

RECHTSREPORT

Krankenhäusern steht Bereitschaftsdienstpauschale zu

Die Beschränkung der Bereitschaftsdienstpauschale auf die am organisierten Notdienst teilnehmenden Vertragsärzte ist mit höherrangigem Recht unvereinbar. Das hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden. Im vorliegenden Fall hatte eine Kassenärztliche Vereinigung (KV) eine solche Beschränkung mit den Krankenkassen vereinbart. Entsprechend kürzte sie die Abrechnung eines Krankenhauses für Notfallbehandlungen nach den Gebührenordnungspositionen 95506 und 95607. Die KV begründete die Kürzung damit, dass der zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung geschaffene vertragsärztliche Notdienst mit eigenen Vermittlungszentralen, Bereitschaftsdienstgruppen und -praxen sowie einer umfassenden Dienstplanung sicherstelle, dass die Versicherten auch zu sprechstundenfreien Zeiten ausreichend ambulant ver-

sorgt würden. Eine attraktive Vergütung für die Teilnahme von Vertragsärzten am Notdienst sei geeignet, die Funktionsfähigkeit dieser komplexen Struktur dauerhaft zu erhalten. Ein funktionierender Notdienst könne schließlich dazu beitragen, unnötige Notarzteinsätze und Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Der Anspruch auf die Zahlung der Bereitschaftsdienstpauschale sei damit aus nachvollziehbaren Gründen auf die Vertragsärzte beschränkt. Die KV-Vertreterversammlung darf als Normgeberin für den Notdienst nach Ansicht der KV Regelungen ausschließlich für die eigenen Mitglieder treffen.

Diese Auffassung teilte das BSG nicht. Die Beschränkung der Bereitschaftsdienstpauschale auf Vertragsärzte verstoße gegen den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz aus Artikel 3 Abs. 1 GG. Es gebe kei-

nen sachlichen Grund, die Notfallambulanzen der Krankenhäuser generell von der Abrechnung der Bereitschaftsdienstpauschale auszuschließen. Auch eine mittelbare Schlechterstellung von Notfallleistungen im Krankenhaus billigte das BSG nicht. Dass die Begünstigung von Vertragsärzten gegenüber Krankenhäusern gesondert vereinbart worden sei und die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gezahlt werde, rechtfertige die Ungleichbehandlung ebenfalls nicht. Krankenhäuser von der Abrechnung der Bereitschaftsdienstpauschale auszuschließen, weil sie nicht am organisierten Notdienst teilnehmen, könne auch nicht durch das legitime Ziel gerechtfertigt werden, den vertragsärztlichen Notdienst zu fördern.

BSG, Urteil vom 28.06.2017, AZ: B 6 KA 12/16 R

RAin Barbara Berner

GOÄ-RATGEBER

Strahlentherapie: Bestrahlungsfractionen und -serien

Bei der Abrechnung strahlentherapeutischer Leistungen sind die Gebührenpositionen für therapeutische Leistungen zu meist je Bestrahlungsfraction berechnungsfähig. Die Bestrahlungspläne können je Bestrahlungsserie angesetzt werden. Die jeweiligen Definitionen finden sich in den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt O IV. GOÄ. So umfasst eine Bestrahlungsfraction alle für die Bestrahlung eines Zielvolumens erforderlichen Einstellungen, Bestrahlungsfelder und Strahleneintrittsfelder. Die Festlegung der Ausdehnung bzw. der Anzahl der Zielvolumina und Einstellungen muss indikationsgerecht erfolgen. Bei der Bestrahlung von Systemerkrankungen oder metastasierten Tumoren gilt als ein Zielvolumen derjenige Bereich, der in einem Feld (z. B. Mantelfeld, umgekehrtes Y-Feld) bestrahlt werden kann (Allg. Best. zu Abschnitt O IV. 3.). Der Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer definiert den Begriff des Zielvolumens „als das Körpervolumen,

welches ohne Umlagerung des Patienten bzw. ohne Tischverschiebung mit einer anatomisch und physikalisch zweckmäßigen Feldanordnung erfasst und mit einer festgelegten Dosis nach einer bestimmten Dosiszeitmuster bestrahlt werden kann“ (DÄ, Heft 37/2005). Bei der Bestrahlung mehrerer Zielvolumina (z. B. Tumorbett und Lymphknotenmetastasen) kann somit beispielsweise die Leistung nach der Nr. 5836 GOÄ (Bestrahlung mittels Beschleuniger mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern (...), je Fraction) mehrfach angesetzt werden, wenn die Zielvolumina aus strahlenschutzrechtlichen Gründen zur Vermeidung der Strahlenexposition anderer Organe nicht in einem Feld bestrahlt werden können. Werden beide Zielvolumina indikationsgerecht in einem Feld (Mantelfeld, umgekehrtes Y-Feld) bestrahlt, handelt es sich gebührenrechtlich um ein Zielvolumen, so dass die Nr. 5836 nur einmal berechnet werden kann.

Demgegenüber ist die Nr. 5831 GOÄ für die Erstellung eines Bestrahlungsplans für

die Strahlenbehandlung nach den Nrn. 5834 bis 5837 einschließlich der Zuschläge nach den Nrn. 5832 und 5833 je Bestrahlungsserie berechnungsfähig. Eine Bestrahlungsserie umfasst grundsätzlich sämtliche Bestrahlungsfractionen bei der Behandlung desselben Krankheitsfalles, auch wenn mehrere Zielvolumina bestrahlt werden müssen. Bei der Bestrahlung von Tumorbett und Lymphknotenmetastasen sind somit die Leistungen nach den Nrn. 5831 bis 5833 unabhängig von der Anzahl der Zielvolumina nur einmal berechnungsfähig. Ein mehrfacher Ansatz dieser Nummern ist jedoch möglich, wenn bei der Behandlung desselben Krankheitsfalles wesentliche Änderungen der Behandlung durch Umstellung der Technik (z. B. Umstellung von Stehfeld auf Pendeltechnik, Änderung der Energie und Strahlenart) oder wegen fortschreitender Metastasierung, wegen eines Tumorrezidivs oder wegen zusätzlicher Komplikationen notwendig werden. Die Änderungen sind in der Rechnung jeweils zu begründen.

Dipl.-Verw.Wiss. Martin Ulmer