

S 2 KA 262/09

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Düsseldorf (NRW)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
2
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 2 KA 262/09
Datum
30.10.2013
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Klage wird abgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten des Verfahrens. Die Berufung wird zugelassen.

Tatbestand:

Streitig sind sachlich-rechnerische Berichtigungen.

Der Kläger ist als Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in B niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er ist im Ghospital B belegärztlich tätig.

Mit Abrechnungsbescheid für das Quartal 1/2009 vom 28.07.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.11.2009 strich die Beklagte die GOP 35100 und 35110 EBM, da gemäß (richtig) § 1 (8) Buchst. b (5) des Honorarverteilungsvertrages (HVV) die Abrechnung der Leistungen nach dem Abschnitt 35.1 im Rahmen der belegärztlichen Tätigkeit ausgeschlossen sei.

Hiergegen richtet sich die am 11.12.2009 erhobene Klage.

Der Kläger ist der Ansicht, die Regelung des HVV stehe im Gegensatz zu der Präambel zu Abschnitt 36.2.1 des EBM 2009. Nach dessen höherrangigen Bestimmungen könnten in einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, vom Operateur neben der belegärztlichen Operation auch die Gebührenordnungspositionen des Kapitels 35 jeweils in Verbindung mit der GOP 01414 berechnet werden. Die Ermächtigungsgrundlagen nach § 41 Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 33 Abs. 2 EKV-Ä ließen Regelungen nur im Rahmen der Vorgaben des EBM zu.

Der Kläger beantragt,

den Honorarbescheid für das Quartal 1/2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.11.2009 insoweit aufzuheben, als dort die Leistungen der Gebührenordnungspositionen 35100 und 35110 EBM - mit Ausnahme der GOP 35110 im Behandlungsfall T1 N, erbracht am 16.02.2009 - gestrichen worden sind, und die Beklagte zu verurteilen, die insoweit gestrichenen Leistungen nachzuvergüten.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hält die angefochtenen Bescheide für rechtmäßig.

Sie sei berechtigt, ärztliche Leistungen im Rahmen einer belegärztlichen Tätigkeit von der Vergütung auszuschließen. Nach § 41 Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 33 Abs. 2 EKV-Ä träfen die Partner der Gesamtverträge nähere Bestimmungen über die Abgrenzung, Berechnung, Abrechnung und Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit. Dies sei vorliegend im Hinblick auf den Ausschluss der Abrechnung u.a. von Leistungen des Kapitels 35.1 des EBM bei belegärztlicher Behandlung der Fall.

Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf den übrigen Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen. Dieser ist Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist nicht begründet.

Der Kläger ist durch die angefochtenen Bescheide nicht beschwert im Sinne des [§ 54 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG), da diese rechtmäßig sind.

Die Beklagte ist aufgrund von [§ 106a Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung \(SGB V\)](#)) gesetzlich berechtigt und verpflichtet, die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte festzustellen und die Abrechnungen nötigenfalls richtigzustellen (BSG, Urteil vom 17.07.2013 - [B 6 KA 14/12 R](#) -). Gegenstand des Richtigstellungsverfahrens ist, die Abrechnung des Vertragsarztes auf ihre Übereinstimmung mit den gesetzlichen, vertraglichen oder satzungsrechtlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts - mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebotes - zu überprüfen (BSG, Urteil vom 23.06.2010 - [B 6 KA 12/09 R](#) -).

Hiernach durfte die Beklagte in den noch streitbefangenen Fällen die zur Abrechnung gestellten Nrn. 35100 und 35110 EBM durch Streichung berichtigen.

Nach [§ 1 Abs. 8 lit. b\) \(5\) HVV](#) in der für das 1. Quartal 2009 geltenden Fassung (Rhein. Ärzteblatt 1/2009, 62) ist im Rahmen belegärztlicher Tätigkeit die Abrechnung der Leistungen u.a. nach Abschnitt 35.1 EBM ausgeschlossen. Diese Voraussetzungen liegen hier vor. Die Leistungen sind in den Behandlungsfällen T1 N, geb. 00.00.1940, und D T2, geb. 00.00.1972, jeweils im Rahmen belegärztlicher Tätigkeit erbracht worden.

