

L 4 KA 43/06

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
4
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 719/05
Datum
29.03.2006
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 43/06
Datum
27.02.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 8/09 R
Datum
23.06.2010
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 29. März 2006 wird zurückgewiesen.

Der Kläger hat die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

Der Streitwert wird auf 5.489,00 Euro festgesetzt.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist noch die sachlich-rechnerische Berichtigung der Honorarabrechnungen der Quartale II/04 und III/04 hinsichtlich der bei Neugeborenen erbrachten Leistungen nach Nrn. 1 (Ordinationsgebühr), 5 (Nacht-, Wochenend-, Feiertagsgebühr), 28 (Regelvisite auf der Belegstation) und 7200 (Kostensatz bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) streitig.

Der Kläger ist als Frauenarzt mit der Zusatzbezeichnung Zytologie mit Praxissitz in AStadt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er ist zugleich Belegarzt in der Klinik X, in der eine kinderärztliche Station nicht vorhanden ist.

Mit Bescheid vom 22. Januar 2004 nahm die Beklagte eine sachlich-rechnerische Berichtigung der Honorarabrechnungen des Klägers für das Quartal III/03 vor. Gegen diesen Bescheid erhob der Kläger am 3. Februar 2004 Widerspruch.

Mit weiterem Bescheid vom 5. Oktober 2004 nahm die Beklagte eine sachlich-rechnerische Berichtigung für das Quartal II/04 vor und setzte bei 44 Neugeborenen die Nummern 1, 5, 28 und 7200 EBM-Ä ab. Zur Begründung führte sie aus, dass nach der BSG-Rechtsprechung (Urteil vom 10. Dezember 2003, Az.: [B 6 KA 43/02 R](#)) bei Säuglingen nur die Nrn. 140 (Neugeborenen-Erstuntersuchung), 1020 (Blutentnahme beim Feten und/oder Bestimmung des Säurebasenhaushalts und /oder des Gasdrucks im Blut des Feten, ggf. einschließlich pH-Messung) und 1040 EBM-Ä (Reanimation eines asphyktischen Neugeborenen mit Intubation, Beatmung und ggf. extrathorakaler Herzmassage) als belegärztliche Leistungen durch Gynäkologen abgerechnet werden könnten, da sie in unmittelbarem Zusammenhang mit der Geburt stünden. Alle weiteren Leistungen bei einem Neugeborenen - wie zum Beispiel die Nrn. 1, 5, 28, 29 (Einzelvisite auf der Belegstation, wegen der Erkrankung unverzüglich nach Bestellung ausgeführt), 7200 EBM-Ä - seien für den gynäkologischen Belegarzt, der diese Leistungen nicht gegenüber seinen Belegpatientinnen erbracht habe, nicht berechnungsfähig, denn der Säugling sei nicht Belegpatient des Gynäkologen. Sollte eine Behandlungsbedürftigkeit bestehen, seien gegebenenfalls andere Ärzte zur Behandlung hinzuzuziehen. Die Gebühr nach Nr. 5 EBM-Ä sei in 5 Fällen abgesetzt worden, da die eingetragene Uhrzeit (7:15 Uhr, 7:25 Uhr bzw. 7:35 Uhr) auf eine Einbestellung zu einer geplanten Operation hindeute. Hiergegen legte der Kläger 22. Oktober 2004 Widerspruch ein und verwies zur Begründung u. a. darauf, dass das genannte BSG-Urteil auf die Klinik X nicht übertragbar sei, da dort ausschließlich Belegärzte tätig seien. Wenn diese Neugeborene nicht behandeln dürften, dann müssten sie auch von der Verantwortung ihnen gegenüber freigestellt werden. Die Unzeitgebühr sei aufgrund der angegebenen Uhrzeit jeweils angefallen. Die angegebenen Patientinnen seien alle stationär behandelt und nicht zu einer ambulanten Operation einbestellt worden.

Mit Bescheid vom 16. Dezember 2004 nahm die Beklagte eine sachlich-rechnerische Berichtigung für das Quartal III/04 vor und setzte wiederum die bei Neugeborenen erbrachten Leistungen nach Nummern 1, 5, 28 und 7200 EBM-Ä in 30 Primär- und 16 Ersatzkassenfällen ab. Hiergegen legte der Kläger am 28. Dezember 2004 Widerspruch ein.

