

# Vertragsarztrecht im Blickpunkt

Ist der Freie Beruf des Arztes im System der Gesetzlichen Krankenversicherung wirklich noch frei? Grundsatzfragen wie diese sowie konkrete rechtliche Aspekte der Vertragsarztstätigkeit standen im Fokus der Veranstaltung „MedCongress“ in Baden-Baden.

von Stefan Kallenberg

Deutschlands Ärztinnen und Ärzte werden durch immer neue sozialrechtliche Vorschriften in ein zunehmend enger geschnürtes Korsett gezwängt. Folge ist, dass für den Arztberuf als Freiem Beruf die Luft zum Atmen mittlerweile knapp wird. Auf diesen Nenner brachte Professor Dr. Wolfram Höfling, Staatsrechtler an der Universität zu Köln, auf der Veranstaltung „MedCongress“ in Baden-Baden die Entwicklung im Vertragsarztrecht der vergangenen Jahre.

## Bald nur noch Staatsmedizin?

Bereits die ältere Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts habe im sogenannten „Kassenarzturteil“ seinerzeit nachhaltig betont, dass es sich beim Arztberuf um einen Freien Beruf handelt. Diese Freiberuflichkeit der Arztstätigkeit gerate jedoch immer stärker unter Druck. So spiegele die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts die Tendenz wider, die Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung „auf Teufel komm raus“ erhalten zu wollen, und das um den Preis der Einschränkung der Ausübung von Grundrechten des einzelnen Arztes, sagte Höfling.

Wenn Ärzte vier Wochen pro Quartal ohne Vergütung arbeiteten, so sei das mit dem Gedanken des Freien Berufs und dem daraus resultierenden Freiheitsrecht nicht vereinbar, sagte Höfling, der für einen radikalen Systemwandel eintrat. Sollte trotz finanzieller Anreize und der Lockerung gesetzlicher Vorgaben das Angebot zur flächendeckenden Versorgung langfristig nicht ausreichen, so müsse der Staat für die Versorgung sorgen. Dies könnte allerdings zu einem Nachlassen der Versorgungsdichte und deren Intensität führen.

Im Rahmen des politischen Dialogs müsse der Patient vor diese Alternativen gestellt werden, betonte Höfling.

Professor Dr. Martin Rehborn, Dortmund, warf die Frage auf, ob sich in der Bundesrepublik Deutschland ein echter Ärztemangel ankündigt oder ob eine ungleiche Verteilung der Ärzteschaft zwischen Stadt und Land die Ursache ist. Für die bereits bestehenden und sich vermutlich noch vergrößernden Schwierigkeiten bei der notwendigen Basisversorgung durch Hausärzte macht er Imageprobleme verantwortlich. Hinzu komme, dass ländliche Gegenden in puncto Infrastruktur nicht mit den Städten mithalten könnten.

Eine Möglichkeit, dem Problem des Ärztemangels zu begegnen, liegt laut Rehborn im Anwerben ausländischer Ärzte. Dies werfe allerdings neben sprachlichen auch ethische und rechtliche Probleme auf. Zum einen fehlten diese Ärzte möglicherweise bei der medizinischen Versorgung im Herkunftsland. Zum anderen sei eine Approbation gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 Bundesärztereordnung grundsätzlich nur für Deutsche und EU-Bürger zu erteilen, was das ausländische Arbeitskräftepotenzial begrenze.

## Zweigpraxis darf Stammsitz nicht beeinträchtigen

Ein anderer Lösungsansatz könne die Delegation von ärztlichen Leistungen an Nichtärzte sein. Die verschiedenen Modelle wie „EVA“ (Entlastende Versorgungsassistentin) oder „VerAH“ (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) seien der Versuch, solche Leistungen, die in der Vergangenheit der Arzt erbracht habe, auf qualifiziertes nichtärztliches Personal zu verlagern. In diese Richtung gehe auch das Modell der sogenannten „Otas“ (Operationstechnische Assistentin). Bei diesen sicherlich gut gemeinten Lösungsansätzen stellten sich indes einige Probleme: So sei die Grenzziehung zu Leistungen, die unter Arztvorbehalt stünden, unklar. Darüber hinaus stelle sich auch die Frage, ob eine Heilpraktiker-Erlaubnis erforderlich sei. Schließlich müsse geklärt werden, wie diese nichtärztlichen Leistungen zu vergüten sind, so Rehborn.

