18. Münsterische Sozialrechtstagung

am 30. November 2012

Wirtschaftlichkeitsrecht und Sozialrecht – Unversöhnliche Gegensätze

Thesenpapier/Handout

Das Spannungsverhältnis zwischen zivilrechtlichem Behandlungsanspruch und sozialem Leistungserbringerrecht nach dem Patientenrechtegesetz

Patientenrechte in Deutschland sind als hochentwickelt anerkannt. Jedoch steht vieles nicht im Gesetz, sondern ist richterrechtlich entwickelt worden. Um ein noch transparenteres und leichter durchsetzbares Patientenrecht zu schaffen, wird derzeit ein entsprechendes Gesetz parlamentarisch beraten.

Der Entwurf über ein Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (BT-Drucks. 17/10488), das zum 1. Januar 2012 in Kraft treten soll, sieht vor, das Behandlungs- und Arzthaftungsrecht im BGB zu kodifizieren. Ziel des Gesetzes ist, Transparenz und Rechtssicherheit herzustellen, die tatsächliche Durchsetzung dieser Rechte zu verbessern, Patientinnen und Patienten im Sinne einer verbesserten Gesundheitsversorgung zu schützen und insbesondere im Fall eines Behandlungsfehlers stärker zu unterstützen. Das Behandlungsverhältnis zwischen Arzt[1] und Patient ist künftig in § 630a – neu – BGB geregelt. Danach wird derjenige, welcher die medizinische Behandlung eines Patienten zusagt, zur Leistung der versprochenen Behandlung, der Patient zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet. Das Vertragsverhältnis stellt damit zunächst auf die Behandlung eines Privatpatienten ab. Durch Absatz 2 wird klargestellt, dass die neuen Regelungen auch auf die Behandlung gesetzlich krankenversicherter Patienten Anwendung findet, da die Zahlungsverpflichtung nur dann gilt, soweit nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist. Gesetzlich versicherte Patienten erhalten ihre Behandlung in der Regel nach dem Sachleistungsprinzip. Zahlungsverpflichteter ist in diesen Fällen zunächst die jeweilige Krankenkasse. Der Vertragsarzt rechnet seine ärztlichen Leistungen über seine Kassenärztliche Vereinigung ab, die ihrerseits die Vergütung mit den Krankenkassen im Rahmen der Gesamtvergütung nach dem SGB V erhält. Gemäß § 630a Abs. 2 – neu – BGB hat die Behandlung nach dem zum

---

[1]Der Behandlungsvertrag soll nicht nur für das Vertragsverhältnis zwischen Patient und Arzt, sondern auch die Vertragsverhältnisse mit anderen Gesundheitsberufen, wie z. B Hebammen, Physiotherapeuten, Heilpraktikern Anwendung finden. Im Folgenden wird aber allein auf den Behandlungsvertrag zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin abgestellt.

Zeitpunkt der Behandlung bestehenden allgemeinen anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nichts anderes vereinbart ist.

Damit wird durch das Patientenrechtegesetz künftig klargestellt, dass der Behandlungsvertrag für Privatversicherte und gesetzlich Versicherte gleichermaßen gilt und der Arzt in beiden Fällen verpflichtet ist, die Behandlung nach dem zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden allgemein anerkannten fachlichen Standard durchzuführen.

Bei der Zahlungsverpflichtung überlagert das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung das Privatrecht. Zu prüfen ist, ob dies auch beim Inhalt des Behandlungsvertrages geschieht. Nach der Gesetzesbegründung ist für Ärzte im Regelfall auf den jeweiligen Stand naturwissenschaftlicher Erkenntnis und ärztlicher Erfahrung abzustellen, das zur Erreichung des Behandlungsziels erforderlich ist und sich in der Erprobung bewährt hat. Maßgeblich sind Leitlinien, die von wissenschaftlichen Fachgesellschaften vorgegeben werden.

Vor dem Hintergrund des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen und immer knapper werdender finanzieller Ressourcen bei gleichzeitiger Entwicklung neuerer und auch teurer Behandlungsmethoden stellt sich die Frage, ob Ärzte die allgemein anerkannten medizinischen Standards erfüllen können oder ob nicht die vielfältigen Maßnahmen der Kostendämpfung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung zur Begrenzung des Umfangs und Inhalte des Behandlungsvertrages führen müssen.

