L 12 KA 20/00

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 38 KA 1122/98
Datum
09.02.2000
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 12 KA 20/00
Datum
25.07.2001
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 9. Februar 2000 wird zurückgewiesen.
II. Der Kläger hat der Beklagten auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob im 1. und 2. Quartal 1996 der Kostenersatz bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Höhe von DM 5,- (BMÄ) bzw. DM 6,- (E-GO) je Patient und Pflegetag (Nr.7200 BMÄ/E-GO) auch von einem Anästhesisten abgerechnet werden konnte, der nicht als Belegarzt anerkannt war. Der Streitwert beträgt nach Angaben der Beklagten DM 31.653,-.

Der Kläger nahm im streitigen Zeitraum als Anästhesist in München an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Sein Antrag auf Anerkennung als Belegarzt für die Frauenklinik Dr.K. in München vom 20. Mai 1996 wurde von der Beklagten mit Bescheid vom 18. Juli 1996 abgelehnt. Der dagegen eingelegte Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 16. September 1996 zurückgewiesen.

Mit Bescheiden vom 30. Juli 1996 und 22. Oktober 1996 wurden von den Honorarabrechnungen des Klägers für die Quartale 1/96 und 2/96 insgesamt 5.864 Leistungen nach Nr. 7200 BMÄ/E-GO abgesetzt, weil diese für das Gebiet Anästhesiologie fachfremd seien.

Seine dagegen eingelegten Widersprüche begründete der Kläger im Wesentlichen damit, dass er ausschließlich im Bereich der Anästhesie an der Klinik Dr.K. tätig sei. In dieser Klinik sei zusätzlich zum gynäkologischen Bereitschaftsdienst auch ein anästhesiologischer Bereitschaftsdienst eingerichtet, der von einem Dauerassistenten, einer Ausbildungsassistentin und ihm getragen werde. Dieser Bereitschaftsdienst sei an der Klinik mit einer umfangreichen geburtshilflichen Aktivität unabdingbar. Er werde von ihm selbst finanziert.

Mit gleichlautenden Widerspruchsbescheiden vom 28. Mai 1998 wies die Beklagte die Widersprüche zurück. Die ärztliche Präsenz im Krankenhaus (Bereitschaftsdienst) für Belegarztfälle sei grundsätzlich von den Belegärzten sicherzustellen. Soweit dies aufgrund der geringen Zahl von Belegärzten (zuzüglich der von der KVB genehmigten Assistenten) an einem Krankenhaus nicht möglich sei, hätten die Belegärzte die Sicherstellung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegarztfälle durch eine Vereinbarung mit dem Krankenhausträger und dem Partner der Gesamtverträge zu regeln (Anlage C zum Gestamtvertrag, Kap. IV sowie Anlage 3 zum Gesamtvertrag Ersatzkassen Kap. IV). Als Kostenersatz bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes werde je Patient und Pflegetag eine Pauschale erstattet, die mit der Nr.7200 BMÄ/E-GO abgerechnet werden könne. Diese Pauschale könne nur von Ärzten geltend gemacht werden, die im Besitz einer Anerkennung als Belegarzt seien. Nachdem hier eine Anerkennung als Belegarzt nicht vorliege, sei die Absetzung der Nr.7200 BMÄ/E-GO zu Recht erfolgt.

Gegen diese am 12. Juni 1998 zugestellten Bescheide ließ der Kläger am 3. Juli 1998 jeweils Klage erheben (Az.: S 38 KA 1122/98 und S 38 KA 1124/98). Diese Klagen wurden mit Schriftsätzen vom 13. Januar 2000 im Wesentlichen wie folgt begründet: Es sei zwar zutreffend, dass der Kläger keine Belegarztanerkennung habe. Dies sei im Ergebnis aber nicht entscheidend. Die Aufgaben des von ihm vorzuhaltenden Bereitschaftsdienstes unterschieden sich von Sinn und Zweck in keiner Weise vom Bereitschaftsdienst der Organ-Fachärzte. Es stelle sich die Frage, ob die Handhabung der Beklagten, dem Kläger die Leistungsposition nach Nr.7200 BMÄ/E-GO zu verweigern, mit Art.3 Abs.1 GG vereinbar sei. Das Bundessozialgericht habe in seinem Urteil vom 20. Januar 1999, Az.: B 6 KA 16/98 R, zur Nr.16 festgetellt, dass sich Leistungspositionen auch an Art.3 Abs.1 GG messen lassen müssten. Der hier zugrunde liegende Sachverhalt sei rechtlich vergleichbar. Auch der Kläger müsse einen Bereitschaftsdienst vorhalten. Der einzige Grund, warum ihm eine Belegarztanerkennung versagt worden sei,

