

### Inhaltsverzeichnis

Zuzahlungsgutscheine sind ein Verstoß gegen die Arzneimittelpreisbindung .....	2
Kein Wahlrecht beim Apotheken-Notdienst .....	4
Arbeitsrecht in der Apotheke - Pauschale Abgeltung der Notdienstbereitschaft durch ein höheres Gehalt – rechtswidrig? .....	5
Krankenhausapotheke – Zur Entfernung zwischen einer Krankenhausapotheke und einem Krankenhaus im Rahmen eines Arzneimittelversorgungsvertrags .....	8
Krankenhausapotheke - Mitarbeiterereinkauf .....	13
Chance Apothekenkooperation – Teilnahme an Integrierter Versorgung .....	15

MESSNER DÖNNEBRINK RECHTSANWÄLTE

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

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

INFO@MESSNER-DÖNNEBRINK.DE

WWW.MESSNER-DÖNNEBRINK.DE

## Zuzahlungsgutscheine sind ein Verstoß gegen die Arzneimittelpreisbindung

Maria-Stephanie Dönnebrink, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht



Das Oberverwaltungsgericht (OVG) Lüneburg hat entschieden, dass ein Verstoß gegen die gesetzliche Arzneimittelpreisbindung immer schon dann vorliegt, wenn eine Apotheke dem Versicherten gekoppelt mit dem Erwerb des Arzneimittels Vorteile gewährt, die den Erwerb für ihn wirtschaftlich günstiger erscheinen lassen.

In dem dem Urteil zugrundeliegenden Fall ging es um die Kooperation zwischen einem Apotheker, der eine Versandapotheke betreibt, und verschiedenen Krankenkassen. Inhalt der Kooperation war, dass die Versicherten keine Zuzahlung („Rezeptgebühr“) bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln leisten mussten, wenn sie verordnete Medikamente unter Vorlage entsprechender Zuzahlungsgutscheine von dem Apotheker bezogen. Die Zuzahlungsgutscheine hat der Apotheker der Krankenkasse zur Verfügung gestellt. Die Krankenkasse hat diese abgestempelt und an ihre Versicherten verteilt. Wenn die Versicherten ein Arzneimittel bei dem Apotheker gekauft haben, hat er dieses gegenüber den Krankenkassen so abgerechnet, als ob er den Zuzahlungsbeitrag eingezogen hätte. Tatsächlich hat er dies gegenüber den Versicherten jedoch nicht getan.

Das OVG Lüneburg sah hierin einen deutlichen Verstoß gegen die Arzneimittelpreisbindung. Der Bundesgerichtshof hatte bereits mit Urteil vom 09.09.2010 (Az.: I ZR 26/09) die Ausgabe von Bonustalern für unzulässig erklärt. Die Unzulässigkeit lag vor, obwohl die Bonustaler nicht bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln sondern nur bei nichtverschreibungspflichtigen Waren in der Apotheke eingelöst werden konnten. In dem Fall, den das OVG Lüneburg zu beurteilen hatte, wurden die Zuzahlungsgutscheine jedoch gerade bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln angewendet. Darin sah das OVG Lüneburg einen noch eklatanteren Verstoß als in dem Fall, über den der BGH zu entscheiden hatte.

Diese Entscheidung macht deutlich, dass es nicht im Belieben der Krankenkassen liegt, von der Arzneimittelpreisbindung durch Verträge mit Apothekern oder anderen abzuweichen. Diese Regelungen sind zwingend zu beachten.

Quelle: OVG Lüneburg, Beschluss vom 22.03.2011, Az.: 13 LA 157/09

## Kein Wahlrecht beim Apotheken-Notdienst

Ute Frodl, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht

Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) Leipzig hat am 26.05.2011 entschieden, dass Apotheker den Notdienst nicht beliebig zwischen Hauptapotheke und Apothekenfilialen verlagern können. Der Notdienst gehe turnusmäßig reihum unter Berücksichtigung aller Filialen.



Ein Apotheker, der neben seiner Hauptapotheke noch weitere drei Filialen betreibt, hatte bei der Landesapothekerkammer einen Antrag gestellt, die auf ihn entfallenden Notdienste ausschließlich in einer der drei Filialen – die sich unmittelbar in der Nähe zum ärztlichen Notdienst der Stadt befindet – wahrnehmen zu können. Dieser Antrag wurde seitens der Landesapothekerkammer mit der Begründung abgelehnt, dass dies die Entwicklung von Schwerpunktapotheken begünstige. Auch sei eine ausnahmsweise Freistellung vom Notdienst nach der Apothekenbetriebsordnung für solche Fälle nicht vorgesehen.

Obwohl der Apotheker unter anderem mit der im Grundgesetz verankerten Berufsfreiheit argumentierte, ist das BVerwG den Argumenten der Landesapothekerkammer gefolgt und verpflichtete den Apotheker zur turnusmäßigen Einhaltung des Notdienstes an den verschiedenen Standorten. Das BVerwG hat in seiner Urteilsbegründung ausgeführt, dass nichts dagegen einzuwenden sei, die Notdienste gleichmäßig reihum auf alle Apotheken einschließlich der Filialen zu verteilen. Dies führe zu einer gleichmäßigeren Belastung der Mitarbeiter und zur gleichmäßigeren Verteilung der Notdienstapotheken über die Gemeinde. Außerdem müsse nach dem Leitbild der Apothekenbetriebsordnung ohnehin jede Apotheke die für den Notdienst erforderlichen Arzneimittel vorhalten.

