

22. Wissenschaftspreis der GRPG

Der 22. Wissenschaftspreis der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e.V. GRPG wurde im Rahmen der Mitgliederversammlung der GRPG am 22. Januar 2018 in Berlin an

Frau Dr. Monique Amoulong

für ihre Dissertation

**Die Honorarverteilung im Vertragsarztrecht –
Insbesondere zum Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit**
erstellt an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

und

Herrn Dr. Johannes Weigel

für seine Dissertation

„Organvermittlung und Arzthaftung“
erstellt an der Ludwig-Maximilians-Universität München

übergeben.

Die GRPG hat sich die Förderung des interdisziplinären Austausches und der wissenschaftlichen Auseinandersetzung auf den verschiedenen Gebieten des Gesundheits- und Sozialrechtes aber auch im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik zum Ziel gesetzt.

Der Wissenschaftspreis der GRPG ist mit 2.500 EUR dotiert.

Das Preisgeld wurde von der Firma Servier Deutschland GmbH gesponsert.



Dr. Monique Amoulong

Dr. Monique Amoulong, geboren 1987, ist verheiratet, hat ein Kind und studierte von 2007 bis 2013 Rechtswissenschaften an den Universitäten Heidelberg und Zürich mit dem Schwerpunkt Arbeits- und Sozialrecht. Anschließend promovierte und arbeitete sie in Heidelberg als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Sozialrecht in Verbindung mit dem Öffentlichen Recht von Prof. Dr. Peter Axer. Seit 2015 absolviert sie den juristischen Vorbereitungsdienst am Kammergericht Berlin mit Stationen unter anderem beim Bundesgesundheitsministerium und dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg.

**Die Honorarverteilung im Vertragsarztrecht –
Insbesondere zum Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit
Monique Amoulong**

Die deutsche Bevölkerung, die zu über 85% gesetzlich krankenversichert ist, wird immer älter und veranlasst daher immer mehr Leistungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Gleichzeitig steht jedoch aufgrund des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität keine wesentlich steigende Summe an Finanzmitteln zur Verfügung. Stattdessen werden sogar ca. 10% der ambulanten Leistungen nicht vergütet. Zudem ist die gesetzliche Krankenversicherung geprägt durch das Sachleistungsprinzip. Der Versicherte erhält die ärztlichen Behandlungsleistungen in natura und bekommt nicht wie in der privaten Krankenversicherung die Kosten erstattet. Der Behandlungsanspruch des Versicherten richtet sich somit gegen die jeweilige Krankenkasse, die ihre Versicherten aber nicht selbst behandelt, sondern sich der Hilfe sog. Leistungserbringer - hier der Vertragsärzte - bedient. Der Vergütungsanspruch des Vertragsarztes richtet sich allerdings gegen seine jeweilige Kassenärztliche Vereinigung. Diese verpflichtet sich gegenüber den Krankenkassen, die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen, während die Krankenkassen im Gegenzug pauschal und mit befreiender Wirkung quartalsweise eine sog. Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung zahlt. Diese wiederum hat dann die Aufgabe, die Gesamtvergütung an die Vertragsärzte zu verteilen.

Somit stellt sich für die Honorarverteilung im Vertragsarztrecht folgende Situation: Es gibt eine begrenzte Honorarmenge - die Gesamtvergütung - auf der einen und die unbegrenzte Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen durch Versicherte auf der anderen Seite. Zugleich besteht aber die Forderung, Vertragsärzten ein angemessenes Honorar zu gewährleisten. Zwischen den Vertragsärzten untereinander besteht wiederum die Besonderheit, dass wenn die Menge der zu verteilenden Vergütung begrenzt ist, jedes Mehr an Honorar des einen Vertragsarztes also unmittelbar dazu führt, dass allen anderen weniger Honorarmenge zur Verfügung steht. Der Vertragsarzt sieht sich also gezwungen, dieser Besonderheit durch die Steigerung seines Behandlungsvolumens entgegenzuwirken. Diese Situation stellt den Gesetzgeber vor die Aufgabe, den Vertragsärzten zumindest eine leistungs- und bedarfsgerechte Verteilung ihres Honorars zu gewährleisten.

Der Gesetzgeber hat daher im 4. Kapitel des SGB V einen gesetzlichen Rahmen geschaffen, wonach es der gemeinsamen Selbstverwaltung ermöglicht wird, auf untergesetzlicher Ebene die Honorarverteilung zu regeln. Der SGB V-Gesetzgeber ermächtigt in diesem Rahmen dazu, die vertragsärztliche Versorgung im Wege von Normenverträgen der Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. Bundesvereinigung mit den Verbänden der Krankenkassen bzw. deren Spitzenverband zu regeln.