bestehe darin, dass er als Anästhesist nicht als bettenführender Arzt angesehen werde. Dies wirke sich aber im Rahmen des tatsächlich vorgehaltenen Bereitschaftsdienstes nicht aus.

In der mündlichen Verhandlung wurde dieses Vorbringen dahingehend ergänzt, dass der Kläger den Bereitschaftsdienst nicht selbst durchführe, sondern dieser durch den Dauerassistenten und die Ausbildungsassistentin sichergestellt werde. Getrennt davon werde ein Bereitschaftsdienst für den gynäkologischen Bereich vorgehalten.

Der Kläger beantragte, die Bescheide der Beklagten vom 30. Juli 1996 (Quartal 1/96) und 22. Oktober 1996 (Quartal 2/96) in der Fassung der Widerspruchsbescheide vom 28. Mai 1998 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, über sein Begehren auf Anerkennung der Gebührenposition 7200 BMÄ/E-GO für Leistungen in den Quartalen 1/96 und 2/96 nach deren Neuregelungen durch den Bewertungsausschuss unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

Die Beklagte beantragte, die Klagen abzuweisen.

Sie wies in der mündlichen Verhandlung darauf hin, dass eine Belegarztanerkennung auch deshalb nicht erfolgen könne, weil es sich bei der Frauenklinik Dr.K. um ein Fachkrankenhaus mit der im Krankenhausplan eingetragenen Fachrichtung Frauenheilkunde und Geburtshilfe handele. Die Fachrichtung Anästhesiologie sei im Krankenhausplan nicht verzeichnet. Anlage C Primärkassen bzw. Anlage 3 Ersatzkassen zum Gesamtvertrag unterschieden zwischen den abrechnungsfähigen Leistungen von Ärzten, die der Belegarzt hinzuziehe, und solchen, die der Belegarzt selbst erbringen könne.

Mit Urteil vom 9. Februar 2000 wies das Sozialgericht die Klagen ab. Diese Entscheidung stützte es im Wesentlichen auf folgende Erwägungen: Bei der Auslegung der vertraglich vereinbarten Leistungslegenden sei den Gerichten große Zurückhaltung auferlegt. Sie hätten sich nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung in erster Linie am Wortlaut zu orientieren. Die Gebührenordnungsposition 7200 BMÄ/E-GO laute: "Kostenersatz bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes, je Patient und Pflegetag." Folglich handele es sich um eine Unkostenpauschale, die nach dem ausdrücklichen Wortlaut nur dem Belegarzt vorbehalten sei. Der Kläger sei mangels Belegarztanerkennung kein Belegarzt. Die Beschränkung auf die Belegärzte sei nicht verfassungswidrig. Anders als in der Entscheidung des Bundessozialgerichts im Urteil vom 20. Januar 1999, Az.: B 6 KA 16/98 R, seien sachliche Gründe erkennbar, weshalb die Gebührenordnungsposition 7200 BMÄ/E-GO nur für Belegärzte abrechenbar sei. Nach Eingriffen sei es typischerweise Aufgabe des Belegarztes, die Verantworung für seine Belegarztfälle zu übernehmen, nicht die des während des Eingriffs zuständigen Anästhesisten. Deshalb gehöre es auch zur Aufgabe der Belegärzte, den Bereitschaftsdienst sicherzustellen. Dies ergebe sich aus Anlage C zum Gesamtvertrag Kapitel IV bzw. Gesamtvertrag Ersatzkassen Anlage 3 Kap. IV. Danach sei die ärztliche Präsenz im Krankenhaus (Bereitschaftsdienst) für Belegarztfälle grundsätzlich von den Belegärzten sicherzustellen. Soweit dies aufgrund der geringen Zahl von Belegärzten (zuzüglich der von der KVB genehmigten Assistenten) an einem Krankenhaus nicht möglich sei, hätten die Belegärzte die Sicherstellung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für ihre Belegarztfälle durch eine Vereinbarung mit den Krankenhausträgern und den Partnern der Gesamtverträge zu regeln. Wenn der Kläger geltend mache, es werde in der betreffenden Klinik neben dem gynäkologischen Bereitschaftsdienst auch ein anästhesiologischer Bereitschaftsdienst vorgehalten, so sei dies eine freiwillige Leistung des Klägers. Zudem sei der vorliegende Sachverhalt, von dem vom Bundessozialgericht entschiedenen Fall vollkommen verschieden. Dort sei eine Leistung im Streit gewesen, hier gehe es um eine Unkostenpauschale.

