

Rechtsreport

Wechsel in einen anderen Versorgungsbereich

Wechselt ein hausärztlich tätiger Internist mit Schwerpunkt in den fachärztlichen Versorgungsbereich, dürfen bei der Frage, ob hierdurch eine Verbesserung der Versorgung zu erwarten ist, die von ihm bislang erbrachten Leistungen im Schwerpunktgebiet nicht berücksichtigt werden. Das hat das Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg entschieden. Beim Wechsel eines Versorgungsbereichs sei Art. 12 Abs. 1 GG zu beachten. Das erfordere eine Überprüfung des beantragten Wechsels anhand der Bedarfsplanung und der Versorgungslage. Ergäben sich keine Bedenken, sei der Wahl des Versorgungsbereichs zu entsprechen. Für Ermessenserwägungen sei hier regelmäßig kein Raum, entschied das LSG.

Im vorliegenden Fall hatte ein Internist mit Schwerpunkt Rheumatologie die Umwandlung seiner hausärztlichen in eine

fachärztlich rheumatologische Zulassung beantragt, weil er fast ausschließlich Rheumapatienten behandle. Der Zulassungsausschuss lehnte den Antrag ab. Zur Begründung hieß es, dass einem Fachgruppenwechsel nach § 101 Abs. 5 Satz 6 SGB V Zulassungsbeschränkungen für die Fachgruppe der Fachinternisten entgegenstünden und § 73 Abs. 1a Satz 5 SGB V nur auf Fachärzte für Allgemeinmedizin und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung Anwendung finde.

Nach Meinung des LSG ist der Zulassungsausschuss dagegen verpflichtet, dem Rheumatologen den Wechsel zu genehmigen. Das SGB V enthalte keinen Anhaltspunkt dafür, dass ein Wechsel zwischen haus- und fachärztlichem Versorgungsbereich grundsätzlich ausgeschlossen sein solle. Vielmehr sei ein Wechsel des Fachgebiets unter den Voraussetzungen von

§ 38 Bedarfsplanungsrichtlinie zulässig. Bei der Prüfung, ob durch den Wechsel eine Verbesserung der Versorgung zu erwarten sei, dürfe die bisherige Leistungserbringung nicht berücksichtigt werden. Eine Genehmigung sei allerdings auf die Abrechnung von Leistungen zu beschränken, die im Zusammenhang mit der Behandlung rheumatologischer Erkrankungen stehen. Denn nach § 36 Abs. 6 Bedarfsplanungsrichtlinie habe die Zulassung wegen qualifikationsbezogenem Sonderbedarf mit der Maßgabe zu erfolgen, dass nur die ärztlichen Leistungen abrechnungsfähig seien, die im Zusammenhang mit dem Ausnahmetatbestand stehen. Bei einem Wechsel des Versorgungsbereichs gilt dies nach Meinung des LSG ebenso. LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 28. November 2018, Az.: L 7 KA 30/16, rechtskräftig

RAin Barbara Berner

GOÄ-Ratgeber

Abrechnung einer Blutdruckmessung im stationären Bereich

Im Rahmen eines stationären Aufenthaltes von Patienten im Krankenhaus wird im täglichen Verlauf regelhaft der Blutdruck gemessen. Zunehmend führt die zusätzliche privatärztliche Abrechnung dieser stationären Leistung auf Grundlage der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu Auseinandersetzungen zwischen Ärzten und Kostenträgern. Hierzu folgende Anmerkungen:

In Abschnitt B I. GOÄ (Allgemeine Beratungen und Untersuchungen) ist u. a. für die Messung von Körperzuständen die Gebührenposition Nr. 2 GOÄ vorgesehen. Die Nr. 2 GOÄ vergütet die „Ausstellung von Wiederholungsrezepten und/oder Überweisungen und/oder Übermittlung von Befunden oder ärztlicher Anordnungen – auch mittels Fernsprecher – durch die Arzthelferin und/oder Messung von Körperzuständen (z. B. Blutdruck, Temperatur) ohne Beratung, bei einer Inanspruchnahme des Arztes.“

Die Leistung nach Nr. 2 GOÄ ist, wie der Leistungslegende (z. B. Überweisung,

Arzthelferin, Wiederholungsrezept etc.) zu entnehmen, auf das Leistungsgeschehen in der ambulanten Versorgung zugeschnitten. Im stationären Bereich ist die Abrechnung einer Messung von Körperzuständen mit dem Ansatz der Nr. 2 GOÄ als delegierte ärztliche Leistung gemäß § 4 Abs. 2 GOÄ gebührenrechtlich-formal nicht ausgeschlossen.

Allerdings wird eine Berechnung dieser Gebührenposition im Regelfall bei stationärer Behandlung nicht in Betracht kommen, da zum einen die Nr. 2 GOÄ anlässlich einer Inanspruchnahme des Arztes nicht zusammen mit anderen Gebühren berechnet werden darf und zum anderen die Nr. 2 GOÄ gemäß § 4 Abs. 2 GOÄ am Aufnahme- und Entlassungstag nur als wahlärztliche Leistung berechnet werden kann, wenn diese vom Wahlarzt oder dessen ständigem ärztlichen Vertreter persönlich erbracht wird.

Dementsprechend hat auch der Ausschuss „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer bereits am 4. November 1997

beschlossen (publiziert im *Deutschen Ärzteblatt* vom 10. September 1999), dass die Nr. 2 GOÄ im Rahmen der wahlärztlichen Behandlung im stationären Bereich in aller Regel nicht berechenbar ist.

Davon abgesehen ist eine Blutdruckmessung während eines stationären Krankenhausaufenthaltes als pflegerische, nicht-ärztliche Leistung bereits im Pflegesatz enthalten und nicht als ärztliche Leistung berechnungsfähig.

Gebührenrechtlich ist es auch nicht möglich, anstelle der Nr. 2 GOÄ die Nr. 638 GOÄ zu berechnen. Die Nr. 638 GOÄ stammt aus dem Abschnitt F (Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie) und beschreibt die punktuelle Arterien- und/oder Venenpulsschreibung.

Die Leistung nach der Nr. 638 GOÄ erfordert eine grafische Darstellung der Pulskurve. Eine solche Darstellung erfolgt jedoch bei der unblutigen Blutdruckmessung nach Riva-Rocci unter Ausnutzung des Korotkow-Geräusches nicht.

Sandra Hoppe