

Rechtsreport

Keine Vergütung bei Leistungen eines Nichtarztes

Verstöße gegen das Qualitätsgebot führen dazu, dass Leistungen im Krankenhaus – im vorliegenden Fall Operationen durch einen nichtapprobierten Arzt – nicht zu vergüten sind. Das hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden.

Zwar bestehe kein Schadensersatzanspruch der Krankenkasse wegen einer eigenen schuldhaften Pflichtverletzung des Krankenhauses. Dieses durfte auf die Richtigkeit der angeblich behördlich erteilten Approbation vertrauen und war grundsätzlich nicht gehalten, die Qualifikation des vermeintlichen Arztes bei dessen Einstellung eigenständig zu überprüfen. Die Krankenkasse habe aber dem Grunde nach einen Erstattungsanspruch gegen das Krankenhaus auf Rückzahlung der geleisteten Vergütung. Ein Rechtsgrund für die Vergütung fehle hier, da ein Nichtarzt stationäre Krankenhausleistun-

gen, die dem Arztvorbehalt unterliegen, erbracht hat. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen entsteht kraft Gesetzes unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch die Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und erforderlich und wirtschaftlich ist. Erforderlich sei die Krankenhausbehandlung grundsätzlich nur dann, wenn die Behandlung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und notwendig ist. Die Mitwirkung eines Nichtarztes bei operativen Eingriffen stelle außerhalb des ärztlich angeleiteten und überwachten Einsatzes von Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal sowie von zu ihrer ärztlichen und nichtärztlichen Ausbildung hinzugezogenen Personen

einen Verstoß gegen die für Krankenhausbehandlungen geltenden Mindestanforderungen dar. Denn der in § 15 Abs. 1 Satz 1 SGB V geregelte Arztvorbehalt sei wesentlicher Bestandteil des Qualitätsgebots und legt für alle Bereiche des SGB V die Mindestanforderungen für ärztliches Behandeln fest. Der Arztvorbehalt des § 15 Abs. 1 Satz 1 SGB V soll Gefahren vorbeugen, die sich aus der mangelnden Befähigung einer Heilbehandlerin oder eines Heilbehandlers für die Gesundheit der Versicherten und die finanziellen Mittel der Krankenkassen ergeben können. Insofern enthalte § 15 Abs. 1 SGB V eine spezifische Ausprägung des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebotes im Sinne der § 2 Abs. 1 Satz 3, § 12 Abs. 1 SGB V.

BSG, Urteil vom 26. April 2022, Az.: B 1 KR 26/21 R
RAin Barbara Berner

GOÄ-Ratgeber

Mengenbegrenzungen sonografischer Leistungen

Die Abrechnung sonografischer Leistungen ist häufig Thema von Anfragen und Schlichtungsverfahren.

Gemäß den allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts C VI („Sonographische Leistungen“) Nrn. 2 und 3 der GOÄ sind unter anderem die Zuschläge beziehungsweise Leistungen nach den Nrn. 401–418 je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig sowie die Leistungen nach den Nrn. 410–418 GOÄ nicht nebeneinander berechnungsfähig. Des Weiteren ist die Nr. 420 GOÄ („Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen im Anschluß an eine der Leistung nach den Nummern 410 bis 418, je Organ“) gemäß ihren Abrechnungsbestimmungen je Sitzung höchstens dreimal berechnungsfähig.

Wird somit bei einer Vorstellung einer Patientin die Indikation zu einer sonografischen Untersuchung der weiblichen Geschlechtsorgane und beider Mammae gestellt, können von diesen Leistungen (ohne Zuschläge) am Untersuchungstag nur einmal die Nr. 418 GOÄ (Leistungslegende: „Ultraschalluntersuchung einer Brust-

drüse – gegebenenfalls einschließlich der regionalen Lymphknoten –“) und dreimal die Nr. 420 GOÄ berechnet werden. Die Abrechnung der sonografischen Untersuchung der zweiten Brustdrüse über die Nr. 418 GOÄ und zum Beispiel des Uterus über die Nr. 410 GOÄ („Ultraschalluntersuchung eines Organs“, 200 Punkte), ist neben der Nr. 418 GOÄ (210 Punkte) nicht möglich, sondern kann jeweils nur über die Nr. 420 GOÄ erfolgen.

Werden bei den vorgenannten Untersuchungen mehr als vier Organe untersucht, kann dies aufgrund des höheren Zeitaufwandes gemäß § 5 Abs. 2 GOÄ über den Ansatz eines höheren Steigerungssatzes bei der Berechnung der Nrn. 420 GOÄ berücksichtigt werden: Bei einer Untersuchung von fünf bis sechs Organen ist beispielsweise die Berechnung der ersten Nr. 420 GOÄ, bei einer Untersuchung von sieben bis acht Organen die Berechnung der ersten und der zweiten Nr. 420 GOÄ und bei einer Untersuchung von mehr als acht Organen die Berechnung aller drei angesetzten Nrn. 420 GOÄ mit dem

3,5-fachen Steigerungssatz sachgerecht; siehe auch GOÄ-Kommentar von Hoffmann/Kleinken zu Nrn. 401–424 C II [21].

Nicht zulässig ist es demgegenüber, die sonografische Untersuchung beider Mammae aus nichtmedizinischen Gründen auf einen anderen Behandlungstag zu verlegen und diese dann, zusätzlich zum Ansatz der Nrn. 410 und 420 GOÄ für die sonografische Untersuchung der weiblichen Geschlechtsorgane am ersten Behandlungstag, mit den Nrn. 418 und 420 GOÄ abzurechnen. Hierzu führt der GOÄ-Kommentar von Brück et al. unter der Rubrik „Zum Verständnis der Leistungslegenden“ aus: „Selbstverständlich ist es dem Arzt nicht gestattet, die betreffende Leistung nur zum Zweck der Umgehung des auf dieselbe Sitzung bezogenen Ausschlusses der Nebeneinanderberechnung auf eine weitere Sitzung zu verlegen. Vielmehr muss die Erbringung der betreffenden Leistung in einer weiteren, vom ersten Arzt-Patienten-Kontakt zeitlich abgegrenzten Sitzung medizinisch erforderlich gewesen sein.“ Dr. med. Stefan Gorlas