

Peter Holtappels, Hamburg

Fehlen von SAPV-Verträgen gilt als „Systemversagen“

Ein aktuelles Urteil des Landessozialgerichts (LSG) Nordrhein-Westfalen und die Folgen

I WEGWEISENDES GERICHTSURTEIL Dieser Beitrag gibt Tipps zu Kosten- und Leistungsübernahmeerklärung bei Verordnung von SAPV sowie zur Honorierung von Ärzten, die SAPV als ermächtigte Krankenhausärzte oder als Vertragsärzte in Kassenbezirken ausgeführt haben, in denen Versorgungsverträge von den Kassen (in Verletzung von § 132 d SGB V) bisher nicht abgeschlossen worden sind.

1) Vergütet mir die Kasse meine Leistungen?

Vertragsärzte möchten sich häufig vergewissern, ob die Krankenkassen indizierte Therapien akzeptieren und/oder sie nach deren Durchführung dafür vergüten werden. Dies geschieht, weil die Krankenkassen solche Leistungen von ihrer zuvor erklärten Einwilligung abhängig machen, aber auch, wenn Vertragsärzte unsicher sind ob – wie z. B. bei der Verordnung der SAPV – ein derartiger Vorbehalt besteht.

2) Bitte um Kostenübernahmeerklärung

Üblicherweise wird in einem derartigen Fall um eine „Kostenübernahmeerklärung“ gebeten – und damit beginnt die Konfusion schon. Um dem nachfolgend unternommenen Versuch der Beseitigung solcher Unklarheiten den notwendigen Tiefgang zu verleihen, ist mit einer kurzen Darstellung der Rechtsverhältnisse zwischen dem Versicherten, seiner Krankenkasse, seinem Vertragsarzt bzw. dem ermächtigten Krankenhausarzt zu beginnen.

a) Unter dem deutschen GKV-System hat der Versicherte zwar einen Anspruch auf medizinische Leistung, jedoch nicht gegen diejenigen Personen, die diese Leistungen erbringen, sondern gegen seine Krankenkasse. Das ergibt sich aus § 2/1/1 SGB V, wo es heißt: *Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im*



Dr. jur. Peter Holtappels, Hamburg

Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) zur Verfügung. Diese Leistungen werden den Versicherten *als Sach- und Dienstleistungen* (§ 2/II/1 SGB V) kostenlos zur Verfügung gestellt. Um diesen Verpflichtungen nachzukommen, müssen die Krankenkassen sich die Leistungserbringer verpflichten. Das geschieht auf verschiedene Weise, im Falle der SAPV jedoch durch Verträge, mit denen die Leistungserbringer verpflichtet werden, die Versicherten spezialisiert ambulant zu versorgen.

b) Die Vergütung der Leistungserbringer unterliegt generell anderen Regeln als die Leistungserbringung. Im Falle der SAPV soll sie aber – ausnahmsweise – ebenfalls vertraglich geregelt werden, und zwar gemeinsam mit den zu erbringenden Leistungen in den von den Krankenkassen mit den Leistungserbringern abzuschließenden Versorgungsverträgen (§ 132d/1 SGB V)

c) Aus der Zuordnung der Ansprüche auf Leistungen zu den Versicherten und derer auf Vergütung zu den Leistungser-

bringern ergibt sich nun, dass nur die Leistungserbringer Kostenübernahmeerklärungen begehren können, während nur die Versicherten von ihrer Krankenkasse Aufklärung darüber verlangen können, ob diese bestimmte Leistungen erbringen (lassen) wird.

d) Grundsätzlich wird ein Vertragsarzt wenig Interesse daran haben, mittels einer Kostenübernahmeerklärung zu erfahren, ob die Krankenkasse seine Leistungen honorieren wird, denn das ergibt sich aus dem durch jährlichen Wechsel spannend gestalteten Vergütungssystem der GKV. Wenn der Vertragsarzt gleichwohl um eine Kostenübernahmeerklärung bittet, so will er – wie oben **(2)** ausgeführt – in der Regel wissen, ob die Krankenkasse die Leistung übernimmt. Das zu fragen ist jedoch nur der Versicherte berechtigt. Gut geleitete Krankenkassen bewerten die Anfrage deshalb als eine ihres Versicherten, die der behandelnde Arzt als dessen Stellvertreter gestellt hat, und bestätigen folgerichtig ihrem Versicherten – mit Kopie an den Vertragsarzt – die Übernahme der Leistung oder deren Ablehnung.

