

Aktuelle Fragen des Vertragsarztrechts

Juristen und Ärzte diskutierten beim MEDICongress Baden-Baden 1998 Rechtsprobleme aus dem GSG 1993 und dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz

von **Stefan W. Kallenberg***

Alljährlich findet in Baden-Baden der MEDICongress statt. Er wird veranstaltet von der Medica - Deutsche Gesellschaft zur Förderung der medizinischen Diagnostik e.V., Stuttgart. Fester Programmpunkt ist inzwischen die von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in Zusammenarbeit mit dem Veranstalter stattfindende Vortragsreihe zu Rechtsproblemen der Gesetzge-

bung zum Vertragsarztrecht. Bekannte Referenten wie auch die rege Beteiligung zahlreicher fachkundiger Zuhörer trugen auch diesmal zum Gelingen der Veranstaltung bei. Unter der Leitung des Vorstandsmitglieds der KVNo, Dr. Dr.M. Hagedorn (Bonn), referierten und diskutierten Juristen gemeinsam mit Medizinerinnen die aktuellen Rechtsprobleme und Trends des Vertragsarztrechts.

Haftungsrechtliche Konsequenzen von Amtspflichtverletzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Referat von Professor Dr. Karl H. Friauf, vormalig Ordinarius an der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Köln

Friauf prognostizierte eine zunehmende Relevanz der Haftung für Amtspflichtverletzungen im Vertragsarztrecht. Er verwies darauf, daß das in den siebziger Jahren geschaffene Staatshaftungsgesetz aufgrund der Verwerfung durch das Bundesverfassungsgericht nicht geltendes Recht werden konnte mangels gesetzgeberischer Kompetenz des Bundes. Eine Haftung kommt lediglich nach Erfüllung von drei Stufen in Betracht. Zunächst muß ein haftungsbegründender Tatbestand erfüllt sein. Dieser knüpft an die Verletzung einer dem Beamten obliegenden Amtspflicht an, wobei der Schädiger Bediensteter einer Körperschaft sein muß. Der Umstand, daß in § 839 BGB von „Beamten“ die Rede ist, ist dahingehend zu verstehen, daß Beamter im haftungsrechtlichen Sinne jeder ist,

der im Aufgabenbereich einer Körperschaft – d. h. hier einer Kassenärztlichen Vereinigung – tätig wird.

Die zweite Stufe bewirkt über Artikel 34 GG einen Haftungsübergang vom Beamten auf dessen Dienstherrn. Dabei handelt es sich um eine Schuldübernahme, d. h. es ist kein selbständiger Haftungsbestand gegen die Körperschaft gegeben. Vielmehr knüpft die Haftung nur an das Verhalten des handelnden Beamten an.

Schließlich kann in einer dritten Stufe der in Anspruch genommene Dienstherr ggf. einen Regreß gegen den Beamten geltend machen. Von Bedeutung ist insoweit die Vorschrift des § 42 Abs. 2 SGB IV. Danach haften die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane für den Schaden, der dem Versicherungs trä-

ger aus einer vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verletzung der ihnen obliegenden Pflichten entsteht. Hieraus folgte Friauf, daß zumindest in diesem Kontext eine Haftung von Vorstandsmitgliedern im Rahmen eines etwaigen Regresses in Betracht gezogen werden müsse.

Ein geschädigter Vertragsarzt oder außenstehender Dritter müsse gegen die Kassenärztliche Vereinigung vor dem zuständigen Landgericht klagen. Erst im Rahmen der Prüfung, ob einzelne Vorstandsmitglieder über § 42 Abs. 2 SGB IV von der Körperschaft in Regreß genommen werden können, sei auf deren individuelle Verantwortlichkeit abzustellen. Mehrere Mitglieder des Vorstandes oder eines anderen Organs der Selbstverwaltung würden gesamtschuldnerisch haften, d. h. jeder der Haftenden kann unabhängig von seinen Vermögensverhältnissen in Anspruch genommen werden, um den entstandenen Schaden auszugleichen.

Die erfolgreiche Geltendmachung von Amtshaftungsansprüchen im Verhältnis zwischen einer Kassenärztlichen Vereinigung und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – Stichwort: Zwischenkörperschaftliche Amtshaftung – zweifelte der Referent an. Auch schloß der Referent aus, daß ein Amtshaftungsanspruch des einzelnen Vertragsarztes gegen seine jeweilige Kassenärztliche Vereinigung gegeben ist. Verantwortlich hierfür machte Friauf die Bindung der Kassenärztlichen Vereinigung über § 81 SGB V an die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geschlossenen Verträge und Richtlinien. Auch wenn hierzu bislang keine Rechtsprechung existiert, vertrat Friauf die Rechtsauffassung, daß eine haftungsrechtliche Beziehung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem einzelnen Vertragsarzt bestehen müsse. Dem steht auch nicht entgegen, daß der einzelne Vertragsarzt in keiner unmittelbaren Rechtsbeziehung zur Kassenärztlichen Bundesvereinigung steht.