Der Abrechnungsausschluss steht mit höherrangigem Recht in Einklang.

Belegärzte sind nach [§ 121 Abs. 2 SGB V](#) niedergelassene Vertragsärzte, die nicht am Krankenhaus angestellt sind und die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. Belegärztliche Leistungen werden vielmehr gemäß [§ 121 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung - und zwar außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina - vergütet, weil die belegärztliche Tätigkeit als Teil der vertragsärztlichen Versorgung angesehen wird (vgl. BSG, Urteil vom 17.03.2010 - [B 6 KA 3/09 R](#) - m.w.N.).

Nach [§ 121 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) hat die Vergütung die Besonderheiten der belegärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen. Dies kann durch besondere Vereinbarungen der Partner des Gesamtvertrages geschehen (BSG, Urteil vom 01.02.1995 - [6 RKa 27/93](#) - zu [§ 35 Abs. 1 BMV-Ä i.d.F. vom 28.09.1990](#) (entsprechend [§ 41 Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 33 Abs. 2 EKV-Ä i.d.F. bis 30.09.2013](#)); ferner BSG, Urteile vom 12.12.2001 - [B 6 KA 5/01 R](#) -; vom 28.01.2009 - [B 6 KA 30/07 R](#) - jeweils zu [§ 41 Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 33 Abs. 2 EKV-Ä i.d.F. bis 30.09.2013](#)). Hierzu zählt die Doppelgleisigkeit der Vergütung der Leistungen, die den Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden, einerseits durch den an das Krankenhaus zu entrichtenden Pflegesatz, andererseits durch die davon unabhängige Vergütung der belegärztlichen Leistungen. In die Leistungsbewertung des EBM und damit in die Gebührenpositionen fließen nicht nur der Wert der persönlichen Dienstleistung des Arztes, sondern auch der - oftmals darüber hinausgehende - Kostenanteil für die bei der Führung der Praxis und der Erbringung der jeweiligen Leistung anfallenden Kosten (Praxiskosten) mit ein. Zu den in den berechnungsfähigen Leistungen enthaltenen allgemeinen Praxiskosten zählen etwa die Ausgaben für Praxisräume, Praxisbetrieb, Praxispersonal, Praxiseinrichtung, Abschreibungen für Anschaffungen, Steuern und Zinsen. Zu ihnen kommen weitere Kosten wie die, die durch die Anwendung von ärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstanden sind, hinzu. Derartige Aufwendungen entstehen dem Belegarzt bei belegärztlicher Tätigkeit nicht, weil er bei diesen Leistungen die personelle und sachliche Ausstattung des Krankenhauses in Anspruch nimmt. Die dem Krankenhaus hierfür erwachsenden Kosten sind wiederum im Pflegesatz enthalten.

Mit einer uneingeschränkten Vergütung belegärztlicher Leistungen ausschließlich nach den Maßstäben des EBM käme es zum einen zu einer teilweisen Doppelvergütung bestimmter Leistungsanteile sowohl über den Pflegesatz als auch über die Vergütung der belegärztlichen Leistungen. Zum anderen würden die belegärztlichen Leistungen in einer Höhe vergütet, die sachlich nicht gerechtfertigt wären. Beide Auswirkungen stünden im direkten Widerspruch zu dem mit dem Belegarztwesen verbundenen gesetzlichen Anliegen einer kostengünstigeren Versorgung der Versicherten. Aus der Verpflichtung, bei der Vergütung die Besonderheiten der belegärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen, leitet sich nach allem die Befugnis der Partner der Gesamtverträge ab, den sich auf der Grundlage des EBM ergebenden Vergütungsanspruch des Belegarztes zu begrenzen. Dies kann durch prozentuale Abschläge von den Gebührenpositionen des EBM oder durch den Ausschluss der Abrechnungsfähigkeit einzelner Leistungen geschehen, auch wenn bei diesen die ärztliche Tätigkeit im Vordergrund steht (BSG, Urteil vom 01.02.1995 - [6 RKa 27/93](#) -).

