S 1 KA 261/99

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land Bundesrepublik Deutschland

Sozialgericht Bundessozialgericht

Sachgebiet Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

Kategorie Urteil

Bemerkung -Rechtskraft -

Deskriptoren Gynäkologischer Belegarzt

Abrechnung von Leistungen aufgrund der

Behandlung eines Neugeborenen

Belegpatient

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.

Normenkette SGB V § 121 Abs 3 S 1 F: 1992-12-21

BPfIV § 1 Abs 1 J: 1994 F: 1994-09-26 BPfIV § 2 Abs 1 S 2 J: 1994 F: 1994-09-26 BPfIV § 23 Abs 1 S 1 J: 1994 F: 1997-12-09

BPfIV § 23 Abs 1 S 2 Nr 1 J: 1994 F:

1997-12-09

BPfIV § 23 Abs 2 |: 1994 F: 1997-12-09

SGB V § 87 Abs 1

EBM-Ä Nr 1

EBM-Ä Nr 5

EBM-Ä Nr 28

EBM-Ä Nr 29

EBM-Ä Nr 140

EBM-Ä Nr 1020

EBM-Ä Nr 1040

EBM-Ä Nr 7200

1. Instanz

Aktenzeichen S 1 KA 261/99

Datum 21.03.2001

2. Instanz

Aktenzeichen L 5 KA 41/01

Datum 21.02.2002

3. Instanz

Datum 10.12.2003

Die Revisionen des Klägers und der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 21. Februar 2002 werden zurÃ⅓ckgewiesen. Der Kläger hat 4/5 der auÃ∏ergerichtlichen Kosten der Beklagten fÃ⅓r das Revisionsverfahren zu erstatten. Die Beklagte hat 1/5 der auÃ∏ergerichtlichen Kosten des Klägers fÃ⅓r das Revisionsverfahren zu erstatten.

Gründe:

Ī

Die Beteiligten streiten $\tilde{A}^{1}/4$ ber die Verg $\tilde{A}^{1}/4$ tung von Behandlungen, die der Kl \tilde{A} \times ger als Belegarzt an Neugeborenen erbracht hat.

Der KlĤger, 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 KassenĤrztlichen Vereinigung (KÃ□V) berichtigte die Honoraranforderung des Klägers fýr das Quartal II/1998 in 35 FäIlen, in denen dieser die Behandlung von Neugeborenen als stationäre belegärztliche FäIle abgerechnet hatte, und setzte insoweit die geltend gemachten Leistungen Nr 1, 5, 28, 29, 140, 1020, 1040 und 7200 des Einheitlichen BewertungsmaÃ□stabes für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ã□) 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 KlĤgers 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 â[;) und 1040 EBM-Ã[(Reanimation eines asphyktischen Neugeborenen â[;) von der Honoraranforderung abgesetzt worden waren. Hinsichtlich der Leistungen Nr 1, 5, 28, 29 und 7200 EBM-Ã[(Ordinationsgebýhr, 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 Vergþtung

mit Fallpauschalen bei den Kosten für die Versorgung der Mutter mit abgegolten.

Mit seiner Revision rýgt der Kläger, die Vergütung der Leistungen Nr 1, 5, 28, 29 und 7200 EBM-Ã☐ 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-Ã☐ 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 â☐☐ dem Kläger â☐☐ gegenüber den Neugeborenen erbrachten Leistungen wÃ⅓rden von dem Krankenhaus nicht vorgehalten, sodass auch eine DoppelvergÃ⅓tung nicht anfalle.

Der KlĤger beantragt,

das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 21. Februar 2002 hinsichtlich der Nrn 1, 5, 28, 29 und 7200 EBM-Ã□ 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-à abzuà ndern, die Berufung des Klà gers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 21. Mà zrz 2001 insoweit zurà 4ckzuweisen sowie die Revision des Klà gers zurà 4ckzuweisen.