Professor Dr. Thomas Clemens, Richter des 6. Senats des Bundessozialgerichts (BSG) in Kassel und Honorarprofessor an der juristischen Fakultät der Universität Tübingen, skizzierte Fälle, in denen nach bisheriger Rechtsprechung des BSG eine Zweigpraxis durch Vertragsärzte eröffnet werden kann. Mit Blick auf § 24 Abs. 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte machte er deutlich, dass zunächst einmal die Versorgung am Stammsitz gewährleistet bleiben müsse. Um das Tatbestandsmerkmal der Verbesserung der Versorgung auszufüllen, müsse sich an den Interessen der Versicherten ausgerichtet werden. Daraus folge, dass nicht schon jedes erhöhte Leistungsangebot eine Verbesserung darstelle. Besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die deutliche Reduzierung von Wartezeiten oder das Angebot von Abend- und Wochenendsprechstunden könnten eine derartige verbesserte Versorgungssituation herbeiführen.

In einer Entscheidung (B 6 KA 3/10 vom 09.02.2011) hat das BSG indes deutlich gemacht, dass eine Verbesserung dann nicht eintritt, wenn der Arzt für Nach- und Akutbehandlungen nicht verfügbar ist. Dies war hier konkret der Fall, weil die Zweigpraxis 450 Kilometer von der Stammsitz entfernt war. Umgekehrt kann bei einer etwa eine Stunde entfernten Zweigpraxis eine Beeinträchtigung der Versorgung am Stammsitz gegeben sein, weil auch in dem Fall die dortige Verfügbarkeit durch Nachbehandlungen und Akutbehandlungen in der Zweigpraxis beeinträchtigt ist (vergleiche ebenfalls ein Urteil vom 09.02.2011 – B 6 KA 7/10 R).

## Ambulantes Operieren

Breiten Raum nahm die rechtsdogmatische Einordnung der Rechtsprechung des 6. Senats zum ambulanten Operieren im Krankenhaus (§ 115 b SGB V) ein. In einem Urteil (B 6 KA 11/10 R vom 23.03.2011) hat sich das Gericht mit der Vorschrift als rechtskreiserweiternder Regelung befasst. Clemens resümierte, dass für eine Zusammenarbeit des Krankenhauses mit Vertragsärzten im Rahmen der ambulanten Versorgung nur wenig Spielraum bestehe. An ers-

ter Stelle seien hier Belegärzte zu nennen, die neben ihrer stationären Tätigkeit am Krankenhaus unbegrenzt noch ambulant im Krankenhaus tätig sein können. Demgegenüber bestünden im stationären Bereich des Krankenhauses aufgrund von § 2 Abs. 2 KH EntgG weitergehende Möglichkeiten. So komme eine eigenständige Tätigkeit als zusätzlicher Operateur in Betracht. Allerdings dürfe dies nicht mit einer unzulässigen „Kick-Back“-Vereinbarung verbunden sein. Zudem verwies Clemens darauf, dass die Nebentätigkeit am oder im Krankenhaus die Stundenzahl von 13 beziehungsweise 26 Wochenstunden im Falle der hälftigen Zulassung bei Vertragsärzten nicht überschreiten dürfe.

## Hypothek der Sonderbedarfszulassung

Über die Rechtsprechung der Sozial- und der Landessozialgerichte berichtete Rechtsanwältin Ulrike Wollersheim aus Berlin, so unter anderem über ein Urteil des Landessozialgerichts (LSG) Berlin-Brandenburg (L 7 KA 15/06 vom 06.10.2010). In dem Fall ging es um eine im Sonderbedarf zugelassene Internistin mit dem Teilgebiet Angiologie. Diese hatte sich im Rahmen des Klageverfahrens gegen die Höhe der vertragsärztlichen Vergütung mit der Argumentation gewandt, dass der Klägerin im Vergleich zu anderen Internisten weniger Honorar in den Quartalen I/2001 bis II/2002 gezahlt worden sei. Dies hielt das LSG für rechtmäßig, da die Klägerin im Rahmen des Sonderbedarfs vertragsärztlich tätig war. Eine geringere Vergütung im Vergleich zu anderen Facharztgruppen sei bei Sonderbedarfszulassungen gleichsam vorprogrammiert, wenn der strukturelle Nachteil nicht durch eine besonders hohe Fallzahl wettgemacht werde. Die beklagte KV hatte diesen Umstand als die „Hypothek der Sonderbedarfszulassung“ bezeichnet.