3) Klage vor dem Sozialgericht

Wird ein Sozialgericht zur Entscheidung eines Streits über eine Leistung oder Vergütung angerufen, so kann nur der Inhaber des Anspruchs (siehe oben unter **2c**) denselben geltend machen. Klagt der „Falsche“, so kann das Gericht die gestellten Anträge schon deshalb abweisen. Auch darf der Arzt hier nicht als Stellvertreter des Versicherten tätig werden, weil das gegen das Rechtsberatungsgesetz verstoßen würde.

4) Ansprüche des Versicherten an seine Kasse

Nur wenn seine Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder *sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt* hat und *dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden* sind, kann er von der Krankenkasse Erstattung solcher Kosten in der entstandenen Höhe verlangen, soweit die Leistung notwendig war. (§ 13/III/1 SGB V). Dazu:

a) Jeder Palliativpatient, für den ein dazu befugter Arzt eine SAPV-Verordnung ausgestellt hat¹, die der Krankenkasse binnen den drei folgenden Tagen zugegangen ist, hat gemäß § 37b SGB V einen gesetzlichen Anspruch auf diese Versorgung. Nach § 8/1 der SAPV-RL *übernimmt die Krankenkasse bis zu einer Entscheidung über die weitere Leistungserbringung die Kosten für die SAPV*. Danach kann nicht zweifelhaft sein, dass jede Ablehnung der ordnungsgemäß verordneten SAPV vor deren Prüfung – während der Behandlung des Patienten – rechtswidrig ist und dass es einer Einwilligung der Krankenkasse vor Behandlungsbeginn nicht bedarf.²

b) Wenn die Krankenkasse den Antrag ihres Versicherten auf Leistungsübernahme nicht *expressis verbis* ablehnt, sondern mitteilt, sie sei selbstverständlich bereit, die Leistung gemäß einer bestimmten Vereinbarung zu übernehmen, diese Vereinbarung jedoch die AAPV betrifft, dann handelt es sich ebenfalls um eine Ablehnung des Antrages auf Gewährung von SAPV, denn der Versicherte darf davon ausgehen, bei seiner Krankenkasse sei der Unterschied zwischen den beiden Arten der Betreuung von Palliativpatienten bekannt.

c) Wenn die Krankenkasse den Leistungsübernahmeantrag des Versicherten unbeantwortet lässt, dürfte auch das als eine Ablehnung auszulegen sein, denn grundsätzlich gilt im Rechtsverkehr das Schweigen als Ablehnung.

d) Da der Versicherte nicht in der Lage ist, sich Leistungen der GKV zu verschaffen, ist er mithin gezwungen, mit seinem Arzt einen Vertrag über seine private spezialisierte ambulante Versorgung zu schließen.³ Das kann durchaus mündlich geschehen. Abgerechnet wird dann

mangels einer anderen bundesgesetzlichen Vorschrift nach der GOÄ (siehe deren § 1). Die sich daraus ergebenden Gebühren sind die Kosten des Versicherten, von denen die Krankenkasse ihn freizuhalten hat, indem sie direkt an den Arzt zahlt.

5) Wenn es keinen Versorgungsvertrag gibt

Hat die Krankenkasse gegen die Leistung von SAPV keine Einwände, so ergibt sich die dafür zu zahlende Vergütung des Arztes in aller Regel aus dem für ihn einschlägigen Versorgungsvertrag. Existiert ein solcher nicht, weil die Krankenkassen sich weigern, einen solchen abzuschließen oder den Abschluss verschleppen, so könnte fraglich sein, aus welcher Rechtsgrundlage sich der Vergütungsanspruch des Arztes nunmehr ergibt.

