

Vertragsärztliche Tätigkeit im Fokus der Rechtsprechung

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber auch neue Normen gegen Korruption im Gesundheitswesen gesetzt, wie auf dem MedCongress in Baden-Baden deutlich wurde.

von Stefan W. Kallenberg

Einmal im Jahr treffen in Baden-Baden auf dem MedCongress Richter, Rechtsanwälte und Juristen von Kassenärztlichen Vereinigungen zusammen, um aktuelle Fragen des Vertragsarztrechts zu diskutieren. Zu diesen Fragen gehörte in diesem Jahr auch das Thema Korruption im Gesundheitswesen. In seinem Vortrag „Die Unzulässigkeit von Zuwendungen und Vorteilen nach § 73 Abs. 7 und § 128 Abs. 2 Satz 3 SGB V“ beleuchtete Dr. jur. Karsten Scholz, Justitiar der Ärztekammer Niedersachsen, diesen mit zahlreichen juristischen Fallstricken versehenen Aspekt.

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz ist seit Anfang dieses Jahres in § 73 Sozialgesetzbuch V der neue Absatz 7 eingefügt worden. Dieser verbietet Vertragsärzten, sich für die Zuweisung von Versicherten ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile versprechen oder gewähren zu lassen, selbst zu versprechen oder zu gewähren. Damit, so Scholz, habe § 31 der Muster-Berufsordnung Ärzte nun auch eine bundesgesetzliche Entsprechung. Auch im Krankenhausrecht gebe es eine Regelung, die es Krankenhäusern und ihren Trägern untersagt, für die Zuweisung von Patienten ein Entgelt oder andere Vorteile zu gewähren, zu versprechen, sich gewähren oder versprechen zu lassen.

Auch der mit dem Versorgungsstrukturgesetz novellierte § 128 Abs. 3 SGB V konkretisiere den Begriff der unzulässigen Zuwendungen weitgehend als bis dato, berichtete Scholz. Hierunter fallen nun auch die unentgeltliche und verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien, die Durchführung von Schulungsmaßnahmen, das Stellen von Räumen oder Personal ohne die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie Einkünfte aus Betei-

ligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen.

Die Vorschriften sollen dem Patientenschutz dienen und die ärztliche Unabhängigkeit wie auch den Konkurrenzschutz gewährleisten, so Scholz. Im Hinblick auf eine Entscheidung des Bundesgerichtshofs für Zivilsachen vom 13. Januar 2011 (I ZR III/08) erläuterte Scholz, dass der Begriff der Patientenzuweisung alle Fälle der Überweisung, Verweisung und Empfehlung erfasse. Entscheidend sei allein, ob der Arzt für die erfolgreiche Vermittlung eines Patienten an einen Dritten einen Vorteil erhalte oder sich versprechen lasse. Ein solcher wirtschaftlicher Vorteil kann demnach in einem Entgelt oder anderen Vergünstigungen bestehen.

Eigeneinrichtungen von Kommune oder Kassenärztlicher Vereinigung

Als vorteilhaft sei jede Leistung des Zuwendenden zu verstehen, auf die der Empfänger keinen durch eine Gegenleistung gedeckten Anspruch hat und die ihn materiell, unter Umständen auch immateriell in wirtschaftlicher Hinsicht besserstellt. Als Beispiel für eine Vorteilsgewährung nannte Scholz Geschenke, Gutscheine oder die Vermittlung von kostenlosen Reisen. Aber auch das Überlassen einer Patientenkartei oder die Übernahme einer Mietzinszahlung stelle einen Vorteil dar. Schließlich kann der Vorteil auch in der Möglichkeit der kostenlosen Nutzung eines Großgerätes oder der Beteiligung an einer Apparategemeinschaft bestehen, wenn der Begünstigte keine oder nur eine geringe Bareinlage zu leisten hat und kein wirtschaftliches Risiko trägt. Bei einem Verstoß drohen Sanktionen, etwa Honorarrückforderungen, ein Disziplinarverfahren oder gar der Verlust der Zulassung als Vertragsarzt.

