

S 11 KA 381/13

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

11
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 11 KA 381/13

Datum
20.04.2016
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen

-
Datum

-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Für die Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen ist nach der ständigen Rechtsprechung des BSG in erster Linie der Wortlaut der Regelung maßgeblich.

2. Bei Verwendung einer von einer KV bereitgestellten und für die Vertragsärzte verbindlichen Abrechnungssoftware hat die KV sicherzustellen, dass die Programmierung den geltenden Normen entspricht.

3. Eine durch das Programm voreingestellte Absetzung bestimmter Leistungen, die nicht dem Wortlaut der EBM- Bestimmung entspricht, ist rechtswidrig. Es handelt sich dabei nicht um eine Ermessensausübung, die einer Verwaltungspraxis zugänglich ist.

Die Beklagte wird unter Abänderung des Honorarbescheides für das Quartal I/09 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.05.2013 verurteilt, dass sich auf der Grundlage einer Honorarkorrektur der von der Klägerin im Quartal I/09 1999 mal erbrachten Abrechnungsziffer 19312 EBM ergebende höhere Honorar festzusetzen und an die Klägerin auszuführen.

Die Beklagte hat die Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine sachlich-rechnerische Richtigstellung des vertragsärztlichen Honorars.

Die Klägerin ist eine aus mehreren Ärzten bestehende Berufsausübungsgemeinschaft.

Mit Honorarbescheiden vom 26.08.2009 und 02.12.2009 vergütete die Beklagte die im I. und II. Quartal 2009 erbrachten Leistungen. Zuvor nahm sie jedoch eine sachlich-rechnerische Richtigstellung der Honoraranforderung vor, indem sie mehrere Leistungen nach verschiedenen Gebührenabrechnungspositionen absetzte.

Gegen beide Bescheide legte die Klägerin Widerspruch ein und führte aus, dass die erfolgten Absetzungen rechtswidrig seien. Insbesondere sei die GOP Ziffer 19312 EBM im Quartal I/09 in 2.113 und im Quartal II/09 in 2.000 Fällen nicht vergütet worden. Diese sei eine Zuschlagsziffer zu den GOP 19310 und 19311 EBM für die histologische und zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung von Sonderverfahren, je Material höchstens fünfmal. Dementsprechend sei von ihr die Ziffer 19312 EBM bei Vorliegen mehrerer Materialien pro Material höchstens fünfmal zum Ansatz gebracht worden. Das Vorliegen mehrerer Materialien sei anhand des mehrmaligen Ansatzes der Grundziffern 19310 bzw. 19311 EBM dokumentiert worden. Insbesondere sehe der EBM keinen Abrechnungsausschluss bei der Nebeneinanderabrechnung der Ziffern 19310, 19312 und 19320 EBM vor, da es sich in diesen Fällen um verschiedene Sonderverfahren handle.

Mit Widerspruchsbescheid vom 22.05.2013 wurden die Widersprüche der Klägerin als unbegründet zurückgewiesen. Zur Begründung wurde ausgeführt, dass sowohl die GOP Ziffer 01733 EBM, als auch die Ziffer 01743 EBM neben der GOP 19310 EBM bei demselben Material abgerechnet worden sei, was nach dem EBM nicht zulässig sei. Hinsichtlich der Ziffer 19312 EBM sei eine Absetzung erfolgt soweit diese mehr als fünfmal pro Material angesetzt worden sei. Hinsichtlich der Ziffer 40120 EBM fehle es an einer Begründung bzw. Angabe der BSNR oder des Namens des Arztes an den der Befund versandt worden sei. Die Absetzung sei daher zu Recht erfolgt.

Dagegen erhob die Klägerin am 14.06.2013 Klage.

Sie beantragt,

die Honorarbescheide der Quartale I/09 und II/09 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.05.2013 abzuändern und die Beklagte zu verpflichten, das sich auf der Grundlage einer Honorarkorrektur der von der Klägerin im Quartal I/09 1999 mal erbrachten Abrechnungsziffer 19312 EBM und im Quartal II/09 2.108 mal erbrachten Abrechnungsziffer 19312 EBM ergebende höhere Honorar festzusetzen und den Differenzbetrag an die Klägerin zu zahlen.

Sie ist der Ansicht, dass die Mengenbegrenzung auf ein Material nicht einer Begrenzung auf einen Behandlungsfall entspreche. Das Vorliegen mehrerer Materialien sei insoweit mit der Abrechnung der jeweiligen Grundziffer 19310, 19311 oder 19315 dokumentiert und begründet. Der Zuschlag komme dann zum Ansatz, wenn verschiedene Sonderverfahren nebeneinander angewendet würden. Einen Ausschluss oder eine gesonderte Begründungspflicht sehe der EBM insoweit nicht vor. Das Regelwerk der Beklagten müsse insoweit so eingestellt werden, dass eine mehrfache Abrechnung der Ziffer pro Behandlungsfall möglich sei, da es nur auf das Material ankomme. Ab dem Quartal IV/10 sei dies auch korrigiert worden, so dass ab diesem Zeitpunkt die Ziffer 19312 nun auf die Summe der abgerechneten Ziffern 19310, 19311 und 19315 EBM multipliziert mit 5 festgelegt werde.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie ist der Ansicht, dass die Umstellung des Regelwerks ab dem Quartal IV/10 eine Änderung der Verwaltungspraxis darstelle, welche keine verbindliche Auslegung für die Vergangenheit beinhalte.