Das LSG NRW hat kürzlich festgestellt, die Weigerung der Krankenkassen, einen den gesetzlichen Vorschriften der §§ 37b und 132d SGB V entsprechenden Versorgungsvertrag abzuschließen, stelle ein „Systemversagen“ mit der Konsequenz dar, dass der Versicherte „seine Ansprüche im Rahmen von § 13/III SGB V durchsetzen könne“.⁴ Im Klartext: Der Versicherte kann sich die ärztliche und

⁴ LSG NRW 16 B 15/09 KR ER vom 30.3.2009

Fazit für die Praxis

■ Laut einem aktuellen Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen stellt die Weigerung der Krankenkassen, einen den gesetzlichen Vorschriften der §§ 37b und 132d SGB V entsprechenden Versorgungsvertrag abzuschließen, ein „Systemversagen“ dar.

■ Der Versicherte kann sich folglich seine verordneten Leistungen anderweitig beschaffen. Die Kasse muss den nunmehr privat tätigen SAPV-Arzt direkt bezahlen.

■ **Wichtig:** Der Versicherte muss diesen Anspruch geltend machen, nicht der Arzt!

pflegerische Leistung, die der behandelnde Vertragsarzt verordnet hat „anderweitig beschaffen“ und von seiner Krankenkasse begehren, dass sie ihn von der Forderung des nunmehr privat tätig gewordenen SAPV-Arztes freihält, d. h. diesen direkt bezahlt. Wohl gemerkt, der Versicherte muss diesen Anspruch geltend machen, nicht der Arzt, weil es sich um einen Anspruch auf Kostenerstattung und nicht auf Vergütung handelt.

6) Patienten von Palliativstationen, die zum Sterben nach Hause wollen

Aus den Palliativstationen werden heute ca. 50% der Patienten nach Hause entlassen, um – ihrem Wunsche entsprechend – dort zu sterben. Bei ihnen wird es sich in aller Regel um Patienten handeln, die besonders aufwendiger Behandlung bedürfen. Um sicherzustellen, dass ihre spezialisierte Palliativversorgung von den ihnen aus der Palliativstation vertrauten Ärzten auch ambulant fortgeführt werden kann, erhalten diese in der Regel Ermächtigungen gemäß § 116 SGB V i. V. m. § 31a Ärzte-ZV, weil es gleichartig qualifizierte niedergelassene Vertragsärzte in aller Regel (noch) nicht gibt. Die Ermächtigung ist eine gegenüber der Zulassung nachrangige Form der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Ermächtigte Ärzte sind gemäß § 95/IV SGB V an die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung gebunden, sie werden mithin wie Vertragsärzte tätig. Für sie gelten deshalb die obigen Ausführungen entsprechend. Dabei ist jedoch darauf zu achten, dass es sich bei der Rechnung des ermächtigten Krankenhausarztes um eine Privatliquidation handelt, wenn die Voraussetzungen des oben unter 4 beschriebenen Kostenerstattungsanspruches vorliegen und dabei nicht etwa Behandlungsverträge des Krankenhauses beigelegt werden, die auf eine kassenärztliche Behandlung gerichtet sind, denn kassenärztliche und privatärztliche Tätigkeit schließen sich bekanntlich aus.

Dr. jur. Peter Holtappels
Windmühlenstieg 5, 22607 Hamburg
E-Mail: peter@holtappels.de

¹ Dazu Steinberg/Holtappels „Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung „SAPV“ Entstehungsgeschichte, Definitionen und Zweifelsfragen“ (Ziffer 4) in: www.palliativ-rissen.de/downloads

² Die neuerdings in Umlauf kommenden Verordnungformulare sehen eine solche Einwilligung (fälschlich „Genehmigung“ genannt) jedoch vor. Die Normen der SAAPV-RL haben aber Vorrang vor Formularen.

³ Dieser Arzt sollte aber hinreichend qualifiziert sein. (Dazu Steinberg/Holtappels a. a. O. Ziffer 3)