Quelle: Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) vom 26.05.2011, Az.: 3 C 21.10 und 3 C 22.10 (Das Urteil liegt in schriftlicher Form noch nicht vor)

**Arbeitsrecht in der Apotheke**  
**Pauschale Abgeltung der Notdienstbereitschaft durch ein höheres Gehalt –  
rechtswidrig?**

Georg Zwenke, Rechtsanwalt und Apotheker

Zusammenfassung:

Eine Entscheidung des Landesarbeitsgerichts Düsseldorf zur Vergütung für die Rufbereitschaft für Chefärzte dürfte Ausstrahlungswirkung auch auf Arbeitsverträge mit approbierten Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern haben, in denen mittels einer Vertragsklausel vereinbart ist, dass die Notdienstbereitschaft durch das Gehalt mit abgegolten ist. Das Landesarbeitsgericht Düsseldorf hält vergleichbare Klauseln in Arbeitsverträgen mit Chefärzten im Einzelfall für rechtswidrig.



Im Einzelnen:

Sollten Apothekenleiterinnen bzw. Apothekenleiter mit ihren approbierten Mitarbeitern einen Arbeitsvertrag geschlossen haben, der den Bundesrahmentarifvertrag für Apothekenmitarbeiter (BRTV) für anwendbar erklärt, dann gilt gemäß § 6 BRTV (Zitat): *„Durch ein Gehalt, das um mindestens 13 % über dem Tarifgehalt liegt, ist die Notdienstbereitschaft abgegolten.“*

Auch wenn der BRTV auf das Arbeitsverhältnis keine Anwendung finden sollte, werden meist entsprechende Klauseln in den Arbeitsvertrag aufgenommen.

Wenn sich aus dem Inhalt und der äußeren Gestaltung der in dem Arbeitsvertrag verwendeten Bedingungen der Anschein dafür ergibt, dass diese zur Mehrfachverwendung formuliert worden sind (wie dies meist in vorformulierten Musterverträgen der Fall ist) und der Verwender – also meist der Apothekenleiter – diese Muster offensichtlich mehrfach verwendet, dann handelt es sich bei dem Arbeitsvertrag um allgemeine Geschäftsbedingungen im Sinne des § 305 Abs. 1 BGB. Dabei enthält der Arbeitsvertrag zumeist zahlreiche formelhafte Klauseln, die nicht auf die individuelle Vertragssituation des Klägers abgestimmt sind. Dies ist häufig

bei den Klauseln zur Vergütung der Notdienstbereitschaft der Fall. Selbst wenn keine Musterverträge verwendet werden, werden üblicherweise vorformulierte Vertragsbedingungen von der Apothekenleitung verwandt, die arbeitsvertraglich als Verbraucherverträge aufgefasst werden und der rechtlichen Prüfung einer unangemessenen Benachteiligung unterliegen, § 310 Abs. 3 Ziff. 3 i. V. m. § 307 Abs. 1, 2 BGB.

Nach § 307 Abs. 1 S. 1 BGB sind Bestimmungen in allgemeine Geschäftsbedingungen unwirksam, wenn sie den Vertragspartner des Verwenders entgegen den Geboten von Treu und Glauben unangemessen benachteiligen. Nach § 307 Abs. 1 S. 2 BGB kann sich eine solche unangemessene Benachteiligung auch daraus ergeben, dass eine vertragliche Bestimmung nicht klar und verständlich ist. Nach Auffassung des Bundesarbeitsgerichts (BAG) folgt daraus, dass Allgemeine Geschäftsbedingungen wirtschaftliche Nachteile und Belastungen soweit erkennen lassen müssen, wie dies nach den Umständen gefordert werden kann. Das Landesarbeitsgericht Düsseldorf ist der Auffassung, dass eine Klausel nur dann diesem in § 307 Abs. 1 S. 2 BGB aufgeführten Bestimmtheitsgebot genügt, (Zitat) *„wenn sie im Rahmen des rechtlich und tatsächlich Zumutbaren die Rechte und Pflichten des Vertragspartners des Klauselverwenders so klar und präzise wie möglich beschreibt und keine vermeidbaren Unklarheiten und Spielräume enthält.“* Wenn die Gefahr besteht, dass der approbierte Mitarbeiter wegen unklar abgefasster allgemeiner Geschäftsbedingungen seine Rechte nicht wahrnimmt, liegt eine unangemessene Benachteiligung im Sinne des § 307 Abs. 1 BGB vor, mit der Folge, dass diese Klausel unwirksam ist und damit nicht Vertragsbestandteil des Arbeitsvertrages geworden ist.

In den Musterverträgen oder vorformulierten Vertragsbedingungen werden die Klauseln wie oben dargestellt üblicherweise nur abstrakt abgefasst. Für den Mitarbeiter ist damit nicht erkennbar, wie häufig er mit der Übernahme einer Notdienstbereitschaft zu rechnen hat. Sollte es sich um eine Neueinstellung handeln, wird der neue Mitarbeiter zumeist noch nicht einmal den Notdienstplan der Apotheken in dem betreffenden Ort kennen. Das Landesarbeitsgericht fordert, dass die Anzahl der Rufdienste bei Chefärzten (übertragen auf das Apothekenarbeitsrecht: die Anzahl von dem Mitarbeiter zu übernehmenden Notdienste) beziffert festzulegen ist, sodass dieser Mitarbeiter ohne weiteres erkennen kann, welchen Dienst er ohne zusätzliche Vergütung (beispielsweise für Mehrarbeit im Sinne des § 7 BRTV) zu leisten hat.

