B 6 KA 43/02 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Mainz (RPF)
Aktenzeichen
S 1 KA 261/99
Datum
21.03.2001
2. Instanz
LSG Rheinland-Pfalz
Aktenzeichen
L 5 KA 41/01
Datum
21.02.2002
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 43/02 R
Datum
10.12.2003
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Der gynäkologische Belegarzt der gegenüber dem Neugeborenen Leistungen außerhalb des Kreißsaals auf der Belegstation erbringt kann diese nicht abrechnen. Es handelt sich nicht um belegärztliche Leistungen an seinem Belegpatienten.
Die Revisionen des Klägers und der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 21. Februar 2002 werden zurückgewiesen. Der Kläger hat 4/5 der außergerichtlichen Kosten der Beklagten für das Revisionsverfahren zu erstatten. Die Beklagte hat 1/5 der außergerichtlichen Kosten des Klägers für das Revisionsverfahren zu erstatten.

Gründe:

I

Die Beteiligten streiten über die Vergütung von Behandlungen, die der Kläger als Belegarzt an Neugeborenen erbracht hat.

Der Kläger, Arzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, ist zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und als Belegarzt auf der Geburtshilfestation eines Krankenhauses tätig. Eine kinderärztliche Station ist im Krankenhaus nicht vorhanden.

Die beklagte Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) berichtigte die Honoraranforderung des Klägers für das Quartal II/1998 in 35 Fällen, in denen dieser die Behandlung von Neugeborenen als stationäre belegärztliche Fälle abgerechnet hatte, und setzte insoweit die geltend gemachten Leistungen Nr 1, 5, 28, 29, 140, 1020, 1040 und 7200 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) ab. Den Widerspruch des Klägers wies die Beklagte im Wesentlichen mit der Begründung zurück, allein der enge zeitliche Zusammenhang mit der Entbindung führe nicht dazu, die Behandlung des Säuglings als stationären Behandlungsfall zu qualifizieren. Ein solcher Fall könne erst bei einer Erkrankung des Säuglings gegeben sein.

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen. Auf die Berufung des Klägers hat das Landessozialgericht (LSG) das Urteil des SG und die angefochtenen Bescheide aufgehoben, soweit die Leistungen Nr 140 (U1-Neugeborenen-Erstuntersuchung), 1020 (Blutentnahme beim Feten ...) und 1040 EBM-Ä (Reanimation eines asphyktischen Neugeborenen ...) von der Honoraranforderung abgesetzt worden waren. Hinsichtlich der Leistungen Nr 1, 5, 28, 29 und 7200 EBM-Ä (Ordinationsgebühr, Gebühr für die Inanspruchnahme zur Unzeit, Regelvisite, Einzelvisite auf der Belegstation, Kostenersatz für den Bereitschaftsdienst des Belegarztes) hat es die Berufung zurückgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, dem Kläger stehe nur ein Anspruch auf Vergütung derjenigen Leistungen der Gynäkologie und Geburtshilfe zu, die er in unmittelbarem Zusammenhang mit der Entbindung vorgenommen habe. Die Versorgung des Neugeborenen während des Krankenhausaufenthaltes der Mutter sei hingegen durch die allgemeine Krankenhausleistung und durch die Vergütung mit Fallpauschalen bei den Kosten für die Versorgung der Mutter mit abgegolten.

Mit seiner Revision rügt der Kläger, die Vergütung der Leistungen Nr 1, 5, 28, 29 und 7200 EBM-Ä für die Behandlung des Neugeborenen auf der Belegstation sei ihm zu Unrecht versagt worden. Bei diesen handele es sich ebenso wie bei den Leistungen Nr 140, 1020 und 1040 EBM-Ä um stationäre belegärztliche Leistungen iS des § 121 Abs 3 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Sie fielen nicht unter die "allgemeinen Krankenhausleistungen" iS der § 10 Abs 2, § 2 Abs 1 Satz 2, Abs 2 der Bundespflegesatzverordnung (BPflV), da zu diesen gerade nicht die Leistungen der Belegärzte gehörten. Die Versorgung des Neugeborenen auf der Belegsation sei nicht durch den allgemeinen Pflegesatz, der für den stationären Aufenthalt der Mutter anfalle, mit abgegolten. Die von ihm - dem Kläger - gegenüber den Neugeborenen erbrachten Leistungen würden von dem Krankenhaus nicht vorgehalten, sodass auch eine Doppelvergütung nicht anfalle.

Der Kläger beantragt,
das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 21. Februar 2002 hinsichtlich der Nrn 1, 5, 28, 29 und 7200 EBM-Ä und das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 21. März 2001 sowie den Bescheid der Beklagten vom 9. September 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Mai 1999 aufzuheben und die Revision der Beklagten zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 21. Februar 2002 hinsichtlich der Nrn 140, 1020 und 1040 EBM-Ä abzuändern, die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 21. März 2001 insoweit zurückzuweisen sowie die Revision des Klägers zurückzuweisen.