Nach Verbindung aller Widerspruchsverfahren wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 3. August 2005 als unbegründet zurück. Dies begründete sie u. a. damit, dass die Nr. 5 EBM-Ä im Quartal II/04 werktags an "Aufnahmetagen" zwischen 7:15 bzw. 7:25 Uhr und 7:35 Uhr abgerechnet worden sei. Es habe sich um Patienten gehandelt, die anlässlich einer Operation einbestellt worden seien. Die bei der Behandlung der Neugeborenen abgesetzten Leistungen seien nach der BSG-Rechtsprechung für gynäkologische Belegärzte - von Notfällen abgesehen - nicht berechnungsfähig.

Hiergegen hat der Kläger am 5. September 2005 Klage beim Sozialgericht Marburg (SG) erhoben. Mit Schriftsatz vom 22. März 2006 und Erklärung seines Prozessbevollmächtigten in der mündlichen Verhandlung vom 29. März 2006 hat er die Klage auf die Berichtigung der Honorarabrechnungen hinsichtlich der Leistungen bei Neugeborenen (Quartale II/04 und III/04) beschränkt. Zur Begründung hat er vorgetragen, dass er aufgrund seiner Qualifikation in der Lage sei, die Neugeborenen zu versorgen. Er verstoße nicht gegen die Regelungen der Weiterbildungsordnung und der Qualitätssicherung. Seit Jahren sei es ein Anliegen des Gesetzgebers, den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung die Leistungen "aus einer Hand" zur Verfügung zu stellen. Deutliches Beispiel seien nicht nur die Einführung des medizinischen Versorgungszentrums, sondern auch Einzelregelungen im Zusammenhang mit der integrierten Versorgung. Hier habe der Gesetzgeber sogar formuliert, dass unter der Voraussetzung, dass die Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit gewahrt bzw. verbessert werden, Ärzte Leistungen auch dann erbringen könnten, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs- und Ermächtigungsstatus nicht gedeckt sind (§ 140 b Abs. 4 Satz 3 SGB V). Was für die integrierte Versorgung zutrefte, müsse erst recht für die belegärztliche Versorgung der Mutter und des Neugeborenen gelten. Zur Geburtshilfe gehöre auch die ärztliche Betreuung in den Tagen nach der Geburt. Natürlich kontrolliere der Kläger auch nach Verlassen des Kreißsaales den Gesundheitszustand des Neugeborenen und veranlasse zum Beispiel Screening-Untersuchungen sowie Impfungen (Hepatitis B müsse innerhalb von 48 Stunden geimpft werden). Blicke es bei der BSG-Rechtsprechung, so wäre er von jeglicher Verantwortung gegenüber dem Neugeborenen auf der Wochenstation entbunden. Dies betreffe dann zum Beispiel Infektionen nach nicht durchgeführter Hepatitis-B-Impfung. Es mache keinen Sinn, über das Vergütungssystem neugeborene Kinder, die auf eine zeitnahe Betreuung angewiesen seien, von der medizinischen Versorgung fernzuhalten. Der Pflegesatz, den die Klinik für die Betreuung der Kinder erhalte, sei weit niedriger als der in sogenannten A-Häusern gezahlte, da dort im Gegensatz zum Belegkrankenhaus die ärztliche Leistung Inhalt des höheren Pflegesatzes sei.