Gegen das am 10. März 2000 zugestellte Urteil hat der Kläger am 6. April 2000 Berufung einlegen lassen. Diese wird mit Schriftsatz vom 31. Mai 2000 wie folgt begründet: Die Argumente des Sozialgerichts überzeugten nicht. Der Auffassung, die Vorhaltung eines anästhesiologischen Bereitschaftsdienstes sei mehr oder weniger das Privatvergnügen des Klägers, verkenne die Voraussetzungen einer ordnungsgemäß geführten gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung. Nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe über Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen aus dem Jahre 1995 solle ein Anästhesist innerhab von 10 Minuten im Krankenhaus verfügbar sein. Er könne seinen Dienst in Rufbereitschaft ableisten. Voraussetzung sei allerdings, dass vorbereitende Arbeiten durch im Haus anwesendes Fachpersonal bis zum Eintreffen des Anästhesisten kompetent erbracht werden könnten. Nach der Vereinbarung über die Zusammenarbeit in der operativen Gynäkologie und in der Geburtshilfe zwischen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten einerseits mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und dem Berufsverband der Frauenärzte andererseits aus dem Jahre 1996 sei auf einer geburtshilflichen Abteilung ein 24-stündiger Anästhesie-Bereitschaftsdienst an 7 Tagen in der Woche zu gewährleisten. Diese Vereinbarungen seien keineswegs rechtlich irrelevant, sondern als Konkretisierung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt anzusehen. Dieser zivilrechtliche Standard sei auch im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zu beachten. Ihrem Inhalt nach handele es sich auch bei der Vorhaltung eines Bereitschaftsdienstes um eine Dienstleistung, die in der Gebührenordnung mit einem bestimmten Entgelt versehen sei. Auch der vom Anästhesisten vorzuhaltende bezahlte Dienst sei sowohl vom Inhalt als auch der Zielsetzung her mit dem Bereitschaftsdienst der Belegärzte deckungsgleich.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 9. Februar 2000 und die Bescheide der Beklagten vom 30. Juli 1996 (Quartal 1/96) und 22. Oktober 1996 (Quartal 2/96) in der Fassung der jeweiligen Widerspruchsbescheide vom 28. Mai 1998 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, über sein Begehren auf Anerkennung der Gebührenordnungsnummer 7200 BMÄ/E-GO für Leistungen in den Quartalen 1/96 und 2/96 nach deren Neuregelung durch den Bewertungsausschuss unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des Sozialgerichts München vom 9. Februar 2000 für zutreffend.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakten der Beklagten (sachlich- rechnerische Richtigstellung 1/96 und 2/96), die Klageakten (Az.: S 38 KA

1122/98 und S 38 KA 1124/98) sowie die Berufungsakte (Az.: L 12 KA 20/00) vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren sonstigen Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die nach § 143 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte sowie gemäß 151 Abs.1 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist nicht begründet. Die angefochtenen Bescheide vom 30. Juli 1996 und 22. Oktober 1996 in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 28. Mai 1998, mit der die Beklagte 5.864 Leistungen nach Nr.7200 BMÄ/E-GO von den Honorarabrechnunen des Klägers für die Quartale 1/96 und 2/96 abgesetzt hat, sind rechtlich nicht zu beanstanden, denn dem Kläger steht insoweit kein Honorar zu. Die Beschränkung der Abrechnungsfähigkeit dieser Gebührenordnungsposition auf Belegärzte verstößt auch nicht gegen Art.3 Abs.1 GG. Das Sozialgericht hat deshalb mit dem angefochtenen Urteil vom 9. Februar 2000 die dagegen erhobene kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage zu Recht abgewiesen.

