

Aktuelle Fragen des Vertragsarztrechts

Beim MEDICongress Baden-Baden diskutierten Wissenschaftler und Praktiker eine breite Palette von Problemen

*von Stefan W. Kallenberg**

Neue Rechtsprobleme aus dem GSG '93¹ lautete das Thema eines Seminars für Ärzte und Juristen, das kürzlich im Rahmen der MEDICongress Baden-Baden stattfand. In dem nicht gerade schmalen Kalender der Veranstaltungen zu Fragen des Kassen- bzw. Vertragsarztrechts hat sich dieses Seminar als feste Größe etabliert. Darauf lassen das beständig zunehmende Interesse des fachkundigen Publikums wie auch die in der Rechtswissenschaft renommierten Referenten schließen.

Richter, Rechtsgelehrte und der Justitiar der KV Nordrhein informierten über verfassungsrechtliche Vorgaben und einfachgesetzliche Regelungen des Gesundheitsstrukturgesetzes bzw. des zum 1. Juli 1997 in Kraft getretenen zweiten Neuordnungsgesetzes zur gesetzlichen Krankenversicherung (NOG) sowie die aktuelle Rechtsprechung der Sozialgerichtsbarkeit. Für die Auswahl der Themen und die Moderation zeichnete der Bonner Mediziner Dr. Dr. Manfred Hagedorn verantwortlich, der Vorstandsmitglied der KV Nordrhein ist.

Aufklärungsverzicht statt Aufklärungsterror?

Referat von Dr. Erich Steffen, Vors. Richter des 6. Zivilsenats am BGH i. R.

Der Vortrag des vormaligen langjährigen Vorsitzenden des Senats für Arzthaftungsrecht am Bundesgerichtshof, Dr. Erich Steffen, stand unter dem provokativ anmutenden Titel „Aufklärungsverzicht statt Aufklärungsterror?“. Nach Steffens Eindruck erfolgt ein großer Teil der ärztlichen Eingriffe ohne hinreichende Aufklärung des Patienten (z. B. Sinn und Zweck einer Injektion, Nichtbekanntgabe des injizierten Mittels, fehlende Darlegung zu etwaigen Behandlungsfolgen).

Durchaus kritisch beleuchtete er die Frage, ob die Aufklärungspflichten, wie sie von der Rechtsprechung postuliert worden sind, nicht die Anforderungen an die Aufklärungspflicht überstrapazieren, und Arzt

und Patienten damit gleichsam einem „Aufklärungsterror“ unterworfen sind. Allerdings stellte Steffen hierbei auch die Möglichkeit in den Raum, daß die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs mitunter mißverständlich aufgefaßt oder interpretiert worden ist.

Für zulässig hält Steffen einen Aufklärungsverzicht des Patienten, mit dem der Arzt gleichsam „freie Hand“ erhält. Ein solcher Verzicht kann auch stillschweigend erklärt werden¹, sofern der Patient über die Abwägung von Risiken und Nutzen des Eingriffs selbst entscheiden will. Allerdings erfordert dies einen sehr sorgfältigen Umgang des Arztes mit dem Patienten und eine umfassende, möglichst schriftliche Dokumentation zum Zwecke der Beweissi-

cherung für den Fall einer rechtlichen Auseinandersetzung.

Fallgestaltungen, in denen ein Aufklärungsverzicht nach Auffassung von Steffen denkbar erscheint, sind insbesondere solche, in denen der Patient der – mitunter plastischen – Schilderung des vorgesehenen Eingriffs entgehen möchte, um seine grundlegende Entscheidung über das „Ob“ des Eingriffs nicht in Frage zu stellen. Der Referent bezeichnete einen unter diesen Prämissen erklärten Verzicht als unbeesehenen, unreflektierten, blinden Verzicht auf Aufklärung.

Grundsätzlich verlange aber auch der Verzicht auf eine Aufklärung zumindest die Information des Patienten durch den Arzt über den groben Behandlungsverlauf und die damit verbundenen Risiken. Allerdings steht dem Arzt bei der Wahl des Aufklärungsinhaltes ein Ermessensspielraum zu, durch den er das inhaltliche und atmosphärische „Aufklärungsklima“ bestimmt.

