

## 7. Deutscher Medizinrechtstag

Vom 15. bis 16. September 2006 fand in Berlin der 7. Deutsche Medizinrechtstag statt. Der jährliche Medizinrechtstag der Stiftung Gesundheit ist eine gemeinsame Tagung von Medizinrechtsanwälten und Medizinern. Namhafte Referenten aus Justiz, Wissenschaft, Praxis, Verbänden und Politik beleuchten im Rahmen der Konferenz jeweils einen Themenkreis aus unterschiedlichen Perspektiven. In diesem Jahr stand die Veranstaltung unter dem Motto „Neue Strukturen – Knappe Kassen – Neue Konflikte“.

Neben Referaten über neue Strukturen und neuen ärztlichen Organisationsformen, wie der Integrierten Versorgung, dem Medizinischen Versorgungszentrum oder Franchisesystemen im ambulanten Bereich, wurde grundsätzlich über die Qualität der medizinischen Versorgung sowie die Rolle des Patienten im deutschen Gesundheitswesen, insbesondere im Hinblick auf das Erfordernis sowie auch dem Wunsch des Patienten nach mehr Information über Versorgungsleistungen und -strukturen sowie nach einem qualifizierten Informations- und Beratungsmanagement, diskutiert. Vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklung des Patienten vom „Payer“ zum „Player“ besteht Konsens darüber, dass die Souveränität und die Mitwirkung des Patienten eine wesentliche Bedeutung für die Weiterentwicklung einer effizienten gesundheitlichen Versorgung haben. Auch der Gesetzgeber forciert die Patientenrechte sowie deren Beteiligung im Rahmen der Qualitätssicherung (§§ 135 ff. SGB V), der Integrierten Versorgung (§§ 140 a ff. SGB V), von strukturierten Behandlungsprogrammen (§ 137 f SGB V) oder der Prävention und Selbsthilfe (§§ 20 ff. SGB V).

Die Tagung war im Weiteren geprägt von der Beratung über vertragsarztrechtliche Fragestellungen im Hinblick auf die Ansprüche der Patienten an eine notwendige Krankenbehandlung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie die Möglichkeiten von Patienten und

Ärzten, gegen eine Leistungsverweigerung durch gesetzliche Krankensversicherer vorzugehen. Hierauf soll nachfolgend näher eingegangen werden. Krankenbehandlung im Sinne des Sozialgesetzbuches (SGB) meint jede ärztliche Maßnahme, die notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Daneben ist das gesetzlich verankerte Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten, wonach die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Unter Beachtung dieser Grundsätze ist ein nur möglicher Behandlungserfolg nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG) nicht geeignet, die Leistungspflicht der GKV zu begründen.

Maßgeblich ist vielmehr die generelle Wirksamkeit der Therapie, belegt durch wissenschaftlich einwandfrei geführte Studien einschlägiger Fachkreise, die zudem dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen muss. Ob eine bestimmte Untersuchungs- oder Behandlungsmethode diese Kriterien erfüllt, entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Erst wenn zum Zeitpunkt der Behandlung eine positive Empfehlung dieser Institution vorliegt, kann der Arzt – zumindest im ambulanten Bereich – eine neuartige Methode oder Arzneimitteltherapie zu Lasten der GKV verordnen. Jedoch hat weder der Vertragsarzt noch der Patient eine Möglichkeit, beim G-BA die Aufnahme neuer Leistungen für die vertragsärztliche Versorgung zu beantragen.

Ausnahmen von diesem Erlaubnisvorbehalt wurden bislang in der Rechtsprechung sehr stringent behandelt. Selbst bei besonders schweren Erkrankungen, für die keine schulmedizinische Behandlungsmethode zur Verfügung steht, werde nach Auffassung des BSG eine Einstandspflicht der GKV für eine nicht ausreichend geprüfte Behandlung nicht begründet. Etwas anderes soll allerdings dann gelten, wenn es sich um eine sehr seltene Erkrankung handle, die nicht systematisch erforscht und behandelt werden könne.