Sozialgericht und Beklagte haben die Gebührenordnungsposition Nr.7200 BMÄ/E-GO zutreffend ausgelegt und angewandt, wenn sie davon ausgehen, dass diese Unkostenpauschale in Höhe von DM 5,- (Primärkassen) bzw. DM 6,- (Ersatzkassen) pro Patient und Behandlungstag nur vom Belegarzt abgerechnet werden kann. Die Beschränkung der Abrechnungsgsfähigkeit ergibt sich aus dem klaren und eindeutigen Wortlaut der Leistungslegende der Nr.7200 BMÄ/E-GO. Diese lautete in den streitgegenständlichen Quartalen: "Kostenersatz bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes, je Patient und Pflegetag". Da den Gerichten nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. zuletzt BSG SozR 3-5555 § 10 Nr.1 S.4, BSG SozR 3-5533 Nr. 2449 Nr.1 S.3; BSG, MedR 2000, 201; BSG SozR 3-5533 Nr.100 Nr.1 S.4 f.), der sich der Senat stets angeschlossen hat (vgl. zuletzt: Urteile vom 28. Juni 2000, Az: L 12 KA 173/98 S.16 und vom 24. Januar 2001, Az.: L 12 KA 38/99 S.10) wegen des vertraglichen Charakters von Gebührenordnungsregelungen bei der Auslegung Zurückhaltung auferlegt ist, sind Vergütungststatbestände entsprechend ihrem Wortlaut auszulegen und anzuwenden. Ausdehnende Auslegungen und Analogien sind deshalb unzulässig. So liegt der Fall auch hier, worauf schon zutreffend das Sozialgericht hingwiesen hat, so dass insoweit gemäß § 153 Abs.1 SGG auf die Gründe des Urteils vom 9. Februar 2000 Bezug genommen wird.

Die Beschränkung der Abrechenbarkeit der Nr.7200 BMÄ/E-GO auf Belegärzte verstößt nicht gegen höherrangiges Recht. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. BSG SozR 3-2500 § 87 Nr.21 S.109), der sich der Senat ebenfalls angeschlossen hat (vgl. Urteil vom 11. Oktober 2000, Az.: L 12 KA 4/97 S.9), sind vertragliche Abrechnungsbestimmungen auch am Maßstab des Art.3 Abs.1 GG zu messen, wenn eine Regelung eine Vergütung nur einer Arztgruppe gewährt, obgleich die Leistung auch von anderen Arztgruppen erbracht werden kann. Gemessen an diesem Maßstab erweist sich die Beschränkung der Abrechnungsfähigkeit der Nr.7200 BMÄ/E-GO nicht als rechtswidrig. Für den Ausschluss der Anästhesisten, die - wie der Käger - einen Bereitschaftsdienst vorhalten, sind hinreichend gewichtige sachliche Gründe gegeben, die nach Art und Gewicht eine Differenzierung zwischen beiden Personengruppen rechtfertigen (vgl. BVerfG 88, 87 (96 f.); 98,1 (12); 98, 365 (389)).

