

## Rechtsreport

## Ärztliches Attest muss begründet sein

Anträge auf Vertagung einer Gerichtsverhandlung aus gesundheitlichen Gründen müssen so abgefasst sein, dass das Gericht die Verhandlungsunfähigkeit des Antragstellers ohne Weiteres erkennen kann. Das hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden. Im vorliegenden Fall hatte die Vorinstanz, das Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg, einen Arzt zur mündlichen Verhandlung geladen, der gegen eine Honorarkürzung seiner Kassenärztlichen Vereinigung (KV) geklagt hatte. Zum angesetzten Termin erschien der Kläger jedoch nicht. Da der KV-Vertreter bei diesem Termin die vom Arzt angefochtenen Bescheide teilweise aufhob, vertagte das LSG die Verhandlung, um dem Arzt Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Zugleich bestimmte es einen neuen Verhandlungstermin und verschickte eine Ladung an den Arzt. Dieser äußerte sich per

Fax zwar nicht zu den Zugeständnissen der KV, bat aber mit dem Hinweis auf eine akute Myokardinsuffizienz um die Aufhebung des Termins. Nähere Angaben zu seinem Gesundheitszustand machte er nicht. Er beschäftigte sich vielmehr mit der Wirksamkeit der Ladung sowie mit der Gewährung von Akteneinsicht.

Nach Auffassung des BSG hat das LSG den Antrag des Arztes auf eine Verlegung des Verhandlungstermins zu Recht zurückgewiesen. Erhebliche Gründe im Sinne von § 227 Abs. 1 S. 1 ZPO i. V. m. § 202 SGG, die für eine Aufhebung des Verhandlungstermins sprächen, seien nicht ordnungsgemäß dargelegt worden, so das BSG. Zwar sei im Falle einer akuten Gesundheitsstörung oder Behandlungsbedürftigkeit kurzfristig nur die Mitteilung dieses Sachverhaltes gegenüber dem Gericht möglich, um einen Aufhebungsan-

trag zu begründen. Allerdings müssten aussagekräftige Atteste über die Verhandlungsunfähigkeit nachgereicht werden. Nur dann könne das Gericht beurteilen, ob tatsächlich ein erheblicher Grund vorgelegen habe. Auch von einem Arzt könne verlangt werden, dass er seine gesundheitliche Beeinträchtigung spezifiziere und darlege, warum er unfähig sei, einen Gerichtstermin wahrzunehmen. Für einen Arzt, der sich selbst behandelt, gelten nach Auffassung des BSG keine anderen Anforderungen an die Darstellungstiefe einer ärztlichen Bescheinigung als für Atteste, die von anderen Ärzten vorgelegt werden. Der bloße Hinweis auf eine akute Myokardinsuffizienz reiche nicht aus. Denn dem Gericht müsse die Möglichkeit einer Überprüfung gegeben werden.

BSG, Beschluss vom 3. April 2019, Az.: B 6 KA 30/18 B *RAin Barbara Berner*

## GOÄ-Ratgeber

## Beratungen im Rahmen der Prävention

Im Rahmen der Prävention und Vorsorge zur Vorbeugung bzw. rechtzeitigen Erkennung von Erkrankungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung verschiedene Vorsorgeuntersuchungen definiert und hierzu entsprechende Richtlinien erlassen. Die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen nach den Richtlinien des G-BA werden dabei regelmäßig auch von privaten Krankenversicherungen und Beihilfestellen erstattet. In den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für die Abrechnung von Leistungen bei gesetzlich versicherten Patienten wurden hierzu verschiedene Positionen für spezielle Beratungsleistungen aufgenommen. So gibt es beispielsweise die Nummer 01735 für die Beratung nach der sog. „Chroniker-Richtlinie“ zu Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 1. April geborene Frauen, die Nummer 01737 für die Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems zur Krebsfrüherkennung, inklusive Beratung, die Nummer 01740 für die Bera-

tung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms gemäß der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme, oder die Nummer 01747 für die Beratung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über das Ultraschallscreening auf Bauchortenaneurysma.

Innerhalb der Abrechnungssystematik des EBM mit vielen pauschalierten Leistungskomplexen wurden diese zusätzlichen Leistungsnummern zur Förderung der Prävention geschaffen, da allgemeine Beratungsleistungen ansonsten zumeist in der einmal pro Quartal anzusetzenden Versichertenpauschale enthalten sind. Für die Abrechnung dieser Leistungen bei Privatpatienten nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sind jedoch keine speziellen (analogen) Abrechnungspositionen erforderlich, da nach dem Einzelleistungsprinzip der GOÄ die erforderlichen Gesprächsleistungen über die Gebührenpositionen für die allgemeinen Beratungsleistungen, beispielsweise nach den GOÄ-Nrn. 1 und 3, gegebenenfalls

auch mehrfach im Behandlungsfall berechnet werden können.

Erfolgt eine Beratung über weitere Präventionsleistungen im Zusammenhang mit einer Vorsorgeuntersuchung nach den GOÄ-Nummern 27 (Untersuchung einer Frau zur Früherkennung von Krebserkrankungen [...], einschließlich Beratung), 28 (Untersuchung eines Mannes zur Früherkennung von Krebserkrankungen [...], einschließlich Beratung) oder 29 (Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen – einschließlich [...] Erörterung des individuellen Risikoprofils und verhaltensmedizinisch orientierter Beratung –) ist daneben keine weitere Beratungsleistung mehr berechnungsfähig. Der mit der Beratung über weitere Präventionsleistungen bzw. Vorsorgeprogramme verbundene zusätzliche Zeitaufwand kann entsprechend der Regelung des § 5 Abs. 2 GOÄ jedoch gegebenenfalls bei der Anwendung des Steigerungsfaktors berücksichtigt werden. *Dipl.-Verw. Wiss. Martin Ulmer*