Mit Urteil vom 29. März 2006 wies das SG die Klage ab. In den Entscheidungsgründen führte es im Wesentlichen aus, dass nach der den Beteiligten bekannten Rechtsprechung des BSG, von der abzuweichen es keine Veranlassung sehe, ein gynäkologischer Belegarzt nur solche Leistungen abrechnen könne, die er gegenüber seinen Belegpatienten erbracht habe. Belegpatienten seien die Gebärenden. Lediglich die Leistung nach Nrn. 140, 1020 und 1040 EBM-Ä würden zwar gegenüber dem Feten bzw. dem Neugeborenen erbracht, stünden aber in unmittelbarem Zusammenhang mit der Behandlung der Gebärenden während und nach der Geburt und könnten daher von dem geburtsleitenden Gynäkologen berechnet werden. Die vom gynäkologischen Belegarzt außerhalb des Kreißsaals während des Aufenthalts der Mutter auf der Belegstation gegenüber dem Säugling erbrachten Leistungen nach Nrn. 1, 5, 28, 29 und 7200 EBM-Ä könnten nicht abgerechnet werden, weil der gynäkologische Belegarzt diese Leistungen nicht gegenüber seinen Belegpatienten (§ 23 Abs. 1 Satz 1 i. V. m. Satz 2 Nr. 1 BpflV a. F.) erbracht habe; denn der Säugling sei nicht Belegpatient des Gynäkologen. Seine Behandlung könne der gynäkologische Belegarzt - von Notfällen abgesehen - nicht abrechnen. Sollte eine Behandlungsbedürftigkeit bestehen, seien gegebenenfalls andere Ärzte zur Behandlung hinzuzuziehen (vgl. BSG, Urteil vom 10. Dezember 2003, [a.a.O.](#)). Diese Rechtsprechung gelte für alle gynäkologischen Belegärzte. Im Ausgangsfall des BSG sei der klagende Arzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe als Belegarzt auf der Geburtshilfestation eines Krankenhauses tätig gewesen, eine kinderärztliche Station sei im Krankenhaus nicht vorhanden gewesen. Daher sei nicht ersichtlich, dass im Umfeld des Klägers abweichende Verhältnisse vorhanden wären. Soweit der Kläger auf seine Verantwortung gegenüber dem Neugeborenen verweise, habe das BSG bereits dargelegt, dass gegebenenfalls andere Ärzte zur Behandlung hinzuzuziehen seien. Eine Versorgungslücke für Neugeborene sei nicht ersichtlich.

Gegen das ihm am 13. April 2006 zugestellte Urteil hat der Kläger über seinen Prozessbevollmächtigten am 10. Mai 2006 Berufung beim SG eingelegt, mit der er sein Begehren weiterverfolgt. Ergänzend zu seinem bisherigen Vortrag hat er ausgeführt, die Neugeborenenabteilung der Klinik X werde vom Kinderkrankenhaus P. S. betrieben. Dorthin verlege der Kläger kranke und auffällige Neugeborene. Dazu bedürfe es aber einer Untersuchung, zu der er nach der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte im Land Hessen nach dem Stand vom 1. Januar 1995 auch befugt sei. Konsiliarisch kämen täglich Kinderärzte in die Klinik zur Durchführung der "U 2", weitere Untersuchungen würden von diesen nicht durchgeführt. Er veranlasse bei den Neugeborenen Blutuntersuchungen wie eine Bilirubinbestimmung, um eine Gelbsucht auszuschließen oder zu behandeln. Der von ihm für das Neugeborene ausgestellte Laborüberweisungsauftrag werde vom Labor ausgeführt und abgerechnet. Für die Durchführung der Screening-Untersuchung sei der Geburtshelfer laut Gesetz verantwortlich. Die Klinik X biete als Belegkrankenhaus keine ärztlichen Leistungen an. Die Auffassung des SG, die Behandlung von Kleinkindern durch den Kläger als Gynäkologen sei für diesen "fachfremd", sei unter Berücksichtigung des neuen EBM und der Regelung über die Facharztgrenzen im SGB V nicht sachgerecht.

Der Kläger beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 29. März 2006 sowie die Bescheide der Beklagten vom 5. Oktober 2004 und 16. Dezember 2004, beide in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 3. August 2005 aufzuheben, soweit Berichtigungen der Honorarabrechnungen hinsichtlich der Nummern 1, 5, 28 und 7200 EBM-Ä erfolgt sind.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des SG und die angefochtenen Bescheide für rechtmäßig.

Wegen weiterer Einzelheiten und des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakten Bezug genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Das Urteil des SG vom 29. März 2006 sowie die Bescheide der Beklagten vom 5. Oktober 2004 und 16. Dezember 2004, beide in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. August 2005, sind, soweit Berichtigungen der Honorarabrechnungen hinsichtlich der Nrn. 1, 5, 28 und 7200 EBM-Ä erfolgt sind, rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten.

Die kassenärztlichen Vereinigungen haben gemäß § 75 Abs. 2 Satz 2 1. Halbsatz Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch - SGB V - die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten, zu denen unter anderem die ordnungsgemäße Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen gehört, zu überwachen. Gemäß §§ 45 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), 34 Abs. 4 Ersatzkassenvertrag-Ärzte (EKV-Ä) ist die Beklagte berechtigt, die Honorarabrechnungen der Vertragsärzte auf sachliche und rechnerische Richtigkeit zu überprüfen und ggf. zu berichtigen.