Die Beklagte macht mit ihrer Revision geltend, entgegen der Auffassung des LSG komme es nicht darauf an, dass die Leistungen der Nr 140, 1020 und 1040 EBM-Ä in unmittelbarem Zusammenhang mit der auf einer Belegabteilung erfolgten Geburt stünden. Bei der Geburtshilfe würden die allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 10 Abs 1 Nr 1 iVm § 11 BPflV dadurch vergütet, dass für die Versorgung der Mutter Pflegesätze im Wege von Fallpauschalen oder ggf von Sonderentgelt berechnet würden. Für die Versorgung des gesunden Neugeborenen könne zusätzlich eine gesonderte Fallpauschale gezahlt werden, sodass daneben belegärztliche Leistungen nicht zu vergüten seien. Die Abrechnung von Betreuungsleistungen gegenüber dem Neugeborenen setze voraus, dass dieses überhaupt einer Betreuung bedürfe. Das sei bei einem gesunden Neugeborenen nicht der Fall. Abrechnungen von Behandlungen bei Neugeborenen als stationäre Fälle führten im Übrigen zur Umgehung der im Honorarverteilungsmaßstab vorgesehenen Fallzahlbegrenzungsregelung, da belegärztliche Fälle auf die individuelle Fallzahl nicht angerechnet würden.

II

Die Revisionen des Klägers und der Beklagten sind nicht begründet. Zutreffend hat das LSG entschieden, dass der Kläger nur einen Anspruch auf Vergütung der im Kreißsaal erbrachten Leistungen nach Nr 140, 1020 und 1040 EBM-Ä hat. Die Revision der Beklagten, die das Urteil des LSG in diesem Punkt angreift, ist zurückzuweisen. Das gilt ebenso für die Revision des Klägers, mit der er die Vergütung der Leistungen Nr 1, 5, 28, 29 und 7200 EBM-Ä, die er gegenüber dem Säugling außerhalb des Kreißsaals erbracht hat, begehrt.

Der Anspruch des Klägers auf Honorierung seiner belegärztlichen Leistungen gegen die Beklagte ergibt sich aus § 121 Abs 3 Satz 1 SGB V idF durch das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 (BGBl I 2266). Danach sind belegärztliche Leistungen aus den vertragsärztlichen Gesamtvergütungen, die von den Krankenkassen (KKn) an die KÄV gezahlt werden, zu vergüten. Was sich als belegärztliche Leistungen im Sinne der genannten Vorschrift darstellt, erschließt sich aus den Regelungen der BPflV, die zwischen Krankenhausleistungen und belegärztlichen Leistungen differenziert.

Nach § 1 Abs 1 BPflV in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden und hier noch maßgeblichen Fassung ((aF), geändert mWv 1. Januar 2004 durch das Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002, BGBl I 1412) werden die vollstationären und teilstationäre Leistungen der Krankenhäuser nach dieser Verordnung vergütet. Der Begriff der Krankenhausleistungen iS des § 1 Abs 1 BPflV wird in § 2 Abs 1 und 2 BPflV definiert. Diese umfassen im Einzelnen bezeichnete Leistungen, wobei zwischen allgemeinen Krankenhausleistungen und Wahlleistungen unterschieden wird (§ 2 Abs 1 Satz 1 letzter Halbsatz BPflV). In § 2 Abs 1 Satz 2 BPflV ist bestimmt, dass zu den Krankenhausleistungen u a nicht die Leistungen der Belegärzte (§ 23 BPflV) gehören.

Nach dem in Bezug genommenen § 23 Abs 1 BPflV aF, der in Satz 1 aaO die Vorschrift des § 121 Abs 2 SGB V fast wörtlich wiederholt, sind Belegärzte im Sinne dieser Verordnung nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel stationär und teilstationär zu behandeln. Leistungen des Belegarztes sind nach Satz 2 aaO

1. seine persönlichen Leistungen,

2. der ärztliche Bereitschaftsdienst für Belegpatienten,

3. die von ihm veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden,

4. die von ihm veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.

Die Vorschrift § 23 Abs 1 Satz 2 BPflV aF legt somit in Nr 1 fest, dass alle persönlichen - und damit ärztlichen - Leistungen des Belegarztes belegärztliche Leistungen sind, soweit sie gegenüber den Belegpatienten des Belegarztes erbracht werden (ebenso Tuschen/Quaas, Bundespflegesatzverordnung, 5. Aufl 2001, Erläuterungen zu § 23 Abs 1 Satz 2 Nr 1). Damit stellt sich nicht die von den Beteiligten aufgeworfene Frage, inwieweit ärztliche Leistungen des Belegarztes gegenüber seinen Belegpatienten durch Pflegesätze, Fallpauschalen oder Sonderentgelte, die die KKn an das Krankenhaus zu zahlen haben, abgegolten sein können. Persönliche Leistungen des Belegarztes gegenüber seinen Belegpatienten werden nicht über Pflegesätze etc vergütet, weil es sich nicht um Krankenhausleistungen gemäß § 2 Abs 1 Satz 2 BPflV handelt.