Spezialisiere sich, so das Gericht weiter, ein Arzt innerhalb seines Gebietes oder Teilgebietes auf wenige ausgewählte Leistungen mit der Folge, dass ein wirtschaftlicher Ausgleich durch die Erbringung anderer Leistungen nicht mehr möglich ist, so müsse er das Risiko der mangelnden Rentabilität der von ihm betriebenen Spezialpraxis tragen. Das Gericht bezog sich dabei auch auf eine Entscheidung des BSG aus dem Februar 1996. Zusätzlich führte das LSG aus, dass sich aus der mangelnden Rentabilität der Arztpraxis

oder eines einzelnen Behandlungsbereiches keine Rückschlüsse auf die Angemessenheit der Vergütung ziehen lassen.

## Verstoß gegen persönliche Leistungserbringung

Weiter berichtete Wollersheim von einer Entscheidung (L 12 KA 116/10 B ER) des Bayerischen Landessozialgerichts vom 5. Januar 2011. Es ging hier um die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung einer Klage, die sich gegen eine Zulassungsentziehung und deren sofortige Vollziehung wendete. Der 12. Senat des LSG hat es als gröbliche Verletzung vertragsärztlicher Pflichten angesehen, wenn gegen das Gebot der persönlichen Leistungserbringung verstoßen wird. Falls der Antragsteller einen Assistenten ohne die erforderliche Genehmigung der KV be-

II. Senat des LSG stellte bei der Zurückweisung der Beschwerde darauf ab, dass der Vertragsarzt die Verlegung nur anfechten kann, wenn der Kläger und der Konkurrent im selben räumlichen Bereich die gleichen Leistungen anbieten, für den Konkurrenten die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung eröffnet oder erweitert worden ist und hierdurch nicht nur ein weiterer Leistungsbereich genehmigt wurde sowie schließlich, ob der dem Konkurrenten eingeräumte Status gegenüber dem des Anfechtenden nachrangig ist. Im Falle der Verlegung eines Vertragsarztsitzes besteht die Besonderheit, dass der Konkurrent bereits über einen durch die Zulassung an seinem Vertragsarztsitz vermittelten Status verfügt, ihm also der Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung bereits (früher) grundsätzlich eröffnet worden ist.



Foto: hawanafsu/Fotolia.com

schäftige, sei dies ein Verstoß gegen das Gebot der persönlichen Leistungserbringung. Darüber hinaus hatte der Antragsteller Leistungen, die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab erfasst sind, als Individuelle Gesundheitsleistungen erbracht und abgerechnet. Auch dies hat das Gericht als eine gröbliche Verletzung vertragsärztlicher Pflichten qualifiziert.

Abschließend referierte Wollersheim einen Beschluss des LSG Nordrhein-Westfalen (L 11 KA 95/10 B ER) vom 23. Dezember 2010. In dem Verfahren ging es um die Frage, ob sich eine Vertragsärztin gegen die Verlegung des Vertragsarztsitzes ihres ehemaligen Partners der Berufsausübungsgemeinschaft wehren kann. Der

## Kündigung reicht aus

In diesem Zusammenhang betonte das Landessozialgericht, dass eine Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis) vertragsarztrechtlich bereits dann endet, wenn dem Zulassungsausschuss eine einseitige Willenserklärung (in Form einer Kündigung) zugeht, mit der sich ein Partner von der Berufsausübungsgemeinschaft lossagt. Schließlich machte das Gericht in dieser Entscheidung auch noch einmal deutlich, dass es nicht Aufgabe der KVen und der Zulassungsgremien ist, zivilrechtliche Verhältnisse zu prüfen.

RA Stefan Kallenberg ist Geschäftsführer der Bezirksstelle Köln der KV Nordrhein.