbeitsmarkt sowie dem Verbot von gleichzeitiger haus- und fachärztlicher Tätigkeit gelegen. Außerdem habe die Klägerin bereits seit dem Vorjahr keine ungeimpften oder nicht genesenen Mitarbeiter eingestellt. Nachdem eine junge Gastroenterologin zur Nachbesetzung u.a. der Stelle von Herrn Dr. L. (Jahrgang 1947) habe gefunden werden können, stehe dieser für eine weitere hausärztlich-internistische Tätigkeit zur Verfügung, um den vakanten Sitz von Frau X. nachzubesetzen. Es werde beantragt, dies entsprechend zum 01.03.2022 zu genehmigen. Mit Be-

schluss des ZA wurde der Antrag der Klägerin auf Genehmigung zur Anstellung des Herrn Dr. L. im Umfang von zehn Wochenstunden im Medizinischen Versorgungszentrum zur Nachbesetzung der Angestelltenstelle von Frau X. im Umfang von zehn Wochenstunden abgelehnt. Zur Begründung seiner Entscheidung führte der ZA aus, dass nach ständiger Spruchpraxis des ZA müssten viertel Arztstellen innerhalb eines Jahres nachbesetzt oder ein Antrag auf Verlängerung der Nachbesetzungsfrist gestellt werden, um das fortbestehende Interesse an einer Nachbesetzung der Stelle zu signalisieren. Somit hätte vorliegend die entsprechende Antragstellung bis spätestens 31.12.2021 erfolgen müssen. Grund für diese Spruchpraxis sei, dass Stellen - auch solche im Umfang von 0,25 - nicht unbegrenzt lange in der Bedarfsplanung offengehalten werden könnten, ohne dass auch eine entsprechende Patientenversorgung erfolge. Dies würde zu einem verzerrten Bild der Versorgungslandschaft führen. Gegen diese Entscheidung erhob die Kägerin zunächst erfolglos Widerspruch und anschließend Klage zum SG.

Das SG entschied, dass die Klage unbegründet sei. Zu Recht sei die begehrte Anstellungsgenehmigung bzgl. des Herrn Dr. L. im Umfang von zehn Wochenstunden abgelehnt worden. Rechtsgrundlage für die Besetzung der Arztstelle in einem zugelassenen MVZ sei zunächst § 95 Abs. 2 S. 7 und 8 i.V.m. S. 5 SGB V. Danach bedürfe die Anstellung eines Arztes in einem MVZ der Genehmigung des ZA, die nur erteilt werden dürfe, wenn der Arzt in das Arztregister eingetragen ist. Gemäß § 95 Abs. 2 S. 9 SGB V seien Anträge auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem MVZ jedoch abzulehnen, wenn bei Antragstellung für die dort tätigen Ärzte Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung gemäß § 103 Abs. 1 S. 2 SGB V angeordnet sind. Als Ausnahme davon sei die Anstellung im Wege der Nachbesetzung einer Arztstelle in einem MVZ gemäß § 103 Abs. 4a S. 5 SGB V gleichwohl möglich. Dabei sei anders als im Praxisnachfolgeverfahren gemäß § 103 Abs. 4 SGB V keine Ausschreibung durch die KÄV und keine Bewerberauswahl durch den ZA vorgesehen. Die spezifische Situation, dass jeder neu in ein MVZ eintretende Arzt sich in das MVZ einfügen und sich in dieses eingliedern lassen muss, rechtfertige es, dem MVZ die alleinige Auswahlbefugnis zu geben. Eine "Nach"-Besetzung setze nach dem Wortsinn voraus, dass die Anstellung des neuen Angestellten sich umfangsmäßig im Rahmen der bisherigen Besetzung halten müsse; außerdem müsse das Tätigkeitsspektrum des neuen Angestellten dem des vorigen im Wesentlichen entsprechen. Frau X. sei als hausärztlich tätige Ärztin im Umfang von zehn Wochenstunden im MVZ der Klägerin angestellt gewesen, sodass die Nachbesetzung in diesem Umfang hätte beantragt werden können. Die Klägerin habe den Antrag jedoch zu spät gestellt, nämlich als ihr Nachbesetzungsrecht bereits erloschen war. Nach der Rechtsprechung des BSG gelte Folgendes: Voraussetzung einer Nachbesetzung nach § 103 Abs. 4a S. 5 SGB V sei, dass der hierauf gerichtete Antrag dem ZA innerhalb einer Frist von sechs Monaten in vollständiger Form zugegangen sein muss und der Antrag alle materiellen Voraussetzungen für eine Anstellungsgenehmigung erfüllt hat. Werde die Sechsmonatsfrist nicht eingehalten, so erlösche das Recht auf Nachbesetzung. Allerdings habe der ZA die Befugnis, die Frist in besonderen Fällen des Misslingens rechtzeitiger Nachbesetzung trotz

erkennbar ernstlichen Bemühens nochmals um höchstens weitere sechs Monate zu verlängern. Ein längeres Offenhalten einer Arztstelle durch das MVZ liefe nicht nur dem Ziel des Abbaus von Überversorgung im gesperrten Planungsbereich zuwider, sondern wäre auch im Hinblick auf eine sachgerechte Bedarfsplanung und eine realitätsnahe Berechnung des Versorgungsgrades schwerlich tolerabel. Arztstellen, die vorhanden sind, aber nicht besetzt werden, würden den Versorgungsgrad nur rechnerisch, aber nicht faktisch erhöhen und so das Bild der tatsächlichen Versorgung (letztlich zu Lasten der Patienten) verfälschen. Aus diesen Gesichtspunkten folge, dass das Recht auf Nachbesetzung einer Stelle gemäß § 103 Abs. 4a S.5 SGB V nur für eine begrenzte Frist nach dem Freiwerden der Stelle bestehen könne.

Quelle: SG Nürnberg, Urt. v. 01.08.2024, S 13 KA 1/23

Kontaktdaten

Büro Frankfurt / Main
Hanauer Landstraße 328-330
60134 Frankfurt am Main
Telefon (069) 94 74 15 70
E-Mail: Frankfurt@GesundheitsRecht.com

Büro Hamburg
Brandswiete 4
20457 Hamburg
Telefon (040) 39 10 69 70
E-Mail: Hamburg@GesundheitsRecht.com

Büro Köln
Oberländer Ufer 184
50968 Köln (Marienburg)
Telefon (0221) 67 00 99 - 0
E-Mail: Koeln@GesundheitsRecht.com

ECHO

Schreiben Sie uns, wenn Sie sich für besondere Themenschwerpunkte interessieren oder Fragen zu den aktuellen Themen haben.

Fax: 069 / 94 74 157-19

E-Mail: frankfurt@gesundheitsrecht.com

Name, Titel:

Vorname:

Unternehmen/Praxis:

Telefon: E-Mail:

Themenschwerpunkt/Frage: