

DOI: 10.1007/s00350-008-2285-6

juris PraxisKommentar SGB V.

Herausgegeben von Rainer Schlegel und Klaus Engelmann.
Verlag juris, Saarbrücken 2008, XLIV u. 3555 S., geb.,
€ 155,00

Die 48 Autoren, allesamt Praktiker aus Justiz, Anwaltschaft, Verwaltung und Verbänden, navigieren den Leser sicher und kompetent durch den „Dschungel“ der Vorschriften des SGB V. Der 3555 Seiten starke Kommentar kommt – darauf weisen die Herausgeber in ihrem Vorwort hin – einer Herkulesaufgabe nahe, die hervorragend bewältigt wurde. Eine einheitliche Meinung aller Autoren zu verschiedenen Streitfragen ist nicht zu erwarten. Die Meinungsvielfalt bleibt. Dass die Herausgeber so viele unterschiedliche Texte zu so weit gespannten Themen in einem Werk zusammenführen konnten, ist ein großes Verdienst.

Den Zugang zu dem umfassenden Kommentar erleichtert ein 102 Seiten starkes, teilweise verbesserungsbedürftiges Stichwortverzeichnis. Es enthält zum einen sehr ins Detail gehende Begriffe, wie beispielsweise Amalgam, Haarverlust, Haarwuchs, Kahlköpfigkeit vom Mann, lässt dann aber für die derzeitige Diskussion zentrale Schlagworte wie Kollektivvertrag und Selektivvertrag außen vor, trotz der umfangreichen Kommentierung zu §§ 73b, 73c und 140a ff. Unter dem Begriff „Körperschaft“ wird ausschließlich auf die Krankenkassen, nicht jedoch auf die KVen und § 77 Abs. 5 SGB V verwiesen.

Die Gliederung der Kommentierungen in die Blöcke: A. (Basisinformationen mit Geschichte und Gesetzgebungsmaterialien) und B. (Auslegung der Norm mit Regelungsgehalt und Bedeutung der Norm) erleichtern den Zugang zu den nicht immer gut verständlichen und in der Umsetzung häufig problematischen gesetzlichen Bestimmungen.

Die Literaturhinweise erst am Ende der Basisinformationen wirken etwas deplaziert und sind dann überflüssig, wenn z. B. bei der Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung gemäß § 140d SGB V allein auf die Kommentierung zur Integrierten Versorgung gemäß § 140a SGB V verwiesen wird.

Der Rezensent konnte nicht alle Kommentierungen mit der gleichen Aufmerksamkeit durchsehen. Sein vorrangiges Interesse galt Bestimmungen des Vertragsarztrechts. Die Kommentierungen hierzu sind fundiert und meist erschöpfend. Dazu einige Beispiele:

Die zentrale Norm zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (§ 95 SGB V) kommentiert *Pawlita* im Umfang einer Monographie. Er handelt dabei die Rechtsinstitute der vertragsärztlichen Versorgung ab – von den ausgelagerten Praxisräumen über die Fachgebietsgrenzen, die Medizinischen Versorgungszentren bis zur Zweigpraxis. Zudem stellt er komprimiert die wirtschaftliche Bedeutung des ambulanten Versorgungsbereichs mit interessantem statistischen Material (Rdnr. 21) dar.

Die für das Vertragsarztrecht besonders wichtige Vorschrift des § 72 SGB V – Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung – hat *Hesral* sehr gründlich bearbeitet. Ausgehend vom Zusammenwirkungsgebot des Abs. 1 stellt er übersichtlich die Steuerungsebenen des Zusammenwirkens dar. Ausführlich geht *Hesral* auch auf die Regelung des Inhalts vertragsärztlicher Versorgung ein und grenzt Verträge mit vorgeschriebenem von solchen mit nicht vorgeschriebenem Inhalt ab. Bei den erstgenannten stellt er übersichtlich zusammen, welche Verträge von der Bundesebene und welche von der Landesebene zu schließen sind. Prägnant und hilfreich sind auch die Ausführungen zu den Normsetzungsverträgen und ihrer Interpretation.

Die Kommentierungen zu den Selektivverträgen (§§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V) sind angemessen ausführlich (10 Seiten zur hausarztzentrierten Versorgung und 7 Seiten zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung von *Adolf* und 43 Seiten zur Integrierten Versorgung von *Baumann*).

Nach Auffassung des Kommentators dient die Anschubfinanzierung bei der Integrierten Versorgung (auch in der bisherigen Regelversorgung) nicht ausschließlich der Vergütung medizinischer Leistungen, sondern auch der Finanzierung der Verwaltung. Begründung hierfür: die KVen bekommen einen Teil der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zur Deckung ihrer Verwaltungskosten. Beides ist so nicht richtig; denn die Verwaltungskosten werden nicht aus der Gesamtvergütung finanziert, sondern aus einbehaltenem Honorar der Ärzte.

Engelmann, einer der Herausgeber des Kommentars, setzt sich als ausgewiesener Spezialist mit der schwierigen Regelung des § 69 SGB V auseinander. Er kommt dabei u. a. zu dem Ergebnis, durch eine öffentliche Ausschreibung unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien sollten Leistungserbringer im Regelungsbereich der §§ 129 Abs. 5b, 73b und 73c SGB V bei dem Abschluss von Einzelverträgen gleich behandelt werden, und zwar ohne Beachtung des Vergaberechts. Diese Zielrichtung ergebe sich für ihn aus den Gesetzbegründungen (Rdnr. 176).