Durch die Gesundheitsreformgesetze der Jahre 1989 und 1993 sind neue, in früheren Jahren nicht bekannte Probleme des „Ob“ und des „Wie“ der Aufklärung des Patienten entstanden. So stellte Steffen die Frage in den Raum, ob der Arzt berechtigt oder verpflichtet sei, wegen einer drohenden Budgetüberschreitung eine Behandlung abzulehnen bzw. von einem Selbstbehalt des Patienten abhängig zu machen und inwieweit der Arzt den Patienten als Folge dessen über die Rechtslage informieren muß.

Hier bezog er die Position, daß es den Patienten grundsätzlich nichts angehe, wie der Arzt im System der gesetzlichen Krankenversicherung zur Honorierung der von ihm erbrachten vertragsärztlichen Leistungen komme. Allerdings sei der Arzt aufgrund von § 76 Abs. 4 SGB V bei Übernahme der Behandlung des gesetzlich krankenversicherten Patienten diesem gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des Bürgerlichen Vertragsrechts verpflichtet. Auch muß der Vertragsarzt die einmal begonnene Behandlung des Patienten bis zu deren Ende fortführen, es sei denn, das in der Arzt-Patienten-Beziehung

* Assessor Stefan W. Kallenberg ist stellvertretender Justitiar der KV Nordrhein

¹ siehe hierzu HAGEDORN: Aufklärungsverzicht, in Bonner Ärztliche Nachrichten IV/91, Seite 2ff.

notwendige Vertrauensverhältnis ist nicht (mehr) vorhanden.

Dessen ungeachtet vertrat Steffen die – nicht unumstrittene – Auffassung, wonach der Vertragsarzt nicht zur Übernahme der Behandlung eines gesetzlich krankenversicherten Patienten verpflichtet ist, wenn die Vergütung für die an dem Patienten erbrachten Leistungen nicht kostendeckend ist. Dies kann in Widerspruch zu dem durch den Vertragsarzt mittelbar zu erfüllenden Sicherstellungsauftrag stehen.

Die Gesetzgebungskompetenz von Bund und Ländern im Grenzbereich von Arzt- und Kassenarztrecht

Referat von Prof. Dr. Karl Heinrich Friauf, emeritierter Ordinarius für Staats-, Verwaltungs-, Finanz- und Steuerrecht an der Universität Köln

Friauf provozierte mit der These, daß ein „Chaos im Rechtsquellenbereich mit prekärer Abgrenzung der Kompetenz zwischen Bund und Ländern“ entstanden sei. Obschon nach Auffassung des Referenten das Grundgesetz eine föderale Priorität bei der Gesetzgebung vorsehe, überwiege doch faktisch die Bundesgesetzgebung. Es gelte, die Grenzen zwischen Arztrecht einerseits, für das als Berufsrecht die Länder die Gesetzgebungskompetenz haben, und dem Sozialversicherungs- und damit dem Kassenarztrecht andererseits, für das der Bund als Gesetzgeber zuständig sei, neu zu definieren.

Eine derartige Aufspaltung der Gesetzgebungskompetenz sei in anderen freien Berufen (wie z. B. dem der Rechtsanwälte) nicht zu finden. In diesem Zusammenhang übte Friauf massive Kritik an einer Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts, die sich mit Fragen des ärztlichen Notfalldienstes befaßt. Die Ent-

Eindeutig bejahte Steffen indes die Frage, ob der Vertragsarzt gegenüber dem Patienten verpflichtet ist, diesen über entstehende Kosten zu informieren, falls er eine Behandlung außerhalb der Grenzen der vertragsärztlichen Versorgung bzw. gesetzlichen Krankenversicherung verlangt.

scheidung habe – in diesem Zusammenhang verwies Friauf auf eine Urteilsanmerkung von Hagedorn² – Anlaß geboten, sich mit der Frage der Zuständigkeit für diese Bereiche der Gesetzgebung auseinanderzusetzen.