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

Verfassungsrechtliche Problematik der Rechtsgrundlagen von Richtlinien und der ICD 10-Verschlüsselung

Referat von Professor Dr. Friedrich E. Schnapp von der Universität Bochum und Vorsitzender des Landesschiedsamtes Nordrhein-Westfalen

Der Vertragsarzt unterliegt einer dreifachen Bindung. Diese resultiert aus seiner Zulassung als Vertragsarzt, den für ihn über § 95 Abs. 3 Satz 2 SGB V verbindlichen vertraglichen Bestimmungen sowie der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung, der er angehört. Diese ist über § 81 SGB V i. V. m. den Regelungen, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung trifft, verbindlich. Schnapp hält es für einen verfassungsrechtlich gangbaren Weg, wenn der Gesetzgeber über das SGB V Verweisungen ermöglicht. Allerdings zweifelte er an der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, den Richtlinien komme unmittelbare Rechtswirkung zu. Vielmehr bedürfe es einer Transmission, die durch die Verweiskette zur Verfügung gestellt werde.

Zu unterscheiden, so der Referent, sei die statische von der dynamischen Verweisung. Anders als bei der statischen Verweisung – in diesem Fall existiert die durch das Gesetz in Bezug genommene Norm bereits – vertrat er in bezug auf die dynamische Verweisung die Rechtsauffassung, daß diese regelmäßig verfassungswidrig sei. Die dynamische Verweisung zeichnet sich dadurch aus, daß auf eine in jeweils geltender Fassung existierende Norm verwiesen wird. Außerdem seien Richtlinien und Beschlüsse, die Außenwirkung entfalten, im Hinblick auf deren fehlende demokratische Legitimationskette als verfassungswidrig anzusehen.

Der Co-Referent Professor Friauf nahm sich der Problematik der ICD 10-Verschlüsselung an. Anhand der Historie der Entwicklung der Norm des § 295 SGB V erläuterte er, daß jene Rahmenvereinbarung, mit der die ICD 10-Verschlüsselung dem einzelnen Vertragsarzt freigestellt worden ist, den Anwendungsbeginn des Gesetzes nicht wirksam hätte aufschie-

ben können. Andererseits stellte er die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die in § 295 SGB V getroffene Regelung in Frage, wenn

Rechtsprobleme der Kostenerstattung ein Jahr nach Einführung des Wahlrechts des Versicherten in § 13 Abs. 2 SGB V

Referat von Dr. Günther Schneider, Richter am Landessozialgericht Chemnitz

Zunächst verwies Schneider auf das grundsätzlich geltende „Naturalleistungsprinzip“. Danach treffe die Krankenkasse die Verpflichtung, dem Versicherten die geschuldeten Leistungen zu verschaffen. Das Recht, die Kostenerstattung zu wählen, könne durch den Patienten ausschließlich gegenüber der Krankenkasse ausgeübt werden. Auch unterliege es keinem Zweifel, daß im Rahmen der Kostenerstattung nur solche Leistungen in Anspruch genommen werden können, die auch der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen. Damit ist Schneider einer in der Ärzteschaft vielfach gehegten Fehlvorstellung entgegengetreten, im Falle der Wahl der Kostenerstattung bewege sich der Patient/Versicherte außerhalb der Grenzen, die das SGB V vorgibt.

Offen ließ der Referent die Frage, was zur Bemessung der Höhe des Anspruchs nach § 13 Abs. 2 Satz 2 SGB V heranzuziehen sei. Denkbar ist eine Orientierung an Punktwerten, die der Honorarverteilungsmaßstab vorgibt, oder einem Auszahlungspunktwert. Denkbar sei auch, für den Fall der Existenz einer Kopfpauschale, diese ganz oder zum Teil zu zahlen. Diese Lösung wiederum wäre für den Patienten, wie auch im Falle der Abtretung des Erstattungsanspruches vom Patienten an den Vertragsarzt, dann besonders von Interesse, wenn der Patient vergleichs-

man von der These ausgeht, daß es sich bei der gesetzgeberischen Materie um Arztrecht und nicht um Sozialversicherungsrecht handelt. Rechtlich bedenklich sei auch die vorgesehene dynamische Verweisung in § 295 Abs. 1 Satz 2 SGB V, wonach die jeweils gültige Fassung der ICD 10-Verschlüsselung anzuwenden sei.

weise wenig Leistungen in Anspruch nimmt, so daß die zu erstattende Kopfpauschale höher als die Summe der Leistungen ist, die, multipliziert mit einem entsprechenden Punktwert, von dem Vertragsarzt erbracht wurden. Aus Sicht des Referenten bestehen keine Bedenken gegen eine Abtretung des Anspruchs des Patienten gegen die Krankenkasse an den Arzt. Entgegenstehende Satzungsbestimmungen der Krankenkassen seien insoweit rechtswidrig.