In der Arbeit werden daher zum einen die gestalterischen Freiräume untersucht, die der Gesetzgeber den Selbstverwaltungspartnern auf untergesetzlicher Ebene eröffnet, aber auch die Grenzen, die er ihnen setzt. Im Mittelpunkt der Betrachtung stehen dabei die Regelungen, die sich unmittelbar auf die Verteilung der Vergütung beziehen. Zum anderen findet eine Überprüfung der gerichtlichen Kontrolle dieser Honorarverteilungsregelungen statt. Dabei widmet sich die Arbeit vor allem einem verfassungsrechtlichen Überprüfungsmaßstab, den das Bundessozialgericht Anfang der 90er Jahre aus einer Verbindung von

Berufsfreiheit und dem Allgemeinen Gleichheitssatz entwickelt hat - dem sog. Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit.

Zunächst wird in der Arbeit dafür das Leistungs- und Leistungserbringungsrecht mit seinen jeweiligen Rechtsbeziehungen dargestellt. Sodann wird in einem ersten Schwerpunkt das komplexe Regelungsgefüge in der Honorarverteilung aufgezeigt, welches sich aus dem Zusammenspiel von einfach-gesetzlichen und untergesetzlichen Normen ergibt. Dabei werden die drei wesentlichsten untergesetzlichen Honorarverteilungsinstrumente betrachtet, für die der Gesetzgeber in den §§ 87 ff. SGB V bestimmte Vorgaben macht: Das erste dieser Instrumente ist der bundesweit geltende Einheitliche Bewertungsmaßstab, der Teil des Bundesmantelvertrages ist und vom Bewertungsausschuss festgesetzt wird. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab ist als Leistungsverzeichnis und als Instrument zur Leistungsbewertung ausgeformt. Er ist also ein Katalog, in dem jede ärztliche Leistung mit einem Punktwert bewertet wird. Multipliziert mit dem sich jährlich ändernden Orientierungswert, der derzeit bei etwas mehr als 10 Cent liegt, ergeben sich daraus die Preise für die ärztlichen Leistungen. Von diesen bundeseinheitlich festgesetzten Preisen, kann regional die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung mithilfe von Zu- oder Abschlägen auf den Orientierungswert abweichen. Diese Abweichungen werden in dem zweiten Honorarverteilungsinstrument normiert: der regionalen Euro-Gebührenordnung. Da aber aufgrund der begrenzten Menge an Geld nicht alle Leistungen zu diesem dann ermittelten Preis vergütet werden können, sind in ebenfalls regional festzusetzenden Honorarverteilungsmaßstäben (dem dritten Honorarverteilungsinstrument) die einzelnen Verteilungsmechanismen festgelegt - etwa die Bildung von Honorartöpfen oder die Festsetzung von Leistungsobergrenzen. Auf diese Weise, besteht also in jedem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung ein eigenes Honorarverteilungssystem.

Anschließend an das Aufzeigen des Regelungsgefüges setzt sich die Arbeit mit dem Rechtsnormcharakter dieser drei Verteilungsinstrumente auseinander und geht auf die Frage ein, ob die Selbstverwaltungsorgane, die diese drei Instrumente festsetzen - also der Bewertungsausschuss und die Kassenärztliche Vereinigung -, ausreichend demokratisch legitimiert sind.

Danach wird im zweiten Schwerpunkt der Arbeit die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit untersucht. In diesem Zusammenhang wird herausgearbeitet, für welche Arten von Honorarverteilungsregelungen der Grundsatz herangezogen wurde, in welcher Art und Weise das Bundessozialgericht den Grundsatz einsetzt, in welchem Verhältnis der Grundsatz zu den - vom Bundessozialgericht immer wieder herangezogenen - einfach-gesetzlichen Grundsätzen steht und welche Rechtfertigungsgründe das Gericht heranzieht, wenn es einen möglichen Verstoß gegen den Grundsatz in Betracht gezogen hat. Anschließend beschäftigt sich die Arbeit mit verschiedenen Fallgruppen, in denen das Bundessozialgericht den Grundsatz in unterschiedlichen Ausformungen angewendet hat.

