

Rechtsreport

Schriftformerfordernis bei Vergleich vor Beschwerdeausschuss

Das für einen öffentlich-rechtlichen Vertrag vorgeschriebene Schriftformerfordernis kann gewahrt werden, indem der Vertragstext zur Niederschrift der vertragschließenden Behörde – hier der Kassenärztlichen Vereinigung – aufgenommen wird. Das hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden.

Streitig ist der vor einem Beschwerdeausschuss protokollierte Vergleich. Gegen den Kläger, der als Hausarzt an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, waren zunächst Honorarkürzungen in Höhe von etwa 93 000 Euro festgelegt worden. Hiergegen erhob der Kläger Widerspruch. Im Beisein des Klägers und seines Rechtsanwaltes ist in der Sitzung als Vergleich ein Regressbetrag von 20 000 Euro vereinbart worden. Damit war der Kläger im Nachgang nicht einverstanden. Seine Revision hatte keinen Erfolg. Der Kläger habe keinen Anspruch darauf, dass die geschlosse-

ne Vergleichsvereinbarung als unwirksam erklärt wird. Das Widerspruchsverfahren, das die Bescheide der Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen zum Gegenstand hatte, sei durch geschlossenen Vergleich beendet worden. Eine Behörde könne, statt einen Verwaltungsakt zu erlassen, einen öffentlich-rechtlichen Vertrag mit demjenigen schließen, an den sie sonst den Verwaltungsakt richten würde. Dabei sei die Schriftform zu wahren. Das Schriftformerfordernis soll die Vertragsparteien vor einem übereilten Vertragsabschluss schützen. Es habe Beweisfunktion und wirke damit Unklarheiten und Meinungsverschiedenheiten entgegen. Da der Text des Vergleichs vom Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses in Gegenwart des Klägers in eine Niederschrift aufgenommen worden, vorgelesen und vom Kläger in der Sitzung genehmigt worden ist, seien

die formellen Anforderungen an einen öffentlich-rechtlichen Vertrag ausreichend beachtet worden. Ausschlaggebend sei, dass der Kläger zu der Anhörung geladen worden sei, sodass er nicht überraschend mit dem Gegenstand des Verfahrens konfrontiert wurde. Damit hatte er auch die Möglichkeit, sich von einem Rechtsanwalt begleiten zu lassen. Über die Sitzung sei ein Protokoll gefertigt worden, aus dem die wesentlichen Erklärungen und Feststellungen hervorgehen. Der Warn- und Beweisfunktion des Schriftformerfordernisses wird damit in ausreichender Weise Rechnung getragen, so das BSG. Das gelte jedenfalls für den hier betroffenen Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung, aber auch für vertragsärztliche Zulassungsverfahren.

BSG, Urteil vom 26. Mai 2021, Az.: B 6 KA 7/20 R
RAin Barbara Berner

GOÄ-Ratgeber

Leistungen im Rahmen urologischer Vorsorgeuntersuchungen

Die Abrechnung von Leistungen im Rahmen urologischer Vorsorgeuntersuchungen führt wiederholt zu Rechnungsstreitigkeiten, insbesondere dann, wenn die Untersuchungen nicht vom Leistungskatalog der Kostenträger umfasst sind.

Leistungen der privaten Krankenversicherungen sowie der Träger der Beihilfe im Hinblick auf die Früherkennungsuntersuchungen orientieren sich in der Regel an den Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Zu diesen gehören bei Männern gemäß Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses die „gezielte Anamnese, Inspektion und Palpation des äußeren Genitales einschließlich der entsprechenden Hautareale, Abtasten der Prostata vom After aus, Palpation regionärer Lymphknoten“ sowie die „Befundmitteilung mit anschließender diesbezüglicher Beratung“.

Diese Leistungen sind im privatärztlichen Bereich in der Gebührenordnung

für Ärzte unter anderen in der Nr. 28 GOÄ (*Untersuchung eines Mannes zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Rektums, der Prostata, des äußeren Genitales und der Haut – einschließlich Erhebung der Anamnese, Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten sowie Untersuchung auf Blut im Stuhl, einschließlich Beratung*) enthalten.

Über die letztgenannten Leistungen hinausgehende Untersuchungen sind gemäß § 1 Abs. 2 GOÄ nur berechnungsfähig, wenn eine weitere medizinische/kurative Indikation vorliegt (beispielsweise ein Harnwegsinfekt) oder der Patient eine weitere Diagnostik ausdrücklich wünscht. In letzterem Falle müssen die Leistungen nach den Vorschriften des § 12 Abs. 3 GOÄ als Verlangensleistungen in der Rechnung bezeichnet werden.

Zudem muss der Patient gemäß § 630c Abs. 3 BGB vor Beginn der Behandlung

in Textform über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung informiert werden, wenn der Behandler weiß, dass eine „vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist“ oder wenn sich dafür „nach den Umständen“ „hinreichende Anhaltspunkte“ ergeben.

Sollte zum Beispiel aufgrund eines persönlichen Bedürfnisses des Patienten neben den im Rahmen der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach der Nr. 28 GOÄ erbrachten Leistungen zusätzliche Laboruntersuchungen (z. B. ein Hormonstatus) durchgeführt werden, sind die formal-korrekte Bezeichnung in der Rechnung als Verlangensleistung und eine wirtschaftliche Aufklärung des Patienten im Vorfeld wie oben erläutert erforderlich, um Unklarheiten bei den Kostenträgern und Patienten zu vermeiden und Problemen bei der Kostenerstattung vorzubeugen.
Dr. med. Kerrin Prangenber