

Rechtsreport

Ambulante Op: Abrechnung kann Budgetierung unterliegen

Ärztinnen und Ärzte haben keinen Anspruch darauf, dass Leistungen des ambulanten Operierens unbudgetiert außerhalb des Regelleistungsvolumens (RLV) vergütet werden. Das hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden. Im vorliegenden Fall hatte ein Arzt die Auffassung vertreten, dass Zystoskopien nach Nr. 26310 und 26311 EBM-Ä auf der Grundlage des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V (AOP-Vertrag) außerhalb des RLV und damit ohne Mengenbegrenzung zu vergütet seien. Dem folgte das BSG nicht.

Um zu verhindern, dass ein Arzt seine oder eine Arztpraxis ihre Tätigkeit übermäßig ausdehne, seien grundsätzlich arzt- und praxisbezogene RLV festzulegen, entschied das Gericht. Zwar habe der Bewertungsausschuss Regelungen zur Vergütung ambulanter Operationen außerhalb des RLV getroffen. Diese betrafen aber

nicht die im vorliegenden Fall streitigen Leistungen. Nach Meinung des BSG hat der Bewertungsausschuss damit seinen Gestaltungsspielraum nicht überschritten. Denn der Gesetzgeber habe diese Entscheidung in das Ermessen der Vertragspartner gestellt.

Entgegen der Auffassung des Klägers könne § 115 b SGB V auch nicht die Vorgabe entnommen werden, dass für ambulante Operationen ein eigenes Vergütungssystem gelte, das neben den Systemen der vertragsärztlichen und der Krankenhausvergütung stehe. § 115 b Abs. 1 S. 4 SGB V sehe vor, dass ausschließlich ambulante Operationen im Krankenhaus unmittelbar von den Krankenkassen vergütet würden. Bei ambulanten Operationen im System der vertragsärztlichen Versorgung bleibe es bei dem Grundsatz, dass Ärzte von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen)

aus der Gesamtvergütung bezahlt würden, die die Krankenkassen nach § 87 a Abs. 3 S. 1 SGB V mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten im KV-Bezirk zur Verfügung stellten. KVen und Krankenkassen könnten allerdings vereinbaren, bestimmte vertragsärztliche Leistungen außerhalb der Gesamtvergütung nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten, wenn diese besonders gefördert werden sollten oder dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten der Leistungserbringung erforderlich sei. Das sei bei den Zystoskopien nach Nr. 26310 und 26311 EBM-Ä nicht der Fall. Somit gebe es keine gesetzliche oder untergesetzliche Regelung, die eine Vergütung dieser Leistungen außerhalb des RLV vorschreibe.

BSG, Urteil vom 29. November 2017, Az.: B 6 KA 41/16 R *RAin Barbara Berner*

GOÄ-Ratgeber

Welche Gebührenrahmen gibt es in der GOÄ?

Die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) enthält drei verschiedene Gebührenrahmen. Die häufig verwendeten Begrifflichkeiten ‚ärztlich‘ und ‚medizinisch-technisch‘ für die ersten beiden Gebührenrahmen stammen aus der amtlichen Begründung zum Entwurf der GOÄ vom 12. November 1981. Der dritte Gebührenrahmen ist durch eine Absenkung des ‚technischen‘ Gebührenrahmens im Rahmen der Novelle der GOÄ 1996 entstanden und gilt für Laboratoriumsleistungen des Abschnittes M und die Nummer 437 GOÄ.

Der ‚ärztliche‘ Gebührenrahmen wird definiert in § 5 Absatz 2 GOÄ und „wird bemessen zwischen dem Einfachen bis 3,5fachen des Gebührensatzes“. Schwellenwert ist der 2,3fache Gebührensatz. Dieser Gebührenrahmen wird aus historischen Gründen oft als ‚großer Gebührenrahmen‘ bezeichnet.

Der ‚technische‘ Gebührenrahmen ergibt sich aus § 5 Absatz 3 GOÄ und umfasst Leistungen nach den Abschnitten A, E und O der GOÄ. Diese „bemessen sich

nach dem Einfachen bis 2,5fachen des Gebührensatzes“. Der Schwellenwert beträgt 1,8fach. Aus historischen Gründen wird dieser auch als ‚kleiner Gebührenrahmen‘ bezeichnet. Der Abschnitt A trägt die Überschrift ‚Gebühren in besonderen Fällen‘ und besteht aus verschiedenen Leistungen aus den Abschnitten B bis N GOÄ (siehe hierzu GOÄ-Ratgeber „Abschnitt A GOÄ – kein Update?“ DÄ Heft 50 vom 15.12.2017 und „Gebühren in besonderen Fällen – Abschnitt A übersehen?“ DÄ Heft 38 vom 21.09.2007). Die Bewertung der Gebührenpositionen aus den Abschnitten A, E und O mit dem ‚kleinen‘ Gebührenrahmen (1,0- bis 2,5fach) wurde begründet mit „einem überdurchschnittlich hohen Sachkostenanteil“ und „durch die Möglichkeit, diese Leistungen weitgehend unter Zuhilfenahme von Hilfskräften oder Apparaten zu erbringen“.

Der dritte Gebührenrahmen ergibt sich aus § 5 Absatz 4. Die nochmalige Reduzierung des Gebührenrahmens für Leistungen des Abschnittes M einschließlich

der Nummer 437 GOÄ (Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen einer Intensivbehandlung) auf den „Einfachen bis 1,3fachen Gebührensatz“ wurde bei der Novelle 1996 vom Ordnungsgeber damit begründet, dass die Laboruntersuchungen durch einen hohen Grad an Automatisierung gekennzeichnet und die Unterschiede hinsichtlich des Schwierigkeitsgrades, des Zeitaufwandes und der Umstände bei der Ausführung sehr gering seien, sodass diese Variationsbreite ausreichen würde. Schwellenwert ist hier der 1,15fache Satz. Bei den gängigen Computerprogrammen sind diese drei Gebührenrahmen korrekt hinterlegt. Auch erfolgt in der Regel ein Hinweis auf die Notwendigkeit einer Begründung bei Überschreiten des Schwellenwertes (siehe hierzu auch GOÄ-Ratgeber „Korrekte Rechnungslegung (2)“, DÄ 8/2005: www.aerzteblatt.de/05526).

Weitere Einschränkungen des Gebührenrahmens gibt es für besondere Fallkonstellationen in den §§ 5a, 5b und 11 der GOÄ.

Dr. med. Anja Pieritz