Auch für Arbeitsverträge, die vor dem 01.01.2002 und damit vor Geltung der §§ 305 ff. BGB begründet worden sind, finden die §§ 305 ff. BGB seit dem Auslaufen der Übergangsregelung am 01.01.2003 Anwendung.

Lösungsmöglichkeiten: Sie können die Anwendung des Rechts der Allgemeinen Geschäftsbedingungen ausschließen, in dem Sie keine vorformulierten Vertragsklauseln verwenden. Dies dürfte allerdings mit dem Nachteil behaftet sein, dann selbst einen Arbeitsvertrag individuell mit dem künftigen Mitarbeiter ausarbeiten zu müssen. Einfacher scheint dagegen, bei Vertragsschluss darauf zu achten, dass der künftige Mitarbeiter einen entsprechenden Notdienstplan erhält und in dem Arbeitsvertrag individuell festgehalten wird, wie sein Notdienstturnus ist. Von mündlichen Arbeitsverträgen, die grundsätzlich rechtlich möglich sind, wird allgemein abgeraten. Zumal der Arbeitgeber in diesem Falle spätestens einen Monat nach dem vereinbarten Beginn des Arbeitsverhältnisses die wesentlichen Vertragsbedingungen schriftlich niederzulegen, die Niederschrift zu unterzeichnen und dem Arbeitnehmer auszuhandigen hat, § 2 Nachweisgesetz (NachwG). In § 2 NachwG ist der Mindestinhalt dieser Niederschrift aufgeführt, der so umfangreich ist, dass es sich an sich anbietet, gleich einen Arbeitsvertrag abzuschließen.

Quellen:

*ADEXA – Bundesrahmentarifvertrag für Apothekenmitarbeiter, gültig ab 01.01.2011;*

*Landesarbeitsgericht Düsseldorf, Urteil v. 06.05.2010, Az. 13 Sa 1129/09;*

*Bundesarbeitsgericht, Urteil v. 03.04.2007, Az. 9 AZR 867/06.*

## Krankenhausapotheke

### Zur Entfernung zwischen einer Krankenhausapotheke und einem Krankenhaus im Rahmen eines Arzneimittelversorgungsvertrags

Georg Zwenke, Rechtsanwalt und Apotheker

Zusammenfassung:

Nach dem die Regierung Oberbayerns die Versorgung einer Klinik in Bad Tölz durch die 180 km entfernte Apotheke des Universitätsklinikums Regensburg genehmigt hat und das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit diese Genehmigung auf Kritik des Bundesverbandes klink- und heimversorgender Apotheker (BVKA) mit Blick auf ein Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) vom 11.09.2008 verteidigt hat, hat das OVG NRW mit Urteil vom 19.05.2011 eine Entfernung von ca. 215 km zwischen einer Krankenhausapotheke und einem Krankenhaus im Rahmen eines Arzneimittel-Versorgungsvertrages für genehmigungsfähig angesehen.



Im Einzelnen

Wer als Inhaber einer Erlaubnis zum Betrieb einer Krankenhausapotheke beabsichtigt, ein weiteres, nicht von ihm selbst getragenes Krankenhaus mit Arzneimitteln zu versorgen, hat dazu mit dem Träger dieses Krankenhauses einen schriftlichen Vertrag zu schließen (§ 14 Abs. 3 Apothekengesetz). Dieser Vertrag bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der Genehmigung der zuständigen Behörde (in den meisten Bundesländern das Landratsamt). § 14 Abs. 5 Apothekengesetz (ApoG) führt im Einzelnen Voraussetzungen auf, bei deren Erfüllung eine entsprechende Genehmigung zu erteilen ist. In Nr. 3 dieses Absatzes fordert der Gesetzgeber, dass die Apotheke Arzneimittel, die das Krankenhaus zur akuten medizinischen Versorgung besonders dringlich benötigt, **unverzüglich** und **bedarfsgerecht** zur Verfügung zu stellen hat. Abs. 3 Nr. 4 sieht vor, dass eine persönliche Beratung des Personals des Krankenhauses durch den Leiter der Krankenhausapotheke oder den von ihm beauftragten Apotheker der versorgenden Apotheke bedarfsgerecht zu erfolgen hat und zwar im Notfall unverzüglich.

Das OVG NRW hat sich ausführlich mit den unbestimmten Rechtsbegriffen „unverzüglich“ und „bedarfsgerecht“ auseinandergesetzt. Bisher war man der Ansicht, dass die Apotheke in der Lage sein müsse, die von dem Krankenhaus zur akuten medizinischen Versorgung besonders dringlich benötigten Arzneimittel innerhalb von 30 Minuten zur Verfügung zu stellen. Apothekenrechtliche Regelungen in Schleswig-Holstein und Empfehlungen der Bundesapothekerkammer zur Qualitätssicherung der Versorgung von Krankenhauspatienten durch Apotheken sollen von einem Zeitraum von etwa einer Stunde ausgehen, so der unterlegene beklagte Landkreis in dem Verfahren vor dem OVG NRW.