*These: Dies führt zur **These**, dass zwischen dem zivilrechtlichen Behandlungsvertragsrecht, wie es künftig im BGB geregelt ist, und dem Leistungserbringerrecht, wie es im SGB V vorgegeben ist, ein Spannungsverhältnis besteht, da in der gesetzlichen Krankenversicherung das Gebot der Wirtschaftlichkeit gemäß § 12 Abs. 1 SGB V zu beachten ist.*

Die Rechtsprechung hat sich mit der Problematik von wirtschaftlichen Gesichtspunkten bislang nicht beschäftigt. Der BGH differenziert in seiner Rechtsprechung hinsichtlich der Behandlungspflicht nicht danach, welche Kosten die Maßnahmen verursachen, sondern nur, ob diese medizinisch indiziert sind oder nicht. Das Bundesverfassungsgericht hat es in seinem „Nikolaus"-Beschluss[2] als verfassungswidrig angesehen, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung keine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten alternativen Behandlungsme-

---

[2] BVerfG Beschluss vom 5.12.2005, 1 BvR 347/98

thode auszuschließen, wenn eine nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.

Der Gesetzgeber hat im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Steuerungsfunktion für die ambulante und stationäre medizinische Versorgung der gesetzlich Versicherten übertragen. Dieser regelt im Interesse der Gleichbehandlung der Versicherten sowie der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung im Rahmen des SGB V nicht nur, unter welchen Voraussetzungen die zur ambulanten oder stationären Versorgung zugelassenen Leistungserbringer neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen und abrechnen dürfen, sondern konkretisiert gleichzeitig den Umfang der den Versicherten von ihrer Krankenkasse geschuldeten medizinischen Leistungen[3]. Der Gemeinsame Bundesausschuss überprüft, ob eine Untersuchungs- oder Behandlungsmethode für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich ist (§§ 135, 137c SGB V). Unter „Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse“ kann es demzufolge bedeuten, dass nicht jede wünschenswerte Leistung oder Methode Eingang in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung finden muss und es bei einer einheitlichen Heilbehandlung einem sozialrechtlichen Standard und einen allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse (medizinischen Standard) geben kann[4].

*These: Die nächste **These** lautet, dass das Verhältnis von zivilrechtlich geschuldetem und sozialrechtlichem Standard nur dadurch aufgelöst werden kann, dass der Vertragsarzt – denn nur dieser ist an die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschuss gebunden – über Unterschiede transparent und ausführlich informiert.*

Diese wirtschaftliche Informationspflicht wird im Patientenrechtegesetz in § 630c – neu – BGB kodifiziert. Danach werden dem Arzt Informationspflichten auferlegt, die nicht nur die wichtigen Umstände der Behandlung betreffen, sondern auch die sogenannte wirtschaftliche Informationspflicht, die dem Behandelnden dann trifft, wenn er weiß, dass die Behandlungskosten durch einen Dritten (den Krankenkassen) nicht vollständig übernommen werden. In der Gesetzesbegründung wird unterstellt, dass der Vertragsarzt ein überlegendes Wissen im

---

[3] BSG Urteil v. 6.05.2009 B 6 KA 1/08 R

[4] Gaßner/Strömer, Die Arzthaftung bei der Behandlung gesetzlich krankenversicherter Patienten, MedR 2012,159

täglichen Umgang mit den Abrechnungen um den Leistungskatalog hat. Damit besteht künftig eine gesetzlich normierte Verpflichtung, den Patienten über das sozialrechtlich Mögliche und das medizinisch Machbare und einer daraus folgenden Finanzierungslücke in Kenntnis zu setzen. Es ist eine Möglichkeit, die Lücke zwischen dem medizinischen Standard und dem sozialrechtlichen Standard zu schließen. Ob das für den Patienten im Einzelfall hilfreich ist, mag dahingestellt sein. Ein Konflikt ist im Arzt-Patientenverhältnis möglicherweise vorprogrammiert, was auch die Diskussionen zu sog. Igel-Leistungen zeigen.

*These: Dies führt zu der **These**, dass der einzelne Arzt die Problematik der ausreichenden Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen zu tragen hat und das die Auflösung dieses Konflikts zu einer weiteren „Verrechtlichung" des Arzt-Patienten-Verhältnisses führen wird.*

Denn der Arzt muss sich hinreichend absichern, um nicht nach den im BGB niedergelegten Anspruchsgrundlagen zum Behandlungsinhalt und Informationspflichten haftbar gemacht zu werden. Eine weitere Rollenanforderung[5] an den Vertragsarzt? Aber kein unversöhnlicher Gegensatz .

Rechtsanwältin Barbara Berner
Fachabteilungsleiterin in der Rechtsabteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

[5] Wenner, Neue Rollenanforderungen an den Vertragsarzt-Freiberuflicher Unternehmer, Funktionsträger im Gesundheitskonzern, Restverwalter oder Vollzugsakteur staatlicher Gesundheitspolitik, GesR 2009, 505