Zum Ende wird die Grundrechtsverbindung aus Art. 12 GG mit Art. 3 GG untersucht, aus der das Bundessozialgericht den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit seit über 20 Jahren herleitet. Dafür geht die Arbeit der Frage nach, ob ein Vertragsarzt vor Eingriffen bzw. ungerechtfertigten Gleich- oder Ungleichbehandlungen durch Honorarverteilungsregelungen nicht möglicherweise gleich oder sogar besser geschützt ist, wenn eine getrennte Prüfung der Berufsfreiheit und des Gleichheitssatzes vorgenommen wird, statt -

wie es das Bundessozialgericht macht - der aus Art. 12 GG i.V.m. Art. 3 GG hergeleitete Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit zur Anwendung kommt. Die Arbeit kommt zu dem Ergebnis, dass eine klare Trennung des Schutzzumfanges der Berufsfreiheit und des Gleichheitssatzes kaum möglich ist. Schließlich hat jede Gleich- oder Ungleichbehandlung durch Vergütungsregelungen im Vertragsarztrecht unmittelbare Auswirkungen auf die Ausübung des Berufs als Vertragsarzt. Zudem müssen Vergütungsregelungen die Ungleichheiten berücksichtigen, die typischerweise innerhalb der Berufsgruppe der Vertragsärzte bestehen. Deshalb erfordert die Überprüfung von Honorarverteilungsregelungen einen besonderen Maßstab. Diese Aufgabe hat der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit in verbundener Idealkonkurrenz aus Art. 12 i.V.m. Art. 3 GG.

Dr. Johannes Weigel

Geboren 1992 in Stuttgart. 2011 - 2015 Studium der Rechtswissenschaften und Erste Juristische Prüfung an der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU). Von Oktober 2015 bis Februar 2017 Promotion zum Dr. jur. unter der Betreuung von Prof. Dr. Andreas Spickhoff am Lehrstuhl für Medizinrecht der LMU; Thema der Dissertation: „Organvermittlung und Arzthaftung – Regelungskonzept, Verfassungsmäßigkeit, Rechtsnatur und arzthaftungsrechtliche Konsequenzen des Systems der Organvermittlung“. Auszeichnung der Promotionsarbeit mit dem 22. Wissenschaftspreis der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen, dem Fakultätspreis der Juristischen Fakultät der LMU sowie dem Promotionspreis der Münchener Juristischen Gesellschaft für das Jahr 2017.

Seit 2015 Studium der Betriebswirtschaftslehre, zunächst an der LMU, derzeit an der Humboldt-Universität zu Berlin. Förderung des Studiums der Rechtswissenschaften und der Betriebswirtschaftslehre durch die Hanns-Seidel-Stiftung. Seit Februar 2017 Rechtsreferendariat am Kammergericht Berlin.

Organvermittlung und Arzthaftung – Regelungskonzept, Verfassungsmäßigkeit, Rechtsnatur und arzthaftungsrechtliche Konsequenzen des Systems der Organvermittlung

Der in Deutschland chronisch vorherrschende Mangel an transplantationsfähigen Organen zwingt den Gesetzgeber zu einem Verteilungssystem, das über Leben und Tod der Patienten entscheidet. Die transplantationsmedizinische Behandlung unterscheidet sich somit wesentlich von einer gewöhnlichen Arzt-Patienten-Beziehung und macht die medizinische Behandlung im Rahmen des Organvermittlungsprozesses weit über das übliche Maß hinaus abhängig von rechtlichen Vorgaben und Wertungen.

Insbesondere die „*Organspendeskandale*“, welche im Zuge von aufgedeckten Manipulationen an Patientenwartelisten medienwirksam thematisiert wurden, verdeutlichten eindringlich, dass nicht nur erhebliche verfassungsrechtliche Unklarheiten bestehen, sondern auch Sanktionsmechanismen und Anreizinstrumentarien für ein systemkonformes Verhalten bei der Verteilung transplantationsfähiger Organe fehlen. Eingriffe in das geltende Organallokationsverfahren, dessen Verfassungsmäßigkeit des öfteren kritisiert und von der herrschenden Lehre überwiegend angezweifelt wird, wurden in den vergangenen Jahren vor allem von der jüngeren Rechtsprechung des LG Göttingen und des Bundesgerichtshofs hinsichtlich ihrer strafrechtlichen Bedeutung aufgearbeitet. Demgegenüber war es das Ziel der vorliegenden Arbeit, das Organvermittlungssystem in seiner zivilrechtsdogmatischen und arzthaftungsrechtlichen Dimension zu hinterfragen.

Über die verfassungs-, transplantations- und behandlungsvertragsrechtliche Bestandsaufnahme des Status Quo hinaus untersuchte die Arbeit den Umfang des Pflichtenprogramms transplantationsrechtlicher Behandlungsverträge. Dabei wurde der unlängst von der Verwaltungsgerichtsbarkeit erneut aufgeworfenen Frage nachgegangen, ob der Primärrechtsschutz gegenüber Entscheidungen, welche die Aufnahme in Wartelisten zur Organvermittlung betreffen, als Verwaltungsakte vor der Verwaltungsgerichtsbarkeit oder vielmehr als vertragsrechtliche Pflichtverletzungen vor der ordentlichen Gerichtsbarkeit zu suchen ist. Im Ergebnis kann die Rechtsbeziehung, welche zwischen einem Patienten und dem Rechtsträger des Transplantationszentrums besteht, auch im Hinblick auf die ärztlichen Pflichten, die sich im Zuge des Organvermittlungsprozesses ergeben, grundsätzlich nur von privatrechtlicher Natur sein. Demgemäß ist der Rechtsschutz vor ordentlichen Gerichten zu suchen.