Das OVG NRW ist der Auffassung, dass sich aus dem Begriff „unverzüglich“ weder eine konkrete Zeit, noch eine bestimmte Entfernungsangabe ableiten lässt, so dass die Entfernung zwischen der Apotheke und zu versorgendem Krankenhaus oder eine bestimmte Zeitspanne für die Arzneimittelversorgung oder die Beratung als solche nicht – abstrakt – die Versagung der Genehmigung eines Versorgungsvertrages rechtfertigen könne. Entscheidend sei, ob der Vertrag eine ausreichende Versorgung des Patienten und eine hinreichende Beratung des Krankenhauspersonals durch den Apotheker gewährleistet. Dies könne (Zitat OVG NRW, Randnummer 31) *„nicht davon abhängen, ob es sich bei der Apotheke um eine solche „in der Nähe“ des Krankenhauses handelt. Dieses Kriterium ist in den Bestimmungen des § 14 Abs. 5 Satz 2 Nr. 3 ApoG und § 14 Abs. 5 Satz 2 Nr. 4 ApoG nicht enthalten.“*

Das OVG NRW ist der Auffassung, dass es auf eine „örtliche Nähe“ zwischen Apotheke und zu versorgendem Krankenhaus nicht ankomme, da der Gesetzgeber ausdrücklich das Regionalprinzip abgeschafft habe. Nach früherem Recht (bis 21.06.2005) galt das Regionalprinzip, welches bedeutete, dass Apotheke und zu versorgendes Krankenhaus mindestens in benachbarten Kreisen liegen mussten. Dies führte zu einer Benachteiligung von Apotheken im EG-Ausland, die an einer Krankenhausversorgung in Deutschland teilnehmen wollten. Im Rahmen eines Vertragsverletzungsverfahrens der Kommission gegen Deutschland habe nach Auffassung des OVG NRW der EuGH am 11.09.2008 entschieden, dass der Apotheker „weitgehend und schnell“ zur Verfügung stehen müsse, für die Auslegung des Begriffs „unverzüglich“ oder für die Bestimmung der zulässigen Entfernung zwischen externer Apotheke und Krankenhaus habe der EuGH aber keinen entscheidenden Beitrag geliefert. Liest man die Entscheidung des EuGHs nach, so wird man dem OVG NRW vorhalten müssen, ungenau zitiert zu haben: Tatsächlich schrieb der EuGH in der in deutscher Sprache ergangenen Entscheidung unter Randnummer 54 (Zitat): *„(...) dieser Vertrag unterliegt den in § 14 Apothekengesetz vorgesehenen kumulativen Voraussetzungen, die ebenfalls verlangen, dass sämtliche mit dieser Art der Versorgung im Zusammenhang stehenden Leistungen von ei-*

*nem vertragsschließenden Apotheker erbracht werden, der weitgehend und schnell vor Ort zur Verfügung steht.“*

Ob eine ausreichende Versorgung der Patienten des Krankenhauses und eine hinreichende Beratung des Personals des Krankenhauses durch den Apotheker gewährleistet sei, müsse konkret unter Berücksichtigung des Versorgungsauftrags des Krankenhauses und des durch die vorhandenen ärztlichen Disziplinen bedingten Bedarfs einerseits und der im Vertrag vereinbarten Einzelheiten und Besonderheiten andererseits bewertet werden. Dabei sei eine Abwägung aller für das Vertragsverhältnis und für die Patientenversorgung relevanten Umstände unter Berücksichtigung der konkreten Konditionen und Verhältnisse vorzunehmen, so das OVG NRW in seinem Urteil Rn. 36.

In dem vom OVG NRW entschiedenen Fall ist es so, dass die Krankenhausapotheke laut Vertrag auf den Stationen des von ihr zu versorgenden Krankenhauses einen ausreichenden Arzneimittelvorrat für durchschnittlich zwei Wochen anlegen will, wobei die Arzneimittel regelmäßig bei der drei Mal wöchentlich stattfindenden Routinebelieferung auf die Stationen des Krankenhauses verbracht werden sollen. Durch diesen Arzneimittelvorrat solle eine Grundversorgung mit Arzneimitteln sichergestellt werden.

Überdies sei die Einrichtung und Unterhaltung eines verbrauchsstellenunabhängigen Notfalldepots auf der Intensivstation des Krankenhauses für selten gebrauchte lebenswichtige Arzneimittel vereinbart, auf das auch andere Stationen zugreifen können. Durch das Notfalldepot werde weitestgehend gewährleistet, dass regelmäßig im Notfall lebenswichtige Medikamente vor Ort im Krankenhaus sehr kurzfristig zur Verfügung stünden und nicht erst noch durch eine ggf. auch in der Nähe gelegene Apotheke geliefert werden müssten. Dieses Notdepot gewährleiste nach Einschätzung des OVG NRW eine optimale Erstversorgung des Krankenhauses. Wenn ein nur sehr selten gebrauchtes vorgesehene lebensnotwendiges Arzneimittel nicht auf der Station oder im Notdepot vorhanden sei, dann müsse mit adäquaten ärztlichen Mitteln diesem Versorgungsengpass begegnet werden. Dies gelte aber auch für näher zum Krankenhaus gelegene Apotheken.