Erneute Bewegung in die Diskussion über Ausnahmeregelungen bei schwerwiegenden Erkrankungen hat die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 06.12.2005 (1 BvR 347/98) gebracht. In diesem Fall war ein Jugendlicher an Duchenne'scher Muskelatrophie erkrankt. Das BSG hatte eine Leistungspflicht der GKV verneint, da das in Rede stehende Verfahren der Bioresonanztherapie nicht dem allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft entsprechen würde. Die Therapie sei bislang nicht vom G-BA anerkannt, ferner mangle es an einer genügenden Verbreitung der Methode in der Praxis und in der fachlichen Diskussion. Das BVerfG sah diese Auslegung der Vorschriften des SGB V als nicht mit dem Grundgesetz vereinbar an. Insbesondere sei es nicht gerechtfertigt, den Einzelnen einer Versicherungspflicht in der GKV zu unterwerfen, ihm dann jedoch bei Eintritt einer lebensbedrohenden Erkrankung, für

die schulmedizinische Behandlungen nicht vorliegen, eine bestimmte Behandlungsmaßnahme zu verwehren, soweit diese eine auf Indizien gestützte, nicht ganz fern liegende Aussicht auf eine Heilung oder eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf im konkreten Einzelfall verspricht.

Das BVerfG lässt somit auch einen individuellen Wirkungszusammenhang für eine Leistungspflicht der GKV genügen. Das BSG hatte zwischenzeitlich in mehreren Entscheidungen die Gelegenheit, die Vorgaben des BVerfG umzusetzen. Erwähnt sei an dieser Stelle eine Entscheidung des BSG vom 04.04.2006 (B1 KR 7/05 R) bezüglich des Einsatzes eines nicht in Deutschland zugelassenen Arzneimittels bei einem Darmkarzinom. Die Standardbehandlung der Betroffenen – eine Chemotherapie – musste in diesem Fall aus Gründen der Unverträglichkeit abgebrochen werden. Das BSG urteilte hier zugunsten der Patientin und verwies darauf, dass die Grundsätze des BVerfG auch auf eine Arzneimitteltherapie bei lebensbedrohlichen Erkrankungen anzuwenden sei. Allerdings sei in diesen Fällen eine vorherige Nutzen-Risiko-Analyse, eine umfassende Dokumentation sowie eine entsprechende ärztliche Aufklärung des Patienten vor Behandlungsbeginn vonnöten.

Die Neuerungen in der Rechtsprechung betreffen nicht nur die Interessen der Versicherten, sondern auch jene der Leistungserbringer, mithin der Ärzte. Schließ-

lich wird durch die Verweigerung einer Therapiemaßnahme auch die Berufs- und Wissenschaftsfreiheit des behandelnden Arztes betroffen. Obschon das BSG – unter Verweis auf die im Rahmen der Kostenerstattungspflicht des § 13 SGB V bestehenden Rechtsbeziehungen allein zwischen Krankenversicherung und Versichertem – bereits einmal ein Vorgehen des Leistungserbringers gegen eine Leistungsverweigerung abgelehnt hat, wird eine solche Klage angesichts der in der Berufsfreiheit verankerten Therapiefreiheit eines jeden Arztes unter den Juristen für zulässig erachtet. Analog wird hierzu auf die Argumentation des BVerfG zur Konkurrentenklage niedergelassener Ärzte gegen Ermächtigungen von Krankenhausärzten verwiesen.

An dieser Stelle ließe sich durchaus noch weiter über die auf dem 7. Deutschen Medizinrechtstag angesprochenen wissenschaftlichen Themen referieren. Der interessierte Leser soll jedoch insoweit auf die Internetpräsenz der Initiatoren dieser Veranstaltung, der Stiftung Gesundheit, unter [www.stiftung-gesundheit.de](http://www.stiftung-gesundheit.de) verwiesen werden, auf der die Vorträge zur weiteren Lektüre abgerufen werden können. Seinem Anspruch, der individuellen Fortbildung, dem interdisziplinären Austausch sowie der gemeinsamen Entwicklung von Erkenntnissen, zu dienen, ist der Kongress auch in diesem Jahr gerecht geworden.

Ass. jur. Annette Wünsche  
Rechtsreferentin