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-à 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 PflegesÃxtze im Wege von Fallpauschalen oder ggf von Sonderentgelt berechnet würden. Für die Versorgung des gesunden Neugeborenen könne zusÃxtzlich eine gesonderte Fallpauschale gezahlt werden, sodass daneben belegÃxrztliche 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 stationÃxre FÃxlle führten im Ã□brigen zur Umgehung der im HonorarverteilungsmaÃ□stab vorgesehenen Fallzahlbegrenzungsregelung, da belegÃxrztliche FÃxlle auf die individuelle Fallzahl nicht angerechnet würden.

Ш

Die Revisionen des KlAzgers und der Beklagten sind nicht begrA1/4ndet. Zutreffend

hat das LSG entschieden, dass der KlÃ $^{\rm m}$ ger nur einen Anspruch auf VergÃ $^{\rm 1}$ 4tung der im KreiÃ $^{\rm m}$ saal erbrachten Leistungen nach Nr 140, 1020 und 1040 EBM-Ã $^{\rm m}$ hat. Die Revision der Beklagten, die das Urteil des LSG in diesem Punkt angreift, ist zurÃ $^{\rm m}$ 4ckzuweisen. Das gilt ebenso fÃ $^{\rm m}$ 4r die Revision des KlÃ $^{\rm m}$ gers, mit der er die VergÃ $^{\rm m}$ 4tung der Leistungen Nr 1, 5, 28, 29 und 7200 EBM-Ã $^{\rm m}$ 6, die er gegenÃ $^{\rm m}$ 74ber dem SÃ $^{\rm m}$ 9 ugling auÃ $^{\rm m}$ 9 erhalb des KreiÃ $^{\rm m}$ 9 saals erbracht hat, begehrt.

Der Anspruch des KlĤgers auf Honorierung seiner belegĤrztlichen Leistungen gegen die Beklagte ergibt sich aus <u>§ 121 Abs 3 Satz 1 SGB V</u> idF durch das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 (<u>BGBI I 2266</u>). Danach sind belegĤrztliche Leistungen aus den vertragsĤrztlichen GesamtvergĹ¼tungen, die von den Krankenkassen (KKn) an die KÄ□V gezahlt werden, zu vergĹ¼ten. Was sich als belegĤrztliche Leistungen im Sinne der genannten Vorschrift darstellt, erschlieÄ□t sich aus den Regelungen der BPfIV, die zwischen Krankenhausleistungen und belegĤrztlichen Leistungen differenziert.

Nach § 1 Abs 1 BPfIV in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden und hier noch maà geblichen Fassung ((aF), geà ndert mWv 1. Januar 2004 durch das Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002, BGBI I 1412) werden die vollstationà nen und teilstationà ne Leistungen der Krankenhà nuser nach dieser Verordnung vergà ¼ tet. Der Begriff der Krankenhausleistungen iS des § 1 Abs 1 BPfIV wird in § 2 Abs 1 und 2 BPfIV definiert. Diese umfassen im Einzelnen bezeichnete Leistungen, wobei zwischen allgemeinen Krankenhausleistungen und Wahlleistungen unterschieden wird (§ 2 Abs 1 Satz 1 letzter Halbsatz BPfIV). In § 2 Abs 1 Satz 2 BPfIV ist bestimmt, dass zu den Krankenhausleistungen u a nicht die Leistungen der Belegà nrzte (§ 23 BPfIV) gehören.

Nach dem in Bezug genommenen <u>§ 23 Abs 1 BPfIV</u> aF, der in Satz 1 aaO die Vorschrift des <u>§ 121 Abs 2 SGB V</u> fast wörtlich wiederholt, sind Belegärzte im Sinne dieser Verordnung nicht am Krankenhaus angestellte Ã∏rzte, 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 persĶnlichen Leistungen,
- 2. der Ĥrztliche Bereitschaftsdienst fļr Belegpatienten,
- 3. die von ihm veranlassten Leistungen nachgeordneter Ã□rzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden,
- 4. die von ihm veranlassten Leistungen von Ã□rzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen auÃ□erhalb des Krankenhauses.