Hinsichtlich applikationsfertiger Zytostatikazubereitungen hält das OVG NRW eine Praxis, bei der bis zum Mittag eines Tages vom Krankenhaus bestellte Zytostatikazubereitungen erst am nächsten Werktag geliefert werden, für akzeptabel, da bei einer onkologischen Behandlung regelmäßig keine akute Lebensgefahr bestehe, die den Einsatz eines bestimmten Arzneimittels binnen Sekunden oder Minuten zwingend notwendig mache. Ansonsten setzt

sich das OVG NRW mit im Notfall anzufertigenden Rezepturen nicht auseinander. Dies dürfte besonders kritisch bei Krankenhäusern zu sehen sein, die über eine Säuglings- und Kleinkinderstation verfügen.

Unter „persönliche Beratung“ im Sinne des § 14 Abs. 5 Nr. 4 ApoG sei die Verantwortlichkeit des Apothekers für eine Beratung durch ihn selbst in eigener Verantwortung („und ihn persönlich“) zu verstehen. Dies bedeute nicht, dass der Apotheker auch vor Ort physisch präsent sein müsse. Ausreichend sei, dass der Leiter der Krankenhausapotheke bzw. ein von ihm beauftragter Apotheker einmal wöchentlich vor Ort zur Verfügung stehe. Denn die Arzneimitteltherapie bei einem Patienten bestimme und verantworte letztlich allein der Arzt im Krankenhaus. Bei dem Arzt sei ein gewisses pharmazeutisches Urverständnis vorzusetzen. Im Übrigen würde die telefonische oder elektronische Beratung der Ärzte eines Krankenhauses durch einen Apotheker ausreichen.

Diese Entscheidung weist eine gewisse Brisanz für alle krankenhhausversorgenden öffentlichen Apotheken auf. Denn nach Wegfall des Nähe-Kriteriums erscheint es nunmehr denkbar, dass sowohl entfernt liegende Krankenhausapotheken als auch entfernt liegende krankenhhausversorgende öffentliche Apotheken versuchen werden, durch bestimmte Vertragsangebote in bestehende Versorgungsstrukturen einzudringen. Das OVG NRW lies in seiner Entscheidung die Revision zu. Ob der beklagte Landkreis, der die Genehmigung des Vertrages abgelehnt hatte, Rechtsmittel gegen dieses Urteil einlegen wird, ist zur Zeit noch nicht recherchierbar. Eine solche Revision erscheint nicht völlig chancenlos, da zum einen der EuGH wohl ein gewisses Nähe-Kriterium akzeptieren würde und die Vorinstanz (VG Münster) eine gewisse räumliche Nähe zum zu versorgenden Krankenhaus durch die krankenhhausversorgende Apotheke vom Merkmal „unverzüglich“ erfasst sieht. Hinsichtlich der Notfallversorgung von Kindern und besonders von Kleinkindern und Säuglingen übersieht das OVG NRW, dass Fertigarzneimittel im Einzelfall herunterzudosieren sind. Dankbar wäre daher, dass das zu versorgende Krankenhaus die Arzneimittelversorgung aufspaltet: Für die Notfallversorgung lässt es sich von einer Apotheke, die kurzfristig auch in der Lage ist, Rezepturen herzustellen, versorgen und für die allgemeine Arzneimittel- und Hilfsmittelversorgung greift es auf einen weiteren Anbieter zurück. Ob sich freilich ein solcher „Lückenbüsser“ finden wird, ist eine andere Frage. Rechtlich zulässig wäre wohl solch eine Vertragskonstellation.

Quellen:

*OVG NRW, Urteil v. 19.05.2011, Az. 13 A 123/09 – [www.justiz.nrw.de](http://www.justiz.nrw.de);*

*EuGH, Urteil v. 11.09.2008 – C 141/07;*

*Uhl, Doris: Ortsnahe Klinikversorgung, BVKA kämpft gegen „rechtswidrige“ Versorgungsverträge, [daz.online](http://daz.online) 01.10.2010, 11:53 Uhr;*

*Sucker-Skret, Kirsten: Krankenhausversorgung – Körperliche Anwesenheit des Krankenhausapothekers „eher praxisfremd“, [daz.online](http://daz.online) 08.06.2011, 14:10 Uhr.*

## Krankenhausapotheke - Mitarbeiterereinkauf

Georg Zwenke, Rechtsanwalt und Apotheker

### Zusammenfassung:

Wenn ein Krankenhaus oder eine Klinik mit eigener Krankenhausapotheke ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) gegründet hat und in diesem MVZ Angestellte tätig sind, deren Arbeitsvertrag ausschließlich mit dem MVZ geschlossen worden ist, dann dürfen an diese Beschäftigten keine Arzneimittel für deren unmittelbaren eigenen Bedarf durch die Krankenhausapotheke abgegeben werden.



### Im Einzelnen:

Nach § 14 Abs. 7 S. 5 Apothekengesetz (ApoG) dürfen an Beschäftigte des Krankenhauses Arzneimittel für deren unmittelbaren eigenen Bedarf abgegeben werden. Was ein Krankenhaus ist, ergibt sich aus § 14 Abs. 8 S. 1 ApoG i. V. m. § 2 Nr. 1 Krankenhausgesetz (KHG). Im KHG sind Krankenhäuser definiert als Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können. Entscheidend ist vor allem das Kriterium der Unterbringung.