Um Doppelleistungen, nämlich einerseits eine Vergütung der ärztlichen Leistungen aus den von den KKn an die KÄV zu leistenden Gesamtvergütungen, andererseits über die von den KKn an das Krankenhaus zu zahlenden Krankenhausentgelte zu vermeiden, bestimmt § 23 Abs 2 BPflV aF, dass die Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung für die Behandlung von Belegpatienten tagesgleiche Pflegesätze (Satz 1 aaO) bzw gesonderte Fallpauschalen und Sonderentgelte zu vereinbaren haben (Satz 2 aaO). Das bedeutet, es sind Krankenhausentgelte zu vereinbaren, die berücksichtigen, dass die üblicherweise im Krankenhaus von angestellten Ärzten erbrachten ärztlichen Leistungen bei Belegpatienten durch Belegärzte durchgeführt werden, also zu den vertragsärztlichen (ambulanten) Leistungen zählen und aus den von den KKn an die KÄV zu leistenden Gesamtvergütungen zu honorieren sind. Da der Belegarzt seine Honorierung aus den vertragsärztlichen Gesamtvergütungen erhält, sind in den Belegpflegesätzen keine Kosten der ärztlichen Dienste enthalten. Entsprechend sind die Fallpauschalen und Sonderentgelte für Belegpatienten niedriger als die Entgelte für hauptamtlich geführte

Krankenhausabteilungen, da sie um die Kostenanteile zu verringern sind, die der Belegarzt gegenüber der KÄV abrechnen kann (vgl zum Ganzen Tuschen/Quaas, aaO, Erläuterungen zu § 23 Abs 2).

Der Kläger kann nach allem nur solche Leistungen abrechnen, die er gegenüber seinen Belegpatienten erbracht hat. Belegpatient ist in den hier streitigen Fällen die Gebärende. Nicht gefolgt werden kann der Beklagten, soweit sie die Abrechenbarkeit der Leistungen Nr 140, 1020 und 1040 EBM-Ä verneint. Diese werden zwar gegenüber dem Feten bzw dem Neugeborenen erbracht, stehen aber, wie das LSG zu Recht entschieden hat, in unmittelbarem Zusammenhang mit der Behandlung der Gebärenden während und nach der Geburt und können daher von dem geburtsleitenden Gynäkologen berechnet werden. Während die - allgemeine - Betreuung des Neugeborenen unmittelbar nach der Entbindung von den nach Nr 1022 und 1025 EBM-Ä abzurechnenden Leistungen der "Leitung einer Geburt ..." erfasst wird, ist - von Notfallbehandlungen abgesehen, deren Vorliegen hier nicht geltend gemacht wird - die Leistung Nr 140 EBM-Ä (Neugeborenen-Erstuntersuchung) gesondert abrechenbar. Sie ist unmittelbar nach der Geburt vorzunehmen (vgl Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres, B 1. - Neugeborenen-Erstuntersuchung). Auch die Leistung Nr 1020 EBM-Ä (Blutentnahme beim Feten ...) kann der Gynäkologe abrechnen. Das gilt gleichfalls für eine Maßnahme der Reanimation, die der Gynäkologe zusätzlich zur Geburtsleitung nach Nr 1040 EBM-Ä (Reanimation eines asphyktischen Neugeborenen ...) berechnen kann (Kölner Kommentar zum EBM, 2. Aufl, Stand: 1. Oktober 2003, Anm zu Nr 1020-1022).

Ebenfalls zutreffend hat das LSG entschieden, dass die Beklagte die vom Kläger außerhalb des Kreißsaals während des Aufenthalts der Mutter auf der Belegstation gegenüber dem Säugling erbrachten Leistungen (Nr 1, 5, 28, 29 und 7200 EBM-Ä) zu Recht berichtigt hat. Die Abrechenbarkeit scheitert schon daran, dass er diese Leistungen nicht gegenüber seinen Belegpatienten (§ 23 Abs 1 Satz 1 iVm Satz 2 Nr 1 BPflV aF) erbracht hat; denn der Säugling ist nicht Belegpatient des Gynäkologen. Seine Behandlung kann der gynäkologische Belegarzt - von Notfällen abgesehen - nicht abrechnen. Sollte eine Behandlungsbedürftigkeit bestehen, sind ggf andere Ärzte zur Behandlung hinzuziehen. Eine solche Fallgestaltung liegt hier indessen nicht vor.

Nach allem haben die Revisionen der Beteiligten keinen Erfolg.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 1 und 4 SGG in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung (vgl BSG SozR 3-2500 § 116 Nr 24 S 115 ff).
Rechtskraft
Aus
Login
BRD
Saved
2004-05-17