Professor Dr. Stephan Rixen von der Universität Bayreuth und Dr. Horst Bartels, Justitiar der KV Nordrhein, befassten sich mit den sogenannten Eigeneinrichtungen zur unmittelbaren medizinischen

Versorgung durch Kommunen oder die Kassenärztliche Vereinigung. Auch hier hat das GKV-Versorgungsstrukturgesetz eine neue Rechtslage geschaffen. So sieht § 105 Abs. 5 SGB V vor, dass Kommunen mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung in begründeten Ausnahmefällen eigene Einrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten betreiben können.

Als begründeten Ausnahmefall definiert das Gesetz die Fallkonstellation, dass die Versorgung auf andere Weise nicht sichergestellt werden kann. Rixen folgerete, dass der Betrieb einer solchen Einrichtung durch die Kommune nur die Ultima ratio der Strukturgestaltung medizinischer Versorgung im ambulanten Bereich sein könne. Die Gründung beziehungsweise der Betrieb einer solchen Eigeneinrichtung durch die Kommune bedürfe auf jeden Fall eines Beschlusses durch den Gemeinderat oder den Kreistag.

Wie der Betrieb der kommunalen Einrichtung organisiert werde, sei Bestandteil der Organisationswahlfreiheit der Kommune. Nach Auffassung von Rixen ist es zulässig, wenn ein privater Dritter mit dem Betrieb der Eigeneinrichtung „beauftragt“ wird. Allerdings müssen dann die Grundsätze für das Public Private Partnership beachtet werden, das heißt, die Kommune müsse mindestens 51 Prozent der Anteile halten, also faktisch „das Sagen“ haben.

Nicht zulässig sei eine bloße Ad-hoc-Arztvermittlung oder der Aufbau eines parallelen Leistungserbringerrechts. Die Kommune könne nicht wie eine Krankenkasse agieren oder eine Health Maintenance Organization (HMO) einkaufen. Der Betrieb einer solchen Eigeneinrichtung durch die Kommune sei grundsätzlich nur möglich, wenn Unterversorgung im Sinne des Sozialgesetzbuches beziehungsweise der Ärzte-Zulassungsverordnung gegeben sei. Die in solchen Eigeneinrichtungen erbrachten ambulanten Leistungen sind nach Rixens Worten nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu bezahlen.

Der Hochschullehrer räumte der kommunalen Eigeneinrichtung nur eine geringe Praxisrelevanz ein. Anderenfalls werde der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen geschwächt und damit in letzter Konsequenz die „Systemfrage“ gestellt.

Neben der Kommune kann auch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) solche Eigeneinrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten betreiben. Diese Möglichkeit wirft nach Auffassung von Bartels eine Reihe von Fragen auf. Der Betrieb einer Eigeneinrichtung durch die Kassenärztliche Vereinigung mache die Körperschaft zum Arbeitgeber der angestellten Ärzte. Auch wird sie Mieter von entsprechenden Räumlichkeiten der Eigeneinrichtung und muss Hygienestandards wie auch Vorgaben des *Medizinprodukte-Gesetzes* als deren Betreiber beachten. Die Honorierung der Leistungen, die die in der Eigeneinrichtung tätigen Ärzte erbringen, müsse nach den gesetzlichen Bestimmungen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung erfolgen.

Spezialisierung berücksichtigen

Besonderes Interesse weckte Dr. Ruth Düring, Richterin am Bundessozialgericht in Kassel, mit ihrem Vortrag zur aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG): Der 6. Senat, dem Düring angehört, befasst sich mit Fragen des Vertragsarztrechts. Eine der Entscheidungen, die Düring vorstellte, war das Urteil vom 29. Juni 2011 (*B 6 KA 17/10 R*), bei dem es um die Anpassung von Regelleistungsvolumen (RLV) in Hessen ging. Der Senat hatte entschieden, dass eine im Leistungsangebot der Praxis zum Ausdruck kommende Spezialisierung und eine von der Typik der Arzt-

gruppe abweichende Praxisausrichtung dazu führen kann, dass die arztgruppenspezifische Fallpunktzahl einer Praxis angepasst werden muss. Diese Anpassung ist vorzunehmen, wenn der Anteil der im Spezialisierungsbereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zum Gesamtpunktzahlvolumen einen messbaren Einfluss erreicht.