Das Bundesverwaltungsgericht habe jedoch, so der Referent in unverhohlener Kritik, in einem Zirkelschluß die gebotene verfassungsrechtliche Aufarbeitung unterlassen. Friauf plädierte dafür, das System „wieder vom sozialversicherungsrechtlichen Kopf auf die ärztlichen Füße zu stellen“. Im Hinblick auf eine im September 1997 anstehende Entscheidung des Bundessozialgerichts zur Frage der Rechtmäßigkeit des sog. „KO-Katalogs“, vertrat Friauf die Auffassung, daß nur unter der Prämisse, es handele sich um eine vergütungsrechtliche Regelung, eine derartige Regelung vor dem Hintergrund des Artikel 12 Grundgesetz als recht- bzw. verfassungsmäßig angesehen werden könne.

Verfassungsrechtlichen Vorgaben beim Übergang vom Sachleistungsprinzip zur Kostenerstattung in der GKV

Referat von Dr. Günther Schneider, Richter am Landessozialgericht Chemnitz

Die Frage, welche verfassungsrechtlichen Vorgaben zu beachten sind, wenn in der gesetzlichen Krankenversicherung vom Sachleistungsprinzip zur Kostenerstattung übergegangen wird, beleuchtete

Dr. Günther Schneider. Den als Richter am sächsischen Landessozialgericht in Chemnitz tätigen Juristen macht eine vorangegangene mehrjährige Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Bun-

desverfassungsgericht zum besonderen Kenner der Materie.

Wie schon Friauf ausgeführt hatte, sei das in § 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V normierte Sachleistungsprinzip verfassungsrechtlich nicht zwingend geboten. Es könne nicht davon ausgegangen werden, daß das Grundgesetz beispielsweise die Naturalleistung als – einziges – Leistungsprinzip vorsieht. Das jüngst durch das NOG stärker als bisher in das Interesse der ärztlichen und nichtärztlichen Öffentlichkeit gerückte Prinzip der Kostenerstattung wurde erst mit dem Gesundheitsreformgesetz im Jahre 1989 eingeführt. In seiner zunächst nur auf freiwillig Versicherte beschränkten Geltung habe das Prinzip der Kostenerstattung jedoch keine durchgreifende Wirkung entfalten können. Erst das zum 1. Juli 1997 in Kraft getretene NOG führe aktuell zu einer Intensivierung der Diskussion um das Sachleistungs- bzw. – als sein Gegenpol – Kostenerstattungsprinzip. Da es nach Auffassung von Schneider kein Gestaltungs- oder Änderungsgebot der Verfassung dahingehend gibt, was Gegenstand der Sozialversicherung ist und wie die Sozialversicherung Leistungen erbringt, kann die Einführung der Kostenerstattung in die gesetzliche Krankenversicherung keinen rechtlichen Bedenken begegnen. Auch werden, so die Rechtsmeinung Schneiders, die Grundrechte der Versicherten durch einen Wechsel vom Sachleistungs- hin zum Kostenerstattungsprinzip nicht verletzt.

Zu den Fragen, die auch die aktuelle Diskussion zu den rechtlichen Grundlagen der Kostenerstattung prägen, nahm Schneider eingehend Stellung. Er vertrat die Auffassung, daß der Kostenerstattungspatient kein Privatpatient sei. Eindeutig war auch sein Statement dazu, daß das Wahlrecht, ob der Versicherte die Kostenerstattung beansprucht, nicht der Krankenkasse oder dem Vertragsarzt zusteht, sondern ausschließlich der Dispositionsbefugnis des Versicherten unterliegt.

Als problematisch schätzt Schneider den Umstand ein, daß die Kran-

² zum Urteil des Bundessozialgerichts vom 21.11.1972-6 RKa 41/71-(NJW 1973, Seite 2262 f.), das die Frage des Rechtsweges für einen Streit um die Heranziehung zum ärztlichen Bereitschaftsdienst betraf

kenkassen Kostenerstattungen von der – an die Kassenärztliche Vereinigungen mit schuldbeitragender Wirkung – zu zahlenden Gesamtvergütung absetzen werden. Dadurch werde nicht nur die Monopolstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen tangiert.

