

S 12 KA 719/05

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
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
Leitsätze

Die Leistungen nach Nr. 1, 5, 28 und 7200 EBM können von einem Frauen- und Belegarzt nicht bei einem Neugeborenen abgerechnet werden, auch wenn das Belegkrankenhaus keine Säuglingsstation hat. Es handelt sich nicht um belegärztliche Leistungen an seinem Belegpatienten. Es besteht keine Veranlassung, von BSG, Urte. v. 10.12.2003 - [B 6 KA 43/02 R](#) - [SozR 4-2500 § 121 Nr. 1](#) = [GesR 2004, 281](#) = [Breith 2004, 705](#) = KRS 03.052 abzuweichen.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Der Kläger hat der Beklagten die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten. Er hat auch die Gerichtskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten noch um eine sachlich-rechnerische Berichtigung in den zwei II und III/04 und hierbei um die Berichtigung der bei Neugeborenen erbrachten Leistungen nach Nr. 1, 5, 28 und 7200 EBM.

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

Mit Bescheid vom 22.01.2004 nahm die Beklagte eine sachlich-rechnerische Berichtigung in dem Quartal III/03 vor. U. a. setzte sie in zwei Fällen die Leistungen nach Nr. 155 und 4951 EBM ab, da hier eine Doppelabrechnung vorgenommen worden sei. Die Nr. 7103 EBM (Pauschalerstattung für Versandmaterial) sei vielfach zweimal im Behandlungsfall angesetzt worden, was aber nur einmal möglich sei.

Hiergegen legte der Kläger am 03.02.2004 Widerspruch ein. Zur Begründung trug er vor, er könne bzgl. der Nr. 7103 EBM, die im Rahmen seines zytologischen Einsendelabors anfalle, jeden Einzelfall begründen. Bei den drei ersten Patientinnen der vier Seiten langen Patientenliste handele es sich um die Bestimmung des HPV-Virus, eines Krebsvirus. Es lägen ihm separate Überweisungsscheine vor und jeder Befund werde in einem separaten Befundbericht an die Einsender übermittelt. In beiden Überweisungsfällen könne er die Nr. 7103 EBM ansetzen. Bei allen Patientinnen, deren Name nur einmal aufgeführt sei, handele es sich um eine zusätzlich angeforderte HPV-Bestimmung. Bei Patientinnen, deren Name zweimal aufgeführt sei, handele es sich um eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung mit auffälligem Ergebnis sowie um die kurative Kontrolluntersuchung nach Behandlung. Die Patientin K. Sch. habe die seltene anatomische Variante eines Uterus Duplex, weshalb der einsendende Arzt richtigerweise von der rechten wie linken Cervix uteri zwei separate Abstriche übermittelt habe. Die doppelte Ansetzung der Nr. 155 wäre hier wohl richtiger als die Nr. 4951 EBM neben der Nr. 155 EBM. In den Fällen Sch., St. und Z. sei im Labor ein Eingabefehler erfolgt. Es habe sich um eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung nach Nr. 155 gehandelt, die mit Nr. 4952 EBM und nicht - wie fälschlich eingegeben - mit Nr. 4951 EBM bzw. doppelte Nr. 155 EBM.

Mit Bescheid vom 05.10.2004 nahm die Beklagte eine sachlich-rechnerische Berichtigung in dem Quartal II/04 vor. Sie setzte die Nr. 1, 5, 28 und 7200 EBM ab. Der Kläger habe in 33 Primär- und 11 Ersatzkassenfällen diese Leistungen bei Neugeborenen abgerechnet. Nach der BSG-Rechtsprechung könnten aber nur die Nr. 140, 1020 und 1040 als belegärztliche Leistungen durch Gynäkologen abgerechnet werden. Die Gebühr nach Nr. 5 EBM sei in fünf Fällen abgesetzt worden, da die eingetragene Uhrzeit (7.25 Uhr bzw. 7.35 Uhr) auf eine Einbestellung zu einer geplanten Operation hindeute.

Hiergegen legte der Kläger am 22.10.2004 Widerspruch ein. Zur Begründung trug er vor, er verweise auf die Widersprüche der Kollegen S. und K ... Das genannte BSG-Urteil sei auf die Klinik X. nicht übertragbar. Dort seien nur Belegärzte tätig. Wenn sie Neugeborene nicht

behandeln dürften, dann müssten sie auch von der Verantwortung ihnen gegenüber freigestellt werden. Die Unzeitgebühr sei aufgrund der angegebenen Uhrzeit jeweils angefallen. Sie seien alle stationär behandelt und nicht zu einer ambulanten Operation einbestellt worden.

Mit Bescheid vom 16.12.2004 nahm die Beklagte eine sachlich-rechnerische Berichtigung in dem Quartal III/04 vor und setzte wiederum die bei Neugeborenen erbrachten Leistungen nach Nr. 1, 5, 28 und 7200 EBM in 30 Primär- und 16 Ersatzkassenfällen ab.

Hiergegen legte der Kläger am 28.12.2004 Widerspruch ein.

Die Beklagte verband alle drei Widerspruchsverfahren.

Mit Widerspruchsbescheid vom 03.08.2005, zugestellt am 05.08., wies die Beklagte den Widerspruch zurück. In der Begründung führte sie u. a. aus, die Nr. 5 sei an "Aufnahmetagen" zwischen 7.25 Uhr und 7.35 Uhr abgerechnet worden. Es habe sich um einbestellte Patienten gehandelt. Die bei der Behandlung der Neugeborenen abgesetzten Leistungen seien nach der BSG-Rechtsprechung für gynäkologische Belegärzte nicht berechnungsfähig.