Für zulässig hielt Schneider, wenn Teile der vertragsärztlichen Leistung als Sachleistung und ein anderer Teil im Rahmen der Kostenerstattung erbracht werden. Vehement trat der Referent allerdings der in der Literatur vertretenen Auffassung entgegen, die Beträge, die im Rahmen der Kostenerstattung an Versicherte durch die Krankenkassen geleistet worden sind, lägen außerhalb der Gesamtvergütung. Diese Auffassung übersehe, daß in diesem Fall eine Doppelleistung erfolgen würde. Allerdings hielt Schneider auch Satzungsbestimmungen der Krankenkassen für rechtswidrig, wonach die Wahl der Kostenerstattung durch den Versicherten daran gebunden wird, zuvor eine entsprechende Genehmigung der Krankenkasse einzuholen. Dies stünde im Widerspruch zu der liberalen Grundhaltung, die § 13 Abs. 2 SGB V ausweislich der Gesetzesmaterialien habe. Für zulässig hielt

¹ Bereits im vergangenen Jahr war die Kostenerstattung Thema der Veranstaltung: siehe dazu: Rheinische Ärzteblatt Ausgabe Oktober 1997, Seite 16 ff.

Schneider hingegen Regelungen im Rahmen der Satzung, die Art und Weise wie auch die Dauer der Teilnahme am System der Kostenerstattung betreffen. In diesem Kontext sieht er eine Nebenpflicht der Krankenkasse, den Versicherten über die Modalitäten der Kostenerstattung eingehend zu beraten und auf die ggf. eintretende Konsequenz hinzuweisen, daß der Patient auf einem Teil der ihm durch den Vertragsarzt gestellten Rechnung „sitzenbleibt“.

Im Rahmen des zwischen dem Patienten und dem Vertragsarzt zustandekommenden privatrechtlichen Dienstvertrages nach den §§ 611ff BGB sei auch der Vertragsarzt verpflichtet, den Patienten über die Modalitäten der Kostenerstattung und insbesondere deren Folgen wie beispielsweise die Geltung der GOÄ aufzuklären. Laut Schneider muß der Vertragsarzt dem Patienten verdeutlichen, daß dieser Privatpatient ist. Dies hat zur Folge, daß vergütungsrechtlich die GOÄ

Anwendung findet, der Inhalt der Behandlung sich aber nach Gesichtspunkten der gesetzlichen Krankenversicherung zu vollziehen hat. In diesem Zusammenhang sei der Vertragsarzt nicht legitimiert, die Behandlung eines Patienten allein deshalb abzulehnen, weil dieser keine Bereitschaft zeigt, vom Kostenerstattungsprinzip Gebrauch zu machen.

Zum Abschluß seines Vortrages betonte er, im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung sei die momentan existierende Dualität von Sachleistungs- und Kostenerstattungsprinzip nicht wünschenswert. Hier müsse die Perspektive des Gesetzgebers dahin gehen, sich für eines der Prinzipien zu entscheiden, wobei er deutlich machte, daß er das Prinzip der Kostenerstattung favorisiere, auch wenn sich damit möglicherweise die Frage nach der Notwendigkeit der Existenz von Kassenärztlichen Vereinigungen stelle.

wonach ab 1.1.1999 die Zulassung eines Vertragsarztes am Ende des Kalendervierteljahres, in dem der Vertragsarzt sein 68. Lebensjahr vollendet, verfassungsgemäß sei, sei trotz des Nichtannahmebeschlusses des Bundesverfassungsgerichts nicht geklärt.

Ein Ausweg wäre nach Auffassung Hagedorns über eine verfassungskonforme Auslegung von § 95 Abs. 7 Satz 2 SGB V zu suchen. Eine solche Auslegung von Art. 33 § 1 GSG und § 95 Abs. 7 SGB V sei notwendig und möglich. Bei Anwendung einer verfassungskonformen Auslegung müßten Härtefälle berücksichtigt werden, beispielsweise wenn keine ausreichende Altersversorgung innerhalb von 20 Jahren aufgebaut werden konnte.