Es war sodann die Kernaufgabe der vorliegenden Arbeit, die gegebenen verfassungs- und behandlungsvertragsrechtliche Problemkreise im Kontext des derzeit geltenden Organvermittlungssystems miteinander in Beziehung zu setzen. Für diesen Zweck wurde im sechsten Kapitel (§ 6) eine Betrachtungsweise nach Fallgruppen gewählt, anhand derer eine systematische Untersuchung der zentralen Problemstellungen erfolgte.

Die primäre Aufgabe bestand in der Klärung, welche Bedeutung den Richtlinien der Bundesärztekammer als privat gesetzte Regeln mit Rechtsnormqualität bei der Haftung des Transplantationszentrums zukommt. Von zentraler Relevanz war die vom Bundesverfassungsgericht aufgeworfene Frage, ob die Richtlinien - ähnlich den Tarifverträgen des Kollektivarbeitsrechts - die Vermutung für sich beanspruchen können, sachlich richtige Regeln entsprechend den tatsächlichen medizinischen Erkenntnissen wiederzugeben. Von der Beantwortung dieser und weiterer Problemkreise, wie z.B. dem Anwendungsbereich der Kausalitätsvermutung des § 630h Abs. 5 BGB sowie dem Sinn und Zweck der Anforderungen an einen zivilrechtlich entschuldbaren Rechtsirrtum, hing die Frage nach der persönlichen Haftung des Arztes und des Rechtsträgers des Transplantationszentrums ab.

Im Ergebnis sind sog. „weiche“ Kriterien wie z.B. die patientenseitige „Compliance“, deren Fehlen geeignet ist, den Behandlungserfolg zu verhindern und damit eine Transplantation als kontraindiziert erscheinen lässt, restriktiv auszulegen. Weitere Inhalte in den Richtlinien der Bundesärztekammer, welche nach der Wertung des § 16 Abs. 1 S. 2 TPG gleichsam zur Bestimmung des fachlichen Standards nach § 630a Abs. 2 BGB herangezogen werden, müssen hingegen dann außer Betracht bleiben, wenn sie im Widerspruch zu verfassungsrechtlichen Grundsätzen stehen. Letzteres ist insbesondere bei einer pauschalen Kontraindikation wegen fehlender Sprachkenntnisse anzunehmen. An dieser Stelle wurde exemplarisch ein Fall untersucht, bei dem vom Transplantationszentrum eine Kontraindikation wegen fehlender Compliance bejaht und die betreffende Patientin von der Warteliste genommen wurde, nachdem es aufgrund von nicht eingehaltenen Besuchszeiten ihres Ehemannes zu tiefgreifenden Konflikten mit dem behandelnden Arzt gekommen war. Behandlungsvertragsrechtlich stellte sich hier die Frage nach der Anwendbarkeit von § 630h Abs. 5 BGB, der bei groben Behandlungsfehlern eine Kausalitätsvermutung anordnet und den ansonsten an Beweisschwierigkeiten scheiternden Ersatzanspruch aufrecht erhält.

Verweigert ein Transplantationszentrum einem Patienten zu Unrecht die Aufnahme in die Warteliste zur Organvermittlung, verletzt es seine Pflichten aus dem zugrunde liegenden Behandlungsvertrag nach §§ 630a ff. BGB. Eine Richtigkeitsgewähr, welche die rechtlichen Prüfpflichten reduzieren würde, kommt im Ergebnis aus dogmatischen und normlogischen Gründen im Zusammenhang mit § 16 Abs. 1 S. 2 TPG nicht in Betracht.

Zivilrechtliche Ansprüche in der Fallgruppe der „Organspendeskandale“ haben mangels vertraglicher Beziehungen zwischen Schädigern und Geschädigten aus ähnlichen Gründen wie eine Strafbarkeit nach den vollendeten Tötungsdelikten keine Aussicht auf Erfolg. In der Regel wird es nicht möglich sein, die „wahre Rangliste“ zu rekonstruieren und dabei den deliktsrechtlich notwendigen Beweis der haftungsbegründenden Kausalität zu führen.

Als dritte und letzte Fallgruppe wurden in der Arbeit die Pflichtverletzungen bezüglich des apparativen und personellen Sollstandards thematisiert. Die Anwendbarkeit des § 630h Abs. 4 BGB wurde in diesem Zusammenhang untersucht und im Ergebnis uneingeschränkt bejaht.