Dem Kläger steht nach kein Anspruch auf Vergütung der an Neugeborenen abgerechneten Leistungen zu.

Nach [§ 121 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) sind belegärztliche Leistungen aus den vertragsärztlichen Gesamtvergütungen, die von den Krankenkassen an die kassenärztliche Vereinigung gezahlt werden, zu vergüten. Belegärzte sind gemäß [§ 121 Abs. 2 SGB V](#) nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, 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. Die Abgrenzung von belegärztlichen Leistungen und Krankenhausleistungen erfolgt im streitgegenständlichen Zeitraum noch nach den Regelungen der Bundespflegesatzverordnung (BpflV). Zu den belegärztlichen Leistungen gehören nach § 23 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 BpflV in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung (a. F.), die gemäß § 22 Abs. 2 BpflV n. F. bis 31. Dezember 2004 weiter anzuwenden war, die persönlichen Leistungen des Belegarztes, der ärztliche Bereitschaftsdienst für einen Belegpatienten (Nr. 2), die von ihm veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden (Nr. 3) sowie die von ihm veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses (Nr. 4). Durch das BSG wurde hierzu klargestellt, dass die Vorschrift des § 23 Abs. 1 Satz 2 BpflV a. F. in Nr. 1 festlegt, dass alle persönlichen und damit ärztlichen Leistungen des Belegarztes belegärztliche Leistungen sind, soweit sie gegenüber den Belegpatienten des Belegarztes erbracht werden. Danach stellt sich nicht die Frage, inwieweit ärztliche Leistungen des Belegarztes gegenüber seinen Belegpatienten durch Pflegesätze, Fallpauschalen oder Sonderentgelte, die die Krankenkassen 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 (BSG, Urteil vom 10. Dezember 2003; Az.: [B 6 KA 43/02 R](#)). Daher kommt es für den Anspruch des Klägers nicht darauf an, ob, wie von ihm vorgetragen, die Klinik X für die Betreuung der Kinder einen weit niedrigeren Pflegesatz erhält als den in den sogenannten A-Häusern gezahlten, weil dort im Gegensatz zum Belegkrankenhaus die ärztliche Leistung Inhalt des höheren Pflegesatzes ist.

Vielmehr kann der Kläger nur solche Leistungen abrechnen, die er gegenüber seinen Belegpatienten erbracht hat. Belegpatienten sind in den hier streitigen Fällen die Gebärenden. Anders als die nach Nrn. 140, 1020 und 1040 EBM-Ä gegenüber dem Feten bzw. dem Neugeborenen erbrachten Leistungen stehen die nach Nrn. 1, 5, 28 und 7200 EBM-Ä gegenüber dem Neugeborenen erbrachten Leistungen nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Behandlung der Gebärenden während und nach der Geburt und können daher nicht vom geburtsleitenden Belegarzt - von Notfällen abgesehen - berechnet werden. Sollte eine Behandlungsbedürftigkeit bestehen, sind nach der Rechtsprechung des BSG gegebenenfalls andere Ärzte zur Behandlung hinzuzuziehen. Eine Besonderheit ist auch nicht dadurch ersichtlich, dass in der Klinik X in der gynäkologischen Abteilung, in der u. a. Geburtshilfe geleistet wird, nur Belegärzte tätig sind. In dem vom BSG entschiedenen Fall war der Kläger ebenfalls als Belegarzt auf der Geburtshilfestation eines Krankenhauses tätig, eine kinderärztliche Station war nicht vorhanden. Unter Berücksichtigung des Vortrags des Klägers, dass täglich konsiliarisch Kinderärzte in die Klinik zur Durchführung der Untersuchung "U 2" kommen, ist davon auszugehen, dass er erforderlichenfalls zeitnah andere Ärzte hinzuzuziehen kann, um seiner Verantwortung gegenüber den Neugeborenen gerecht zu werden.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) i. V. m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), die endgültige Streitwertfestsetzung auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i. V. m. [§§ 63 Abs. 2 Satz 1, 47, 52 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG). Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorlagen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2016-03-09