Aus Art. 33 § 1 GSG und § 95 Abs. 7 SGB V ergebe sich nicht eindeutig, ob Härtefälle über die 20-Jahres-Grenze hinaus ausgeschlossen seien oder nicht. Im Hinblick darauf, daß das Bundesverfassungsgericht bei gesetzlichen Regelungen, die eine bisherige legale Berufsfreiheit einschränken oder beenden, individuelle und nicht nur pauschale Übergangsbestimmungen verlangt, sei davon auszugehen, daß eine Auslegung von Art. 33 § 1 GSG und § 95 Abs. 7 SGB V zu wählen ist, die besagt, daß Härtefälle nicht ausgeschlossen seien, weil sie näher beim Grundgesetz liegen. Dies hätten die Zulassungsausschüsse und die Kassenärztlichen Vereinigungen im Hinblick auf ihre unmittelbare Bindung aus Art. 1 Abs. 3 GG zu beachten.

Die 68 Jahres-Grenze in der GKV

Dr. Dr. Manfred Hagedorn, Vorstandsmitglied der KV Nordrhein

Die Entscheidung, die das Bundesverfassungsgericht am 31.03.98 (1 BvR 2167/93 & 1 BvR 2198/93) zur Frage der Verfassungsmäßigkeit von § 95 Abs. 7 Satz 2 SGB V getroffen hat, stellt nach Auffassung von Hagedorn keine Entscheidung in der Sache dar. Die 2. Kammer des 1. Senats hat die Annahme der Verfassungsbeschwerden abgelehnt, da ihnen keine grundsätzliche verfassungsrechtliche Bedeutung zukomme. Die zur Begründung seiner Entscheidung herangezogenen Erwägungen des Gerichts seien kritikwürdig und in sich unschlüssig. Wenn gesagt werde, die angegriffenen Regeln dienten dazu, Gefährdungen, die von älteren, nicht mehr voll leistungsfähigen Berufstätigen ausgehen, einzudämmen, so sei diese These in ihrer Allgemeinheit nicht überzeugend, zumal das Berufsrecht Regelungen beinhalte, die ausreichend Vorsorge

im Hinblick auf nicht (mehr) leistungsfähige Ärzte ermögliche. Im übrigen, so Hagedorn, sei nicht nachvollziehbar, daß anders als im Berufsrecht nach dem Bundesverfassungsgericht nur die gesetzlich krankenversicherten, nicht aber die privatversicherten Patienten dieses Schutzes bedürften. Die verfassungsrechtlich relevante Frage, ob die Norm des § 95 Abs. 7 SGB V,

Aktuelle Rechtsprechung der Sozialgerichte I

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

Bartels stellte eine Entscheidung des Landessozialgerichts NRW vom 3.12.1997 (Az. L 11 Ka 145/96) vor, wonach Vertragsärzte mit dem Einwand, Leistungen seien aus Budgetgründen oder wegen Krankheit, Urlaub etc. nicht abgerechnet worden,

nicht gehört werden können. Nach Auffassung des Gerichts ist dieser Einwand unerheblich. Es gelte vielmehr der Grundsatz der peinlich genauen Abrechnung. Eine weitere Entscheidung, die die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein betrifft,

hat eine Regelung im Honorarverteilungsmaßstab zum Inhalt, wonach der Vertragsarzt nicht verpflichtet ist, nicht kostendeckende Leistungen anzubieten. Hiergegen hat die Aufsichtsbehörde des Landes NRW eine Aufsichtsverfügung erlassen, derzufolge der betreffende Passus nichtig und somit unbeachtlich sei. Bartels berichtete, daß das Sozialgericht Düsseldorf im Verfahren einstweiligen Rechtsschutzes die von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein angestrebte Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung des hiergegen gerichteten Widerspruchs nicht angeordnet hat. Momentan können aus der betreffenden Regelung zugunsten der Vertragsärzte keine Rechtsfolgen hergeleitet werden.

Das LSG Baden-Württemberg hat in seinem Urteil vom 19.3.1997 (Az. L 5 Ka 1034/96) entschieden, daß der Fachgebietswechsel eines Facharztes für Allgemeinmedizin zum Fachgebiet der Internisten ausgeschlossen ist, wenn dadurch ein

Zuwachs der Überversorgung auch nur um 0,2 bewirkt werde.