Allerdings trage das System der Kostenerstattung im Verhältnis zum Patienten zur Stabilisierung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung bei, verdeutlicht es dem Versicherten doch das Verhältnis der von ihm in Anspruch genommenen Leistung einerseits und der hierfür durch den Arzt zu erbringenden Gegenleistung. Auch wenn Schneider eine Abkehr vom Sachleistungsprinzip für wünschenswert er-

achtet, verkannte er trotz seines vehementen Plädoyers für das System der Kostenerstattung nicht, daß die für den versicherten Patienten als Entscheidungsträger damit verbundenen Vorteile nur geringfügig sind. Insbesondere müsse der Patient dann, wenn nicht eine entgegenstehende ausdrückliche Abrede mit dem ihn behandelnden Arzt getroffen worden ist, damit rechnen, daß er aufgrund der Rechnungslegung nach GOÄ auf einem nicht unbeträchtlichen Teil der Kosten „sitzenbleibe“. Hieraus leitet Schneider die Verpflichtung des Arztes ab, den Patienten sorgfältig und umfassend über die Folgen der Kostenerstattung aufzuklären.

Aktuelle Rechtsprechung der Sozialgerichte I

Referat von Dr. Horst Bartels, Justitiar der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Die aktuelle Rechtsprechung der Sozialgerichte beleuchteten der Justitiar der KV Nordrhein, Dr. Horst Bartels, und Dr. Klaus Engelmann der – seit kurzem – Vorsitzender Richter des 6. Senats am Bundessozialgericht und damit nach der Geschäftsverteilung für Rechtsstreitigkeiten des Vertragsarztrechtens zuständig ist.

Bartels berichtete über das Urteil des Landessozialgerichts NRW vom 15.1.1997 (Az. L 11 Ka 74/96). Streitbefangen war eine Bestimmung im Honorarverteilungsmaßstab der KV Nordrhein, wonach der Arzt eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung einer irrtümlich unvollständigen Abrechnung für eingereichte Behandlungsfälle nach Abgabe der Abrechnungunterlagen nicht mehr geltend machen kann.

Unter Hinweis darauf, daß die betreffende Regelung im Honorarverteilungsmaßstab verhindere, daß ständige und fortlaufende nachträgliche Korrekturen das Massengeschäft der Quartalsabrechnungen nicht mehr oder kaum noch durchführbar machten, hat das Landessozialgericht die betreffende Bestim-

mung für rechtmäßig erachtet. Dies hatte in dem Rechtsstreit zur Folge, daß die infolge eines Softwarefehlers nicht auf die von dem Arzt eingereichte Abrechnungsdiskette übertragenen Leistungsziffern zu Recht nicht vergütet worden sind.

Der Referent stellte eine weitere Entscheidung des Landessozialgerichts NRW vor, die sich mit dem Gebot der persönlichen Leistungserbringung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu befassen hatte. Im Urteil vom 25.9.1996 (Az. L 11 Ka 41/96) hat der Senat betont, daß zur persönlichen Ausführung der ärztlichen Tätigkeit nach dem gesetzlich vor-

Aktuelle Rechtsprechung der Sozialgerichte II

Referat von Dr. Klaus Engelmann, Vorsitzender Richter des 6. Senats am Bundessozialgericht

Engelmann referierte das am 18. Juni 1997 ergangene Urteil des Bundessozialgerichts (6 RKa 58/96) zu dem Problem „Hausarzt/Facharzt“. Darin hat das Gericht die Regelung im SGB V, wonach Internisten und Kinderärzte ohne Teilgebietsbezeichnung verpflichtet sind, eine Wahlentscheidung

gegebenen Rahmen gehöre, daß der Arzt sämtliche Verrichtungen, die üblicherweise in der Praxis von einem Arzt ausgeführt werden, selbst, also in Person, vorzunehmen habe. In den gesetzlich bestimmten Ausnahmefällen, in denen auch Hilfskräfte Leistungen erbringen dürfen, welche der Arzt abzurechnen berechtigt ist, muß der Arzt die Hilfskräfte anleiten und beaufsichtigen. Erforderlich sei dabei eine Überwachung jeder einzelnen Maßnahme.