Die Vorschrift <u>§ 23 Abs 1 Satz 2 BPfIV</u> aF legt somit in Nr 1 fest, dass alle persönlichen â∏ und damit ärztlichen â∏ 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 gegenÃ⅓ber seinen Belegpatienten werden nicht Ã⅓ber Pflegesätze etc vergÃ⅓tet, weil es sich nicht um Krankenhausleistungen gemäÃ∏ <u>§ 2 Abs 1 Satz 2 BPflV</u> handelt.

Um Doppelleistungen, nĤmlich einerseits eine Vergļtung der Ĥrztlichen Leistungen aus den von den KKn an die K̸V 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 fýr die Behandlung von Belegpatienten tagesgleiche PflegesÃxtze (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 Ã∏rzten erbrachten ärztlichen Leistungen bei Belegpatienten durch Belegärzte durchgeführt werden, also zu den vertragsÄxrztlichen (ambulanten) Leistungen zÄxhlen und aus den von den KKn an die KÃ□V zu leistenden Gesamtvergütungen zu honorieren sind. Da der Belegarzt seine Honorierung aus den vertragsĤrztlichen Gesamtvergütungen erhÃxlt, sind in den BelegpflegesÃxtzen keine Kosten der Ãxrztlichen 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 KÃ∏V abrechnen kann (vgl zum Ganzen Tuschen/Quaas, aaO, Erläuterungen zu § 23 Abs 2).

Der KlĤger kann nach allem nur solche Leistungen abrechnen, die er gegenļber seinen Belegpatienten erbracht hat. Belegpatient ist in den hier streitigen FÄxllen die GebÄxrende. Nicht gefolgt werden kann der Beklagten, soweit sie die Abrechenbarkeit der Leistungen Nr 140, 1020 und 1040 EBM-̸ 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 GebĤrenden wĤhrend und nach der Geburt und kĶnnen daher von dem geburtsleitenden GynĤkologen berechnet werden. WĤhrend die â∏ allgemeine â∏ Betreuung des Neugeborenen unmittelbar nach der Entbindung von den nach Nr 1022 und 1025 EBM-Ã abzurechnenden Leistungen der "Leitung einer Geburt â□¦" erfasst wird, ist â□□ von Notfallbehandlungen abgesehen, deren Vorliegen hier nicht geltend gemacht wird â∏ die Leistung Nr 140 EBM-Ã∏ (Neugeborenen-Erstuntersuchung) gesondert abrechenbar. Sie ist unmittelbar nach der Geburt vorzunehmen (vgl Richtlinien des Bundesausschusses der ̸rzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres, B 1. â□□ Neugeborenen-Erstuntersuchung). Auch die Leistung Nr 1020 EBM-̸ (Blutentnahme beim Feten â∏¦) kann der Gynäkologe abrechnen. Das gilt gleichfalls für eine MaÃ∏nahme der Reanimation, die der

Gynäkologe zusätzlich zur Geburtsleitung nach Nr 1040 EBM-Ã□ (Reanimation eines asphyktischen Neugeborenen â□¦) 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 auÃ□erhalb des KreiÃ□saals während des Aufenthalts der Mutter auf der Belegstation gegenüber dem Säugling erbrachten Leistungen (Nr 1, 5, 28, 29 und 7200 EBM-Ã□) 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 â□□ von Notfällen abgesehen â□□ nicht abrechnen. Sollte eine Behandlungsbedürftigkeit bestehen, sind ggf andere Ã□rzte zur Behandlung hinzuziehen. Eine solche Fallgestaltung liegt hier indessen nicht vor.

Nach allem haben die Revisionen der Beteiligten keinen Erfolg.

Die Kostenentscheidung beruht auf \hat{A} § 193 Abs 1 und 4 SGG in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung (vgl BSG SozR 3-2500 \hat{A} § 116 Nr 24 S 115 ff).

Erstellt am: 17.05.2004

Zuletzt verändert am: 20.12.2024