Sehr restriktiv kommentiert *Engelmann* die Dienstleistungsgesellschaften der KVen nach § 77a SGB V. Danach dürfen diese nur gegen Kostenersatz tätig werden und nicht aus Mitteln der KVen oder der KBV finanziert werden. Nach *Engelmann* dürfen die KVen selbst Gründungskosten und Anschubfinanzierungen für die Gesellschaften nicht übernehmen. Die Gründung von Dienstleistungsgesellschaften macht aber in der Praxis nur dann Sinn, wenn die KV diesen Gesellschaften auch entsprechende Gründungsmittel zur Verfügung stellen darf, da die Erlaubnis nach § 77a Abs. 1 SGB V sonst ins Leere gehen würde (so auch die Auffassung der Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung zu Nr. 30 der Stellungnahme des Bundesrates v. 15. 12. 2006 zum GKV-WSG mit dem Hinweis, dass sich aus der Gründungserlaubnis zugleich auch das Zurverfügungstellen von Gründungsmitteln ergibt).

Im Gegensatz zur differenzierten Darstellung der Rechtsprobleme des § 81 SGB V steht die apodiktische Aussage von *Steinmann-Munzinger*, die KVen dürften für die Durchführung von Verwaltungsverfahren (z. B. Widerspruch gegen den Honorarbescheid) wegen § 37 Abs. 1 SGB I, § 64 SGB X keine Gebühren erheben. Dies ist durchaus strittig und in der dargestellten Form auch durch das zitierte Urteil des BSG nicht gedeckt.

Bei einem Großkommentar mit zahlreichen Autoren zudem unterschiedlicher Professionen und verschiedener Erfahrungen können nicht alle Vorschriften gleich tief in ihrer geschichtlichen Entstehung, ihren Auswirkungen in der Praxis, der Rechtsprechung dazu und mit umfassenden Literaturhinweisen kommentiert werden. Ein besonders gelungenes und ergiebiges Beispiel für vertiefende Arbeit sind die Erläuterungen von *Clemens* zu § 106 (Wirtschaftlichkeitsprüfung) und § 106a (der Abrechnungsprüfung mit sächlich-rechnerischer Honorarberichtigung und der Plausibilitätsprüfung). *Clemens* gibt nach einem geschichtlichen Überblick und einem Einblick in die Struktur der Regelung ein verlässliches Erläuterungs- und Nachschlagewerk zu der durch Richterrecht stark geprägten Wirtschaftlichkeitsprüfung. Er überzeugt nicht nur durch eine klare Gliederung der vielschichtigen Materie, sondern dokumentiert zuverlässig auch kleinste Nuancen der Rechtsprechung. Das Gleiche gilt für die in der Praxis immer bedeutsamer werdende Prüfung der Honorarabrechnung der Ärzte durch KVen und nunmehr auch der Krankenkassen.

Die Kommentatorin zu § 116b SGB V, *Köhler-Hohmann*, hat sich als bayerische Krankenhausvertreterin intensiv mit der Materie befasst, lässt aber eine einseitige Beurteilung der Rechtsvorschrift erkennen. Der „Bayerische Weg“ zur Umsetzung dieser konfliktträchtigen Bestimmung, der sich bislang in der Praxis durchaus als erfolgversprechend erweist (vgl. *Jaquet*, Bayer. Ärzteblatt 4/2008, 228), wird von ihr zu kritisch bewertet (Rdnr. 25). Wer außer der zuständigen KV soll qualifiziert die vertragsärztliche Versorgungssituation beurteilen können? Auch die in der vertragsärztlichen Versorgung geltenden sachlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung, die hier für die Krankenhäuser entsprechend gelten (§ 116b Abs. 3 S. 2 SGB V), kann die Krankenhausplanungsbehörde in der Regel nur unter Nutzung der besonderen Kenntnisse der Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen und beurteilen.

Bei Fortschreibung des Werks ist u. a. eine umfassendere Auseinandersetzung mit Rabattverträgen wünschenswert, die seit Inkrafttreten des GKV-Begrenzungsgesetzes zum 1. 1. 2003 gemäß § 130a Abs. 8 SGB V zwischen gesetzlichen Krankenkassen oder ihren Verbänden mit pharmazeutischen Unternehmern geschlossen werden können. *Schneider* setzt sich mit den Problemen, die bei der Umsetzung in der Praxis tatsächlich auftreten, nicht auseinander. Verordnet beispielsweise ein Arzt Arzneimittel, die Bestandteil eines Rabattvertrages sind, ohne einem Rabattvertrag beigetreten zu sein, sind die Rabatte gemäß § 106 Abs. 5c S. 1 SGB V im Rahmen der Richtgrößenprüfung als pauschalierte Beträge bei der Prüfung abzuziehen. Wie aber berechnet sich diese Pauschale? Wer kontrolliert die Berechnung? Und warum erfolgt abhängig vom Nicht- bzw. Beitritt des Arztes trotz identischen wirtschaftlichen Vorteils für die Krankenkasse eine ungleiche Behandlung?

Die Druckversion soll durch laufende Online-Aktualisierungen fortgeschrieben werden und ist damit immer aktuell. Die Online-Ausgabe ermöglicht auch die Verlinkung auf die Rechtsprechung sowie Normen und Literaturhinweise. Beides ein deutlicher Vorteil gegenüber den anderen Kommentaren zum SGB V.

Fazit: Die Kommentierungen sind für all diejenigen, die tiefer in das SGB V einsteigen wollen/müssen, eine wertvolle Hilfe. Anwälte, Justitiare und Richter werden die Texte mit Gewinn für die tägliche Arbeit nutzen.