Dem steht nicht entgegen, dass die Vergütung belegärztlicher Leistungen nunmehr auf EBM-Ebene durch Abschnitt 36 geregelt wird, welcher eine fiktive Kürzung um die in DRG bzw. Pflegesatz enthaltenen Kostenanteile vorsieht (dazu näher z.B. Wezel-Liebold, Kommentar zu EBM und GOÄ, 17. Lfg., Januar 2009, zur Präambel zu Kap. 36.2.1). Denn diese fiktive Kürzung bezieht sich im Wesentlichen nur auf die operativen Leistungen, nicht jedoch auf Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung, wie sie hier streitig sind.

Sofern demnach gemäß der Präambel zu Abschnitt 36.2.1 EBM in einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, vom Operateur neben der belegärztlichen Operation auch die Gebührenordnungspositionen des Kapitels 35 jeweils in Verbindung mit der GOP 01414 berechnet werden können, schließt dies nicht aus, dass die Partner der Gesamtverträge berechtigt sind, auf der Grundlage der [§ 41 Abs. 2 BMV-Ä](#) und [§ 33 Abs. 2 EKV-Ä](#) weitergehende Einschränkungen zu vereinbaren.

Dabei ist allerdings ein völliger Ausschluss der Vergütung für einen gesamten Leistungsbereich mit den gesetzlichen Vorgaben in [§ 121 Abs. 3 Satz 1](#) und 2 i.V.m. [§ 85 Abs. 4 Satz 1 bis 3 SGB V](#) nur dann vereinbar, wenn Besonderheiten der belegärztlichen Tätigkeit dies rechtfertigen, d.h. sofern sachlich rechtfertigende Gründe vorhanden sind. Ein eigenständiger Gestaltungsspielraum zum völligen Ausschluss der Honorierung notwendiger belegärztlicher Leistungen von der Vergütung ohne rechtfertigenden Grund steht weder den Gesamtvertragspartnern noch - solange und soweit gesamtvertragliche Regelungen im Sinne von [§ 41 Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 33 Abs. 2 EKV-Ä](#) nicht existieren - der Kassenärztlichen Vereinigung bei Erlass ihres HVM zur Verfügung (BSG, Urteil vom 28.01.2009 - [B 6 KA 30/07 R](#) -).

Diese Grenzen sind vorliegend nicht überschritten. Die Partner des Gesamtvertrages haben in § 1 Abs. 8 lit. b) (5) HVV eine Regelung im Sinne von § 41 Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 33 Abs. 2 EKV-Ä getroffen. Diese Regelung schließt nicht einen gesamten Bereich notwendiger belegärztlicher Leistungen von der Vergütung völlig aus. Unbeschadet der Frage, inwieweit Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung im Rahmen belegärztlicher Tätigkeit notwendig sind und nicht vor oder nach der Operation ambulant erbracht werden können, schließt der HVV nur die Abrechnung der nicht antragspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.1 und der antragspflichtigen Leistungen des Kapitels 35.2 EBM im Rahmen belegärztlicher Tätigkeit aus, nicht jedoch die psychodiagnostischen Testverfahren des Kapitels 35.3 EBM.

Der Ausschluss der Abrechnungsfähigkeit der Leistungen nach GOP 35100 und 35110 EBM, auch wenn bei diesen die ärztliche Tätigkeit im Vordergrund steht, stellt sich damit als rechtmäßig dar.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs. 1 SGG](#) in Verbindung mit [§§ 154 Abs. 1 Satz 1, 162 Abs. 1](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache hat die Kammer die Berufung zugelassen ([§ 144 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2014-02-19