Ein MVZ wird zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gegründet und vom Zulassungsausschuss zugelassen. Geborene Gründer sind Krankenhäuser. Das heißt aber nicht, dass ein MVZ in der Trägerschaft eines Krankenhauses auch ein Krankenhaus im Sinne des § 2 Nr. 1 KHG wäre. Dagegen spricht unter anderem die unterschiedliche Finanzierung, unterschiedliche Zulassung und die Tatsache, dass ein MVZ an der ambulanten Versorgung teilnimmt und gerade keine eigene stationäre Versorgung (Übernachtung) anbietet. Für letztere begeben sich die Patienten ggf. ein Haus weiter oder wechseln bisweilen nur den Flur.

Da § 14 Abs. 7 S. 5 ApoG ausdrücklich an die Beschäftigten des Krankenhauses anknüpft, dürfen Arzneimittel nicht an Beschäftigte ausgegliederter selbstständiger Unternehmen des

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

Krankenhauses, die keinen zusätzlichen Dienst-/Arbeitsvertrag mit dem Krankenhaus haben, abgegeben werden.

Quellen:

§ 14 Apothekengesetz;

§ 2 Nr. 1 Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG).

## Chance Apothekenkooperation – Teilnahme an Integrierter Versorgung

Georg Zwenke, Rechtsanwalt und Apotheker

Zusammenfassung:

Nach dem Referentenentwurf vom 06.06.2011 zum neuen so genannten GKV-Versorgungsstrukturgesetz sollen künftig Apotheken Medizinische Versorgungszentren (MVZ) weder gründen noch betreiben dürfen.

Am 18.01.2011 wurde auf daz.online eine interessante Befragung zu Partnerschaften der Apotheken veröffentlicht. Hiernach sollen die Apotheker als wichtigste Partnerbeziehung die Beziehung zum Pharmagroßhandel angegeben haben, gefolgt von Pharma-Partnerprogrammen und Apothekenkooperationen. Das Landgericht Berlin (Aktenzeichen: 96 O 38/10) hielt allerdings in einer Entscheidung vom 23.03.2011 das Partnerprogramm der der Sanofi-Tochter Winthrop wegen Verstoßes gegen § 10 Apothekengesetz (ApoG) und § 128 Abs. 2 SGB V für rechtswidrig.



Eine Möglichkeit für Apotheken, neue Partnerschaften einzugehen, stellt die Teilnahme an Verträgen zur Integrierten Versorgung dar, die im Folgenden vorgestellt werden soll.

Im Einzelnen:

Seit der Gesundheitsreform 2000 ist als zusätzliche Versorgungsform neben der ambulanten und stationären Versorgung die „Integrierte Versorgung“ gemäß § 140a SGB V in das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen worden. Nach § 140a SGB V können Krankenkassen abweichend von den sonstigen Vorschriften (inkl. Vergütungs- und Preisvorschriften) „Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit den in § 140b Abs. 1 SGB V genannten Vertragspartnern abschließen“. Dabei sollen diese Verträge eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen. Der Gesetzgeber dachte bei Einführung der Integrierten Versorgung vor allem an Integrierte Versorgungsformen zwischen Haus- und Fachärzten, zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern und zwischen dem ambulanten und stationären Bereich.

Einzelne Leistungssektoren sind nach Auffassung der Literatur: Die hausärztliche Versorgung, fachärztliche Versorgung, vertragszahnärztliche Versorgung, Krankenhausversorgung, Versorgung mit stationären Vorsorgeleistungen, medizinische Rehabilitationen, Arznei- und Verbandmittelversorgung, Heilmittelversorgung, Hilfsmittelversorgung, Versorgung mit Krankentransportleistungen, Soziotherapie, Hebammenleistungen und Pflegeleistungen des SGB V.

Potentielle Vertragspartner werden in § 140b Abs. 1 SGB V aufgeführt: Zu ihnen gehören die

- zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte und Zahnärzte,
- Träger von Einrichtungen, die eine Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V durch Versorgung der Versicherten durch zugelassene Leistungserbringer anbieten (s.g. Management-Gesellschaften),
- neu seit AMNOG: Pharmazeutische Unternehmer sowie Hersteller von Medizinprodukten im Sinne des Medizinproduktegesetzes,
- und sonstige zur Versorgung der Versicherten berechnigte Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften, Träger von zur Versorgung der Versicherten zugelassenen bzw. berechnigten Krankenhäusern, Trägern von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Träger von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen oder deren Gemeinschaften, Träger von Medizinischen Versorgungszentren oder deren Gemeinschaften, Pflegekassen und Träger zugelassener Pflegeeinrichtungen, Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer und deren Gemeinschaften, Praxiskliniken

Die Apotheken können zwar nicht Vertragspartner sein, sie sind gleichwohl zur Teilnahme an einer zwischen einer Krankenkasse und ihren Vertragspartnern bereits vereinbarten Integrierten Versorgungsform berechnigt, § 129 Abs. 5 SGB V.

