

RECHTSREPORT

Eine Ermächtigung ist nur ausnahmsweise anfechtbar

Vertragsärzte sind nur ausnahmsweise berechtigt, die Ermächtigung des Leiters einer nephrologischen Schwerpunktabteilung anzufechten. Das hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden. Eine Anfechtungsberechtigung bestehe nur dann, wenn der Vertragsarzt und sein Konkurrent in derselben Region die gleichen Leistungen anböten, dem Konkurrenten die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung eröffnet oder erweitert werde, statt nur einen weiteren Leistungsbereich zu genehmigen, und der dem Konkurrenten eingeräumte Status gegenüber dem des Vertragsarztes nachrangig sei. Diese Maßstäbe gelten nach Auffassung des BSG auch für Drittanfechtungsklagen im Rahmen der Dialyseversorgung.

Nach § 11 Abs. 3 Anlage 9.1 BMV-Ä wird angestellten Krankenhausärzten, die eine nephrologische Schwerpunktabtei-

lung leiten, auf ihren Antrag hin zur Mitbehandlung von chronisch niereninsuffizienten Patienten eine Ermächtigung in begrenztem Umfang erteilt, wenn nachgewiesen ist, dass sie die qualitativen Anforderungen erfüllen. Eine Bedarfsprüfung gibt es nicht (§ 31 Abs. 2 Ärzte-ZV). Die fehlende Bedarfsabhängigkeit hat nach Auffassung des BSG zur Folge, dass der dem Leiter einer nephrologischen Schwerpunktabteilung eingeräumte Status gegenüber dem des Vertragsarztes nicht nachrangig ist. Eine Anfechtungsberechtigung bestehe deshalb nicht. Sie komme nur ausnahmsweise aus Rechtsschutzgründen infrage.

Im vorliegenden Fall sei die Ermächtigung nicht für eine Mitbehandlung im begrenzten Umfang erteilt worden. Vielmehr habe die Kassenärztliche Vereinigung dem Krankenhausarzt eine Ermächtigung im

Rahmen eines regulären Versorgungsauftrages erteilt. Dabei komme nach dem Wortsinn von § 11 Abs. 3 Satz 1 Anlage 9.1 BMV-Ä nur eine begleitende oder ergänzende Behandlung in Kooperation mit einem anderen Facharzt auf dessen Überweisung hin infrage. Dass der ermächtigte Krankenhausarzt die ambulante Dialyse allein durchführe, werde vom Begriff der Mitbehandlung eindeutig nicht mehr erfasst. Dem angestellten Nephrologen sei vielmehr die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung eröffnet worden. Er sei zudem in derselben Region tätig wie die niedergelassenen Vertragsärzte und erbringe die gleichen Leistungen. Die Ermächtigung sei deshalb rechtswidrig und die Konkurrentenklage berechtigt, entschied das BSG.

BSG, Urteil vom 30. November 2016, Az.: B 6 KA 3/16 R *RAin Barbara Berner*

GOÄ-RATGEBER

Versuch einer Leistung – berechnungsfähig?

Ob und wann der Versuch, eine Leistung zu erbringen, nach der Amtlichen Gebührenordnung (GOÄ) berechnungsfähig ist, ist eine spannende Frage. Grundsätzlich gilt, dass nur diejenige Leistung berechnet werden kann, die nach der Leistungslegende vollständig erbracht wurde. Es gibt jedoch Ausnahmen, bei denen auch der Versuch berechnungsfähig ist. Voraussetzung ist auch hier, dass die Leistung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erbracht wurde (§ 1 GOÄ). Das schließt alle Leistungen aus, bei denen Geräte fehlerhaft eingestellt sind oder die falsch benutzt werden. Wird aber beispielsweise ein Röntgenbild unbrauchbar, weil der Patient bei der Aufnahme wackelt, obwohl er darauf hingewiesen wurde stillzuliegen/-stehen, so liegt die Schuld nicht beim Arzt und das Bild ist berechnungsfähig. Ist jedoch das Röntgengerät falsch eingestellt oder wird falsch bedient, so ist das unbrauchbare Bild nicht berechnungsfähig.

In der GOÄ gibt es einzelne Gebührenpositionen, bei denen die Leistungslegende den Versuch enthält – beispielsweise den

„Wiederbelebungsversuch“ (Nummer 429), den „Versuch der Extraktion von Harnleitersteinen“ (Nummer 1815 GOÄ) und den „Versuch des Zurückbringens eines eingeklemmten Bruches“ (Nummer 3282 GOÄ).

In manchen Fachgebieten (wie der Gastroenterologie und der Radiographie) bietet die GOÄ oft die Möglichkeit, auf eine weniger umfangreichere und niedriger bewertete Gebührenposition auszuweichen, wenn der Leistungsumfang der höher bewerteten Gebührenposition nicht durchführbar ist. Ist beispielsweise eine hohe Koloskopie (Nummer 687) geplant, die wegen einer massiven Verstuhlung des Patienten nicht durchgeführt werden kann, kann die Berechnung – je nachdem wie weit die Untersuchung des Dickdarms möglich war – als partielle Koloskopie (Nummer 688) oder als Sigmoidoskopie (Nummer 689) berechnet werden.

Wenn eine Leistung nicht vollständig durchgeführt werden kann und keine „kleinere“ Leistung zur Verfügung steht, muss ein analoger Ansatz der originären Gebührenposition nach § 6 Abs. 2 GOÄ erfolgen.

Dies ist zum Beispiel beim Besuch (Nr. 50 GOÄ) der Fall, wenn der Besuch vom Patienten angefordert wird, der Patient aber nur aufgesucht werden kann und, aus vom Arzt nicht zu verantwortenden Gründen, eine Untersuchung und Beratung des Patienten nicht stattfinden kann.

Der Gebührensatz sollte in jedem Fall nach Art, Kosten und Zeitaufwand angemessen gewählt werden. Eine Absenkung unter den Schwellenwert ist sinnvoll, wenn der Versuch, die Leistung durchzuführen, kürzer gedauert hat oder das Ergebnis unbrauchbar (Röntgenbild) war. Eine Anhebung über den Schwellenwert (mit Begründung) wird nachvollziehbar, wenn der Versuch, die Leistung zu erbringen, länger gedauert hat, als sie normalerweise gedauert hätte.

Auf der Rechnung ist der Hinweis „Versuch der Leistung“ hilfreich. Noch verständlicher für den Patienten ist es, wenn man auf diesen Umstand bei dem Gespräch nach der durchgeführten beziehungsweise versuchten Leistung hinweist. *Dr. med. Anja Pieritz*