Eine klagende Chirurgin hatte wegen von ihr vermehrt durchgeführter sonographischer Untersuchungen verlangt, dass ihr das Regelleistungsvolumen eines Internisten mit dem Schwerpunkt Angiologie zugewiesen werden solle. Die KV Hessen hatte den Antrag zurückgewiesen, weil Ausnahmen von fachgruppenspezifischen Fallpunktzahlen nur dann in Betracht kämen, wenn das spezifische Leistungsspektrum im Umkreis der Praxis sonst nicht gesichert wäre. Diese Argumentation hat das BSG verworfen.

Über Urteile der Sozial- und Landesozialgerichte berichtete Rechtsanwältin Ulrike Wollersheim, die viele Jahre stellvertretende Justitiarin der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gewesen ist. Mit einer häufig in der Vertragsärzteschaft geäußerten Vorstellung hatte sich das Sozialgericht Marburg in seinem Urteil vom 16. November 2011 (*S 12 KA 614/10*) zu beschäftigen. Dabei ging es um das Argument, dass es nicht zulässig sei, im Rahmen der RLV Fallwerte zur Verfügung zu stellen, die unter der Grundpauschale einer bestimmten Fachgruppe liegen.

In der Entscheidung ging es um eine Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten, deren Fallwert im Quartal II/2009 14,92 Euro betragen hatte. Der Fallwert war damit zum Teil geringer als die nach Altersgruppen gestaffelte Grundpauschale, die die Fachgruppe abrechnen kann.

Unter Hinweis auf die Rechtsprechung des BSG vertrat das Sozialgericht Marburg die Auffassung, dass dieser Umstand nicht zu beanstanden ist. Auch weil es um die Anfangs- und Erprobungsphase der RLV ging, hat das Gericht die Regelung nicht als rechtswidrig verworfen. In dem Urteil wies es darauf hin, dass ein hoher Anteil an Leistungen außerhalb der RLV diese sinken ließen, aber besonders übrige Leistungen innerhalb und Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auskömmlich bezahlt würden.

Ambulante Notfallbehandlung

Mit der Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen im Krankenhaus befasste sich das Sozialgericht Düsseldorf im Urteil vom 2. Mai 2012 (*S 2 KA 154/08*). Das klagende Krankenhaus vertrat die Auffassung, ihm stünden die Zusatzpauschalen nach den Nummern 01211, 01215, 01217 und 01219 EBM zu. Dies hat das Gericht verworfen, weil nach der Präambel des EBM 2008 die Zusatzentgelte nur dann berechnungsfähig seien, wenn die KV die Besuchsbereitschaft für Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser im Rahmen des organisierten Notfalldienstes festgestellt habe. Dafür sei, so Wollersheim, ein Bescheid der KV notwendig, der das Krankenhaus zum Notfalldienst einteile. Hieran fehlte es jedoch nicht nur im konkreten Einzelfall, sondern es existierte auch keine vertragliche Regelung, die Krankenhäuser zur Teilnahme am organisierten Notfalldienst verpflichtete.

Assessor **Stefan W. Kallenberg** ist Geschäftsführer der Bezirksstelle Köln der KV Nordrhein.



Mit **ÄRZTE OHNE GRENZEN** helfen Sie Menschen in Not. Schnell, unkompliziert und in rund 60 Ländern weltweit. Unsere Teams arbeiten oft in Konfliktgebieten – selbst unter schwierigsten Bedingungen. Ein Einsatz, der sich lohnt: www.aerzte-ohne-grenzen.de/mitarbeiten

Bitte schicken Sie mir unverbindlich

- Informationen zur Mitarbeit im Projekt
- Allgemeine Informationen über **ÄRZTE OHNE GRENZEN**
- Informationen zu Spendenmöglichkeiten

Name

Anschrift

E-Mail

ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V. • Am Köllnischen Park 1 • 10179 Berlin

**Spendenkonto 97 0 97
Bank für Sozialwirtschaft
BLZ 370 205 00**



11104/990