Es ist Apothekern (als natürliche Person, wohl nicht als juristische Person (Apotheker OHG)) unbenommen, eine Management-Gesellschaft zu gründen, die einerseits den Integrationsvertrag mit der entsprechenden Krankenkasse schließt und andererseits separate Verträge mit zugelassenen Leistungserbringern abschließt, die sich ihr gegenüber zur Erbringung der Leistungen des Integrationsvertrages verpflichten. Diese Management-Gesellschaft wird damit nicht selbst zum Leistungserbringer, die zugelassenen Leistungserbringer werden nicht selbst Partner des Integrationsvertrages. Über die Gründung einer Management-

Gesellschaft hätte der Apotheker die Möglichkeit, den Grundstein für eine spätere Beteiligung seiner Apotheke an der Integrierten Versorgung zu legen.

Für die im Rahmen der Integrierten Versorgung nachgefragten Leistungen besteht seitens der Krankenkassen keine Ausschreibungspflicht. Krankenkassen und Leistungserbringer sind beim Abschluss von Integrationsverträgen völlig frei, es besteht kein Anspruch auf Abschluss bestimmter Integrationsverträge. Ebenso ist die Teilnahme der Versicherten freiwillig. Das Versorgungsangebot ergibt sich aus dem zu schließenden Vertrag, wobei der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmte Leistungen von der Integrierten Versorgung ausschließen kann. Eine Einschränkung der Leistungsansprüche der Versicherten durch die Vertragspartner ist nicht möglich, Krankenkassen können damit nicht die Arzneimittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses umgehen. In den Verträgen müssen sich die Leistungserbringer zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung verpflichten, § 140b Abs. 3 Satz 1 SGB V. Innerhalb der dargestellten Grenzen kann der Vertragsinhalt und damit der Versorgungsauftrag des Integrationsvorhabens frei festgelegt werden, wobei lediglich eine leistungssektorenübergreifende oder fachübergreifend-interdisziplinäre Ausgestaltung des vertraglichen Versorgungsauftrags vorgeschrieben ist. Die vom Integrationsvorhaben erfassten Leistungen sollten im Integrationsvertrag genauestens beschrieben und definiert werden, denn gemäß § 140c Abs. 1 SGB V sind sämtliche vom Integrationsvertrag erfassten Leistungen auch aus der dort vertraglich festgelegten Vergütung zu finanzieren.

Laut daz.online vom 17.02.2011 – „Neue Versorgungskonzepte für Chroniker – die nächste Großbaustelle der Arzneimittelversorgung“ – sind im Jahre 2008 6.407 registrierte Verträge der Integrierten Versorgung geschlossen worden. Allerdings habe dies auf den Alltag der ambulanten Arzneimittelversorgung derzeit kaum Auswirkungen gezeigt. Das muss aber nicht so bleiben. Vielmehr zeigen die Aktivitäten des Joint Ventures Medco Celesio B.V., dass es für innovative, sektorübergreifende pharmazeutische Dienstleistungen für Patienten mit chronischen oder komplexen Erkrankungen wie Diabetes, Asthma, hohe Cholesterinwerte, Wundversorgung und Herzerkrankungen einen hochinteressanten Markt zu entdecken und entwickeln gilt.

Ausgangspunkt für die Entwicklung eines Konzeptes zur Integrierten Versorgung mit dem Fernziel, dass die Apotheke nach Vertragsschluss an diesem teilnehmen wird, ist die genaue Analyse der in der Apotheke gesammelten Medikations- und Kundendaten. Sie haben dabei zwei Möglichkeiten:

- a) Sie schauen von dem einzelnen Patienten aus auf dessen Medikation. Sollte es sich um einen Stammkunden handeln, haben Sie als einziger Leistungserbringer die Möglichkeit, die vom Kunden selbst gekauften OTC-Präparate und die verschriebenen Arzneimittel neben seinen persönlichen Lebensumständen berücksichtigen zu können.
- b) Sie können auch von der Betrachtung Ihres Kundenkollektivs ausgehen und die „problematischen“ Patienten, also solche mit einer bestimmten chronischen Erkrankung, erfassen. Dann erhalten Sie beispielsweise eine Gruppe von Kunden, die an Typ 2 Diabetes erkrankt sind.

Gleich wie Sie vorgehen, in einem nächsten Schritt wäre ein standardisiertes Vorgehen festzulegen. Denn das Ziel soll letztlich sein, dass Ihre Beratungsleistung (pharmaceutical care) von den Krankenkassen im Rahmen eines Komplettpakets honoriert wird. Dies wird eine Krankenkasse aber nur dann tun, wenn sie auch weiß, welche Dienstleistung Sie für Ihre Versicherten erbringen. Und dies ist auch der Unterschied zu dem bisherigen tradierten Versorgungskonzept, bei dem Sie nur für Ihre Arznei- / Hilfsmitteldistributionsleistung honoriert werden und sich die Informations- und Beratungspflicht rein betriebswirtschaftlich gesehen „als Annex hierzu aus § 20 Apothekenbetriebsordnung“ ergibt.

Bei der Festlegung Ihrer Beratungsleistung müssen Sie natürlich an Ihre Vertragspartner aus dem Bereich der zugelassenen Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkassen nach § 140b SGB V (s. o.) denken. Hierzu sollten im Vorfeld, bevor Sie ein solches Versorgungskonzept (indirekt über eine Management-Gesellschaft) oder im Rahmen einer späteren Teilnahme initiieren, entsprechende Gespräche geführt werden. Dabei sollten die jeweiligen Aufgaben der Leistungserbringer genau voneinander abgegrenzt werden. Seit Geltung des AMNOG haben Sie nunmehr auch die Möglichkeit, einen pharmazeutischen Hersteller sowie einen Hersteller von Medizinprodukten mit ins Boot zu nehmen. Damit ergibt sich die Chance, beispielsweise folgende Konstellation ins Leben zu rufen:

Beispiel ambulante Pflege:

- a) Zunächst stellen Sie fest, welche Patienten für ein Integriertes Versorgungskonzept in Frage kommen. Anschließend fragen Sie diese nach einer entsprechenden Beratung und Aufklärung ein über solches Konzept, ob sie an der Integrierten Versorgung teilnehmen würden.