Rechtsgrundlage für die Verpflichtung der Krankenkassen, das Vorhalten eines ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten zu vergüten, ist § 121 Abs.3 Satz 3 Nr.1 SGB V. Nach der übereinstimmenden Legaldefinition des § 121 Abs.2 SGB V und des § 23 Abs.1 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) vom 26. September 1994 (BGBl.I S.2750) sind Belegärzte nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel stationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. Nach § 23 Abs.1 Satz 2 der BPflV gehört das Vorhalten eines ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten zu den belegärztlichen Leistungen. Diese werden aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet, wobei die Besonderheiten der belegärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen sind (§ 121 Abs.3 Sätze 1 und 2 SGB V). Hierzu gehören leistungsgerechte Entgelte u.a. für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten (§ 121 Abs.3 Satz 3 Nr.1 SGB V). Diese gesetzlichen Vorgaben haben die Vertragspartner der Bundesmantelverträge in § 39 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) vom 19. Dezember 1994 bzw. in § 31 des Arzt-/Ersatzkassenvertrags (EKV-Ä) vom 7. Juni 1994 umgesetzt. Nach deren Abs.5 Satz 1 ist der Belegarzt verpflichtet, einen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten vorzuhalten, für den von den Krankenkassen ein leistungsgerechtes Entgelt zu zahlen ist. Entsprechend dem Auftrag an die Partner der Gesamtverträge in § 39 Abs.5 Satz 2 BMV-Ä bzw. § 31 Abs.5 Satz 2 EKV-Ä, das Nähere auf Landesebene zu regeln, haben diese in der Anlage C zum bayerischen Gesamtvertrag-Primärkassen bzw. in der Anlage 3 zum bayerischen Gesamtvertrag-Ersatzkassen jeweils im Abschnitt IV folgendes Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten vereinbart: "Als Kostenersatz bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes werden je Patient und Pflegetag 5,- DM (Primärkassen) bzw. DM 6,- (Ersatzkassen) erstattet. Hierfür ist die Nr.7200 BMÄ/E-GO in der Abrechnung einzutragen."

Bei der hier streitigen Vergütungsregelung nach Nr. 7200 BMÄ/ E-GO handelt es sich demnach um eine spezielle Regelung für Belegärzte, mit denen deren Verpflichtung, einen Bereitschaftsdienst vorzuhalten, abgegolten wird.

Es ist von Verfassungs wegen nicht geboten, Anästhesisten - wie den Kläger - insoweit gleich zu behandeln. Der Kläger ist ein zur Durchführung von Narkosen/Anästhesien vom Belegarzt hinzugezogener Arzt (§ 41 Abs.6 und 7 BMV-Ä; § 33 Abs.6 und 7 EKV-Ä), der für seine Leistungen gemäß Abschnitt III der Anlage C zum Gesamtvertrag-Primärkassen bzw. der Anlage 3 zum Gesamtvertrag-Ersatzkassen Anspruch auf Vergütung hat. Zur Vorhaltung eines eigenen Bereitschaftsdienstes ist er aufgrund vertragsarztrechtlicher Bestimmungen nicht verpflichtet. Dass er, wie in der Berufungsbegründung vorgetragen, aus zivil(haftungs-)rechtlichen Gründen einen eigenen Bereitschaftsdienst vorhält und diesen auch aus eigenen Mitteln bezahlt, hat auf seinen Vergütungsanspruch gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen keine Auswirkungen. Insbesondere ändert dies nichts daran, dass der Kläger den Bereitschaftsdienst freiwillig vorhält und lediglich im eigenen Interesse eine zivilrechtliche Obliegenheit erfüllt, um keine rechtlichen Nachteile (Verpflichtung zum Schadensersatz) zu erleiden (zur Obliegenheit: Palandt, BGB, 59. Auflage, § 241 Rdnr.16). Auf diese Freiwilligkeit als hinreichend gewichtigen Differenzierungsgrund hat schon das Sozialgericht zutreffend abgestellt. Diese rechtfertigt es im Vergleich zur Vorhaltepflicht des Belegarztes, Anästhesisten, wie den Kläger, von der Vergütung des Kostenersatzes nach Nr.7200 BMÄ/E-GO auszuschließen.

Aus diesen Gründen ist die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 9. Februar 2000 zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus § 193 Abs.1 und Abs.4 Satz 2 SGG i.d.F. des Gesundheitsstrukturgesetzes und beruht auf der Erwägung, dass die Beklagte auch im Berufungsverfahren obsiegt hat.

Gründe, die Revision nach § 160 Abs.2 Nrn.1 und 2 SGG zuzulassen, liegen nicht vor. Die grundsätzliche Frage, dass Abrechnungsbestimmungen von den Gerichten auch am Gleichbehandlungsgrundsatz des Art.3 Abs.1 GG zu messen sind, ist bereits höchstrichterlich geklärt (vgl. BSG SozR 3-2500 § 87 Nr.21).
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2005-01-19