Weiter stellte der Referent die Rechtsprechung der Landessozialgerichte verschiedener Bundesländer zur sog. „rückwirkenden“ Budgetierung von bestimmten Leistungen des EBM in den Quartalen I und II/96 dar. Diese haben die Gerichte in Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes ganz überwiegend für nicht rechtswidrig erachtet.

Außerdem berichtete Bartels über eine weitere Entscheidung des Landessozialgerichts NRW. Dieses hat in einem einstweiligen Anordnungsverfahren entschieden, daß ein Vertragsarzt trotz inzwischen eingetretenen Konkurses die Praxis gemäß § 103 SGB V veräußern könne, da dieser – höchstpersönliche – Anspruch nicht in die Konkursmasse falle. Zudem ist die Verlegung einer Praxis, so das LSG in der Entscheidung weiter, auch dann genehmigungsbedürftig, wenn die Praxis nur in das Nachbarhaus verlegt wird.

Zum Abschluß stellte der Referent noch eine Entscheidung des LSG Baden-Württemberg zur Ermächtigung von poliklinischen Einrichtungen vor. Danach besteht für Universitätskliniken kein Anspruch auf Ermächtigung über eine Poliklinik-Ermächtigung hinaus.

zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung zu treffen und nicht zugleich haus- und fachärztlich tätig sein können, für rechtmäßig erachtet.

Weiter stellte Engelmann drei Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 20.3.1996 vor. Im ersten Urteil (6 RKa 55/95 und 6 RKa 21/95)

hat das höchste Sozialgericht das im Einheitlichen Bewertungsmaßstab zum 1.4.1994 eingeführte O I-Überweisungsverbot für rechtswidrig erachtet, während es die arztgruppenbezogenen Fallpunktzahlen für Leistungen des Abschnitts O I EBM, sog. „Praxisbudget“, als rechtskonform bestätigt hat.

In der sog. Methadon-Entscheidung (6 RKa 62/94) sieht sich das Bundessozialgericht nunmehr durch das zweite GKV-NOG und die dort normierte Veränderung der Kompetenz und des Verfahrens vor den Bundesausschüssen bestätigt.

Aus Fragen des Zulassungsrechts berichtete Engelmann über jene Entscheidung vom 19.6.1996 (6 RKa 84/95), aufgrund derer ein angestellter Arzt dieselbe Fachgebietsbezeichnung wie der ihn anstellende Praxisinhaber haben muß. Auch hier sieht sich das BSG durch das zweite GKV-NOG und die dort in § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V normierte Regelung ausdrücklich bestätigt.

Daß ein als Werkarzt tätiger Mediziner keinen Anspruch auf Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung hat, wurde durch das BSG am 19.3.1997 (6 RKa 39/96) unter Hinweis auf die fehlende Eignung entschieden. Die 55-Jahres-Altersgrenze ist, so ein Beschluß des BSG vom Dezember 1996 für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung, verfassungsgemäß.

Der Bundesrichter stellte zudem eine Entscheidung vom Januar 1997 vor, wonach ein Vergütungsanspruch für Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung dann nicht besteht, wenn die Leistungen mit nicht genehmigten Großgeräten erbracht werden bzw. die die Leistungen erbringenden Ärzte nicht über die erforderliche Qualifikation hierfür verfügen.

Schließlich machte Engelmann deutlich, was es mit der sog. „intellektuellen Prüfung“ in Prüfverfahren zur Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung auf sich habe. Das Gericht habe mit diesem Schlagwort deutlich machen wollen, daß eine rein EDV-technische Prüfung nicht ausreichend sei. Hinzu kommen muß vielmehr eine Prüfung in medizinisch-sachverständiger Sicht durch das zuständige Prüfungsgremium.