Hiergegen hat der Kläger am 05.09.2005 die Klage erhoben. Mit Schriftsatz seines Prozessbevollmächtigten vom 22.03.2006 hat er auf Nachfrage des Gerichts die Klage ausdrücklich auf die Berichtigung der Leistungen bei Neugeborenen beschränkt. Sein Prozessbevollmächtigter hat in der mündlichen Verhandlung bestätigt, dass damit die Berichtigungen im Quartal II/03 nicht mehr streitig seien.

Der Kläger trägt vor, er sei qualitativ in der Lage, die Neugeborenen zu versorgen. Er verstoße nicht gegen die Regelungen der Weiterbildungsordnung und der Qualitätssicherung. Die Klinik X. habe eine große belegärztliche gynäkologische Abteilung, in der vor allem auch Geburtshilfe geleistet werde. Zur Geburtshilfe gehöre auch die ärztliche Betreuung in den Tagen nach der Geburt. Blicke es bei der BSG-Rechtsprechung, so wäre er von jeglicher Verantwortung gegenüber dem Neugeborenen auf der Wochenstation entbunden. Es mache keinen Sinn, über das Vergütungssystem neugeborene Kinder gleichsam von der medizinischen Versorgung fernzuhalten. Der Pflegesatz für die Kinder sei sehr gering.

Der Kläger beantragt, die Bescheide der Beklagten vom 05.10.2004 und vom 16.12.2004, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.08.2005 aufzuheben, soweit Berichtigungen der Nr. 1, 5, 28 und 7200 EBM erfolgt sind.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf den angefochtenen Widerspruchsbescheid. Ergänzend führt sie aus, nach der Klagebegründung wende sich der Kläger nur noch gegen die Absetzungen bei der Behandlung Neugeborener. Es handele sich hierbei um eine sachlich-rechnerische Richtigstellung. Sie verweise auf die Entscheidungsgründe der Urteile des BSG, Urteil vom 10. Dezember 2003, Az: [B 6 KA 43/02 R](#) und des LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 21. Februar 2002, Az: [L 5 KA 41/01](#). Der Kläger könne nur gegenüber Belegpatienten erbrachte Leistungen abrechnen. Das Neugeborene sei kein Belegpatient. Es handele sich um Krankenhausleistungen, die über den Pflegesatz abzugelten seien.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -).

Die zulässige Klage ist unbegründet. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten vom 05.10.2004 und vom 16.12.2004, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.08.2005 sind, soweit Berichtigungen der Nr. 1, 5, 28 und 7200 EBM erfolgt sind, rechtmäßig. Sie waren daher nicht aufzuheben. Die Klage war abzuweisen.

Die Beklagte war grundsätzlich zuständig für die sachlich-rechnerische Berichtigung.

Nach [§ 75 Abs. 1 SGB V](#) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die vertragsärztliche Versorgung sicher zu stellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Nach [§ 75 Abs. 2 Satz 2 1. Halbsatz](#) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Zu den Pflichten der Vertragsärzte gehört unter anderem auch eine ordnungsgemäße Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen. Es obliegt deshalb nach [§ 45 des Bundesmantelvertrages-Ärzte \(BMV-Ä\)](#) bzw. [§ 34 des Ersatzkassenvertrages-Ärzte \(EKV-Ä\)](#) der Beklagten, die vom Vertragsarzt eingereichten Honoraranforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. zu berichtigen.

Die Beklagte hat zu Recht die Berichtigungen der Leistungen nach Nr. 1, 5, 28 und 7200 EBM, soweit sie bei Neugeborenen erbracht wurden, vorgenommen.

Nach der den Beteiligten bekannten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, von der abzuweichen die Kammer keine Veranlassung sieht, kann ein gynäkologischer Belegarzt nur solche Leistungen abrechnen, die er gegenüber seinen Belegpatienten erbracht hat. Belegpatient ist die Gebärende. Lediglich die Leistungen nach Nr. 140, 1020 und 1040 EBM werden zwar gegenüber dem Feten bzw. dem Neugeborenen erbracht, stehen aber in unmittelbarem Zusammenhang mit der Behandlung der Gebärenden während und nach der Geburt und können 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 Nr. 1, 5, 28, 29 und 7200 EBM können

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 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 (vgl. BSG, Urteil vom 10. Dezember 2003, Az: [B 6 KA 43/02 R](#), [SozR 4-2500 § 121 Nr. 1](#) = [GesR 2004, 281](#) = Breith 2004, 705 = KRS 03.052, zitiert nach juris Rdnr. 17 f.)

Diese Rechtsprechung gilt für alle gynäkologischen Belegärzte. Im Ausgangsfall des BSG war der klagende Arzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe als Belegarzt auf der Geburtshilfestation eines Krankenhauses tätig; eine kinderärztliche Station war im Krankenhaus nicht vorhanden. Von daher ist nicht ersichtlich, dass im Umfeld des Klägers abweichende Verhältnisse vorhanden wären. Soweit der Kläger auf seine Verantwortung gegenüber dem Neugeborenen verweist, hat bereits das BSG dargelegt, dass ggf. andere Ärzte zur Behandlung hinzuziehen sind. Gerade dann, wenn die Verantwortung ernst genommen wird, wird der belegärztliche Gynäkologe andere Ärzte hinzuziehen. Eine Versorgungslücke für Neugeborene ist nicht ersichtlich.

Im Ergebnis war die Klage daher abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2016-03-09