

RECHTSREPORT

Befreiung vom vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst

Eine Selbsttestierung reicht für die Befreiung vom vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst nicht aus. Das hat das Sozialgericht München entschieden. Im vorliegenden Fall wollte sich eine Ärztin vom vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst befreien lassen, weil sie mit einem Krankenhaus die Sicherstellung einer höchstpersönlichen radiologischen Rund-um-die-Uhr-Versorgung vereinbart hatte und außerdem durch die Pflege ihres Vaters familiär erheblich belastet war. Für die Befreiung hatte die Radiologin lediglich das Pflegegutachten einer Pflegefirma und den Kooperationsvertrag mit dem Krankenhaus vorgelegt. Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) sah beide Befreiungsgründe als nicht ausreichend an und bekam vom Sozialgericht Recht.

Wie das Bundessozialgericht unter Hinweis auf § 75 Abs. 1 SGB V regelmäßig

ausführe, sei die Sicherstellung von Not- und Bereitschaftsdienst eine gemeinsame Aufgabe aller Ärzte, die nur erfüllt werden könne, wenn grundsätzlich alle daran teilnähmen. Deshalb seien Befreiungstatbestände in den Bereitschaftsdienstverordnungen der KVen restriktiv auszulegen. Nach § 14 Abs. 1 Satz 1 Bereitschaftsdienstordnung der zuständigen KV kann ein Vertragsarzt oder ein angestellter Arzt aus schwerwiegenden Gründen ganz, teilweise oder vorübergehend vom Bereitschaftsdienst befreit werden. Dazu zählen auch nachgewiesene besonders belastende familiäre Pflichten. Eine persönliche Erklärung reicht nach Auffassung des Sozialgerichts als Nachweis allerdings nicht aus, denn Erklärungen von Familienangehörigen seien nie frei von subjektiven Elementen. Das Gericht hielt es beispielsweise für nicht nachvoll-

ziehbar, dass kein medizinischer Befund des Hausarztes vorgelegt wurde. Eine Befreiung sei grundsätzlich auch möglich, wenn ein Arzt einen besonderen Versorgungsauftrag zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung erfülle. Im vorliegenden Fall diene die Kooperation mit dem Krankenhaus jedoch schwerpunktmäßig der stationären Versorgung von Patienten. Damit könne die Arbeit der Radiologin beispielsweise einer belegärztlichen Tätigkeit nicht gleichgestellt werden. Problematisch erschien dem Gericht auch, dass die Ärztin die Pflege ihres Vaters zwar mit ihrer Arbeit im Krankenhaus, aber nicht mit der Teilnahme am vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst vereinbaren konnte.

Sozialgericht München, Urteil vom 20. September 2016, Az.: S 38 KA 1170/15 – rechtskräftig *RAin Barbara Berner*

GOÄ-RATGEBER

Die Vergütung wird nur bei formal korrekter Rechnungsstellung fällig

Aufgrund des medizinischen Fortschritts und der ausstehenden Novellierung der GOÄ stehen für viele neuartige Leistungen keine originären Gebührenpositionen der GOÄ zur Verfügung, sodass auf die Selbstergänzungsvorschrift des § 6 Abs. 2 GOÄ zurückgegriffen werden muss. Danach können selbstständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses „analog“ berechnet werden. Auch führt die Weiterentwicklung bereits etablierter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für eine exaktere Befunderhebung oder schonendere Operation teilweise zu einem höheren Aufwand oder Schwierigkeitsgrad. Dies kann gegebenenfalls über den Steigerungsfaktor berücksichtigt werden.

Für die Anwendung einer Analogziffer und die Überschreitung des Schwellenwertes enthält die GOÄ formale Regelungen. So ist beim Ansatz einer analogen Gebührenposition die entsprechend bewertete

Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben und mit dem Hinweis entsprechend sowie der Nummer und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung zu versehen (§ 12 Abs. 4; vgl. GOÄ-Ratgeber „Transparenz bei der analogen Abrechnung von Leistungen“, *DÄ*, Heft 44/2015). Die Überschreitung des Schwellenwertes ist auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen. Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern (§ 12 Abs. 3).

Diese Vorgaben sollten nicht nur im Patienteninteresse genau beachtet werden, da auch die Fälligkeit der Vergütung von einer formal korrekten Rechnung abhängt (§ 12 Abs. 1 GOÄ). Dies hat das Landgericht Hamburg in einem Urteil vom 29. Juni 2016 (Az.: 332 S 61/14, juris) klargestellt. Danach ist eine Rechnung über ärztliche Leistungen regelmäßig nicht fällig, wenn sie nicht den Anforderungen der GOÄ entspricht: „Insoweit müssen Posi-

tionen, die eine Alternativberechnung im Sinne einer Analogziffer betreffen, sowie die, mit denen ein erhöhter Gebührensatz oberhalb des Schwellenwertes berechnet wird, verständlich und nachvollziehbar begründet werden. Eine undifferenzierte und pauschale Begründung ohne jeglichen Bezug zu den Positionen reicht für die Überschreitung des Schwellenwertes nicht aus“. Ebenso muss bei einer Analogberechnung „der Hinweis ‚entsprechend‘ verwendet und die als gleichwertig erachtete Leistung beschrieben und die dementsprechende Nummer angegeben werden“.

Gleichzeitig hat das Landgericht in Ablehnung an die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (vgl. GOÄ-Ratgeber „Fälligkeit der Rechnung“, *DÄ*, Heft 18/2007) entschieden, dass ein Fehler in der Abrechnung nicht dazu führt, dass die Rechnung insgesamt nicht fällig ist. Die Fälligkeit fehlt lediglich bezüglich der Positionen, deren Abrechnung den formalen Anforderungen nicht genügt. *Dipl.-Verw.Wiss. Martin Ulmer*