Round-Table: Praxisbudgets

Die Veranstaltung endete mit einer „Round Table“-Diskussion zum Thema der Praxisbudgets. Sie wurde bestritten von den Referenten sowie Prof. Dr. Friedhelm Hufen von der Universität Mainz. Dieser hatte zuvor ein rhetorisch beeindruckendes, inhaltlich jedoch umstrittenes Eingangreferat zur Frage der Verfassungswidrigkeit der ab 1.7.1997 geltenden Praxisbudgets gehalten.

Unter Hinweis auf die Rechtsform, die inhaltliche Angemessenheit sowie die in Artikel 12 Grundgesetz normierte Berufsfreiheit des Vertragsarztes hält der Rechtsgelehrte die Praxisbudgets für rechtswidrig. Hufen führte aus, mit einer Mehrheit von Verfassungsrechtlern vertrete er die Auffassung, daß die im EBM geregelten Praxisbudgets eine Normsetzung ohne rechtliche und parlamentarische Legitimation darstellten. Ihnen könne auch nicht die – unter anderem durch das Bundessozialgericht – vertretene Rechtsmeinung entgegengehalten werden, bei der gesetzlichen Krankenversicherung handele es sich um ein eigenständiges, gewachsenes System, in das von außen nur in Extremfällen eingegriffen werden dürfe.

Hufen monierte auch, daß Gerichte nur Einzelfälle entschieden und sich insoweit daran orientierten, ob die für den einzelnen Arzt aus der Regelung erwachsende Belastung noch zumutbar sei. Hierbei werde die Gesamtbelastung der Ärzteschaft notwendigerweise nicht berücksichtigt. Auch hält der Referent es nicht für hinnehmbar, wenn bei allen Typisierungsbestrebungen des Normgebers unterschiedlich strukturierte Praxen einem einheitlichen Budget unterworfen werden. Hufen vertritt auch die Auffassung, daß die Kostenerstattung ein milderes Mittel im Vergleich zu den Praxisbudgets sei.

In der sich anschließenden Podiumsdiskussion, die Hagedorn moderierte, äußerte Friauf nochmals die bereits in seinem Referat vertretene

These, daß die Rechtssetzung im Kassenarztrecht und die hierzu erforderliche Legitimation seit Jahren umstritten sei. Als verfassungsrechtlich bedenklich stufte er auch den Umstand ein, daß der Bewertungsausstoß einerseits Behördencharakter habe, zum anderen aber (ähnlich wie die Schiedsämter) im Vertragsarztrecht Normgeber sei. Allerdings warnte er vor unmittelbaren Verfassungsbeschwerden gegen die Praxisbudgets unter Hinweis darauf, daß zuvor der Rechtsweg ausgeschöpft werden müsse. Einig waren sich alle Referenten und wohl auch die Teilnehmer in der Bewertung, daß einer limitierten Gesamtvergütung nicht unbegrenzte Leistungsansprüche der Versicherten gegenüber stehen dürften. Hufen vertrat die These, den Praxisbudgets für Ärzte müsse ein „Gesundheitsbudget“ für Patienten gegenübergestellt werden.

Fazit

Das Seminar „Neue Rechtsprobleme aus dem GSG '93“ dürfte die aktuelle rechts- und berufspolitische Diskussion im Bereich des Vertragsarztrechts mit neuen Thesen und Ideen befruchtet haben. Insbesondere hat sich die Verbindung von wissenschaftlicher Theorie durch Rechtsgelehrte einerseits und praktischer Rechtsanwendung durch in der Judikative tätige Juristen als eine Mischung erwiesen, die der Vielfalt der im Vertragsarztrecht aktuell auftretenden Probleme gerecht zu werden vermag. Vor diesem Hintergrund erscheint die Annahme gerechtfertigt, daß diese Veranstaltung der MEDICongress Baden-Baden auch zukünftig ihren Platz im Veranstaltungskalender behalten und auf reges Interesse bei Juristen und Mediziner stoßen wird. Erste Planungen hierzu sehen vor, daß sich die Veranstaltung des Jahres 1998 mit Fragen der Kostenerstattung befassen wird.