Bartels berichtete auch von einem weiteren Urteil des Landessozialgericht NRW. Danach dürfen Regelungen in Honorarverteilungsmaßstäben getroffen werden, die von Bestimmungen des Bundesmantelvertrages abweichen. Im konkreten Fall ging es darum, daß, abweichend von den Datenträgeraustausch-Richtlinien, die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein in ihren Honorarverteilungsmaßstab eine Regelung aufgenommen hat, wonach Ärzte, die ausschließlich auf Überweisung in Anspruch genommen werden können, verpflichtet sind, auf Anforderung alle Überweisungsscheine der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein vorzulegen. Gegen das zweitinstanzliche Urteil (Urteil vom 18.3.1998, Az. L 11 Ka 131/97) ist indes Revision eingelegt, über die das Bundessozialgericht möglicherweise im Jahr 1999 entscheiden wird.

tragsarzt nicht verpflichtet sei, jedwede Leistung seines Fachgebietes anzubieten, nicht dahingehend verstanden werden dürfte, daß der Vertragsarzt nicht kostendeckende Leistungen nicht erbringen müsse.

Zu Fragen der Honorarverteilung stellte der Referent eine Entscheidung vom 28.1.1998 (Az. B 6 KA 96/96 R) vor, wonach Kassenärztliche Vereinigungen berechtigt sind, im Rahmen der Honorarverteilung feste Honorar-Kontingente für die einzelnen Arztgruppen vorzusehen. Es ist bundesrechtlich nicht geboten, Arztgruppen davon auszunehmen, die – wie Laborärzte – ausschließlich auf Überweisung tätig werden dürfen. Insofern müssen diese von punktwertbezogenen Differenzierungen zwischen dynamischen und nicht dynamischen Leistungen nicht freigestellt werden, wenn dies im Interesse der Begrenzung des Mengenzuwachses geschieht. Denn trotz der Überweisungen können auch diese Ärzte den Umfang der von ihnen erbrachten Leistungen beeinflussen.

Während der Anhängigkeit eines Drittwiderspruchs der Kassenärztlichen Vereinigung gegen die Ermächtigung eines Arztes darf dieser Arzt keine Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen (Urteil vom 28.1.1998, Az. B 6 KA 41/96 R). Dies gilt auch dann, wenn sich im Rahmen des gerichtlichen Verfahrens herausstellt, daß der Widerspruch nicht erfolgreich gewesen ist. Trotz der aufgrund der Rechtsprechung des BSG gegebenen „Randzuständigkeit“ der Kassenärztlichen Vereinigung im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen, besteht schließlich keine Befugnis der Kassenärztlichen Vereinigung zu sachlich-rechnerischen Berichtigungen wegen des Verstoßes gegen das Gebot der Durchführung von Stufendiagnostik. Nach Auffassung des BSG ist dies ein Sachverhalt, der in die Zuständigkeit der Prüfungsgremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung fällt (Urteile vom 1.7.1998, Az. B 6 KA 48/97 R sowie Az. B 6 KA 47/97 R).

Aktuelle Rechtsprechung der Sozialgerichte II

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

Breiten Raum nahm die Darstellung der sogenannten „Pathologen-Entscheidung“ (Urteil vom 5.11.1997, Az. 6 RKa 52/97) ein. Das BSG hatte sich in dem Fall erstmals mit der Frage auseinanderzusetzen, ob und unter welchen Voraussetzungen ein Krankenhausarzt, der halbtags an einem Krankenhaus beschäftigt ist, eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung erhalten kann. Dies kommt nur in Betracht, wenn die Gefahr einer Interessen- und Pflichtenkollision zwischen vertragsärztlicher Tätigkeit und der Beschäftigung als Krankenhausarzt nicht gegeben ist. Davon ist – wie in diesem Fall – bei einem Pathologen auszugehen, der nicht unmittelbar patientenbezogen tätig ist. In diesem Zusammenhang machte Engelmann deutlich, daß das Bundessozial-

gericht sich zukünftig schwer tun werde, die bisherige Rechtsprechung aufrechtzuerhalten, wonach als Vertragsarzt nicht zulassungsfähig ist, wer nicht mindestens die Hälfte seiner Arbeitszeit zur Versorgung von Patienten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu Verfügung steht. Besonders die Anfang 1998 in Kraft getretene Job-Sharing-Richtlinie lasse diese Rechtsprechung als nicht mehr zeitgemäß erscheinen.

Am 17.9.1997 (Az. 6 RKa 36/97) hat das BSG entschieden, daß die rückwirkende Budgetierung bestimmter Gesprächsleistungen im EBM der Quartale I und II/96 rechtswidrig gewesen ist. In diesem Zusammenhang machte Engelmann deutlich, daß jenes obiter dictum in dem Urteil, wonach ein Ver-