- b) Nachdem Sie die Teilnahmebereitschaft ihrer Patienten und Kunden ermittelt haben, nehmen Sie am besten möglichst frühzeitig Kontakt mit einer großen gesetzlichen Krankenversicherung auf, um für ein entsprechendes integriertes Versorgungskonzept zu werben.
- c) Vertragspartner der Krankenkassen werden einerseits im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung Hausärzte und Fachärzte und andererseits Träger von zugelassenen Pflegeeinrichtungen (s. o.). Zu letzteren gehören ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) und stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime), soweit die Pflegekassen mit ihnen einen Versorgungsvertrag geschlossen haben, § 71 Abs. 1 u. 2, § 72 Abs. 1 SGV XI. Des Weiteren könnten Sie bspw. einen Generikahersteller und einen bestimmten Hersteller von Medizinprodukten, bspw. von Inkontinenzprodukten mit als Vertragspartner aufnehmen.
- d) Vertragsinhalt wird jetzt das oben beschriebene Leistungsspektrum der Leistungserbringer. Jeder Vertragspartner bekommt eine genau beschriebene Aufgabe. Dabei sind Qualitätsvereinbarungen zu treffen. Neben der Arznei- und Hilfsmittelversorgung, der Beratungs- und Informationsleistung könnte die Apotheke auch die Verblisterung von Fertigarzneimitteln anbieten.
- e) Nachdem der Vertragsinhalt bestimmt ist, ist die Vergütung durchzukalkulieren und festzulegen. Hinsichtlich der Vergütungsform und -höhe sind die Vertragspartner grundsätzlich frei. Es muss sich auch nicht an Vergütungsregelungen, bspw. EBM, GOÄ, orientiert werden. Wichtig ist nur, dass Sie bedenken, dass nach § 140c Abs. 1 Satz 2 SGB V aus der Vergütung für die Integrierte Versorgung sämtliche Leistungen, die von den teilnehmenden Versicherten im Rahmen des vertraglichen Versorgungsauftrags in Anspruch genommen werden, vergütet sind. Dies könnte in dem zuvor erwähnten Beispiel auch die Arzneimittelversorgung betreffen. Es scheint daher sinnvoll, von der oben genannten und vom Gesetzgeber geschaffenen Möglichkeit der Zwischenschaltung einer Management-Gesellschaft Gebrauch zu machen.

Für Arzneimittel- und Medizinproduktehersteller könnte die Teilnahme an einem solchen Integrierten Versorgungskonzept deshalb attraktiv sein, da sie nun auch Zugriff auf die Patientenebene bekommen. Besonders attraktiv dürfte die Teilnahme einer Apotheke mit Versandhandelserlaubnis am Konzept der Integrierten Versorgung sein. Gleiches gilt natürlich auch für Apotheken, die über Apothekenkooperationen entsprechend vernetzt sind. Dies würde die Möglichkeit eröffnen, ein größeres Gebiet zu versorgen und vor allem im Bereich der Planung auf einen noch größeren Medikamenten/Kundendatenbestand zugreifen zu können.

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

Wichtig ist bei der Entwicklung eines solchen Versorgungskonzepts, dass den Krankenversicherungen ein entsprechender Mehrwert für ihre Versicherten vermittelt wird. Zumeist werden die Krankenversicherungen in allererster Linie auf finanzielle Aspekte schauen. Durch die Möglichkeit, zumeist noch finanzstarke Arzneimittel- und Medizinproduktehersteller direkt in ein solches Versorgungskonzept zu integrieren, könnten sich hier Einsparpotentiale ergeben, die zu einem Teil an die Krankenversicherung weitergeleitet werden (als finanzieller Anreiz), zu einem anderen Teil aber auch an die Apotheken für ihre Informations- und Beratungsleistungen.

Letztendlich geht es um die Entwicklung eines Zukunftskonzeptes, dass die Apotheken ein Stück weit unabhängiger von den Vorgaben des Gesetzgebers, des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Krankenkassen zur Arzneimittelpreisgestaltung macht und den unternehmerischen Spielraum der Apotheke wieder ein Stück weit vergrößert.

Quellen:

*Sucker-Sket, Kirsten: Befragung zu Partnerschaften, daz.online 18.01.2011, 11:54 Uhr;*

*BT-Drs. 14/1245, 91;*

*Ratzel – Luxenburger, Handbuch Medizinrecht 2008, § 8 Rn. 304 (zu den einzelnen Leistungssektoren) und § 8 Rn. 307 (zu Vertragspartner in der integrierten Versorgung);*

*Baumann in JurisPK – SGB V, § 140b Rn. 35 (zur Teilnahme von Apotheken an Verträgen zur integrierten Versorgung);*

zu Medco Celesio B. V. siehe: [www.europehealthsolutions.com](http://www.europehealthsolutions.com).