In der mündlichen Verhandlung am 20.04.2016 wurde für die Klägerin ergänzend ausgeführt, dass die Absetzungen für sie nur dadurch erkennbar geworden seien, dass die dem Honorarbescheid zugrundeliegenden Leistungen mit der praxisinternen Dokumentation verglichen worden sei. Ein Hinweis auf die Korrektur sei nicht erfolgt. Insoweit sei davon auszugehen, dass viele Kollegen auch gar nicht gemerkt hätten, dass in diesem Bereich Absetzungen erfolgt seien. Hinsichtlich der durchzuführenden Untersuchungen habe die Klägerin keinen Einfluss auf die Menge der Materialien. Insoweit sei sie verpflichtet, die übersandten Materialien vollständig zu untersuchen. Unter "Material" sei der Untersuchungsgegenstand zu verstehen, der nicht gleichzusetzen sei mit dem Behandlungsfall, da pro Person oft mehrere Materialien zur Diagnosefindung eingesandt werden würden. Die "Auswahl" des zu untersuchenden Materials obliege dem behandelnden Arzt. Insoweit stelle der EBM folgerichtig auf das Material ab und nicht auf den Behandlungsfall. Die Menge der Materialien ergebe sich eindeutig aus den abgerechneten Grundziffern.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte Bezug genommen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat gem. [§ 12 Abs. 3 Satz 2 SGG](#) in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 SGG](#)).

Die zulässige Anfechtungs- und Leistungsklage ist begründet.

Eine Beiladung des BewA oder der Partner des Bundesmantelvertrages ist nicht notwendig gewesen. Nach der Rechtsprechung des BSG besteht in Verfahren, in denen die Auslegung einer für die Entscheidung maßgeblichen Rechtsnorm umstritten ist, keine Notwendigkeit, die an der Normsetzung Beteiligten beizuladen (vgl. zusammenfassend BSG [SozR 4-2500 § 75 Nr 8](#) RdNr 12; zu Beiladungsfragen bei Streit um die Wirksamkeit einer Regelung des EBM-Ä s. zuletzt Urteil des Senats vom 28.10.2015 - [B 6 KA 42/14 R](#) - RdNr 21, zur Veröffentlichung in [SozR](#) vorgesehen; BSG [SozR 4-2500 § 87 Nr 3](#) RdNr 6; Nr 25 RdNr 11; § 85 Nr 39 RdNr 28; BSG [SozR 4-2500 § 75 Nr 13](#) RdNr 11; Nr 8 RdNr 13).

Die Beklagte hat den Honorarbescheid der Klägerin zu Unrecht sachlich-rechnerisch richtiggestellt, so dass der ergangene Honorarbescheid insoweit rechtswidrig ist. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Nachvergütung der abgesetzten Leistungen.

Gem. [§ 106a Abs. 1 SGB V](#) prüfen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und die Krankenkassen die Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Die KV stellt dabei die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest; dazu gehört auch die artbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität und die Prüfung der abgerechneten Sachkosten ([§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)).

Nach den im Jahr 2009 im Wesentlichen gleichlautenden Vorschriften in [§ 45 Abs. 1 und 2 BMV-Ä](#) und [§ 34 EKV-Ä](#) obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung die Prüfung der von den Vertragsärzten vorgelegten Abrechnungen ihrer vertragsärztlichen Leistungen hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit. Die KV berichtigt die Honorarforderung des Vertragsarztes bei Fehlern hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit ([§ 45 Abs. 1 und 2 Satz 1 BMV-Ä](#) bzw. [§ 34 Abs. 4 EKV-Ä](#)). Die sachlich-rechnerische Berichtigung kann sowohl vor wie nach Erlass des Honorarbescheids erfolgen.

Die angefochtenen Bescheide haben die vorgehende sachlich-rechnerische Berichtigung des von der Klägerin in den Quartalen I/2009 und II/2009 abgerechneten Vertragsarzthonorars zum Gegenstand. Die Beklagte hat die Abrechnung von durchgeführten Spezialuntersuchungen insoweit korrigiert, als ihre - für die Vertragsärzte programmierte und verbindliche- Software (Regelwerk) automatisiert die Zuschlagsziffer 19312 EBM lediglich fünfmal pro Behandlungsfall angesetzt und die übrigen Untersuchungen ersatzlos gestrichen hat.

Die Beteiligten streiten daher im Kern über die Auslegung der in Rede stehenden GOP 19312 des EBM, nachdem die Klägerin auf die Geltendmachung der weiteren abgesetzten Ziffern verzichtet hat. Nach Nr. 1 seiner Allgemeinen Bestimmungen für den streitgegenständlichen Zeitraum bestimmt der EBM den Inhalt der berechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis untereinander. Der Katalog der berechnungsfähigen GOP ist abschließend und einer analogen Anwendung nicht

zugänglich. Eine GOP ist nach Nr. 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen nur berechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden ist. Die Vollständigkeit der Leistungserbringung ist gegeben, wenn die obligaten Leistungsinhalte erbracht worden sind und die in den Präambeln, Leistungslegenden und Anmerkungen aufgeführten Dokumentationspflichten - auch die der Patienten- bzw. Prozedurenklassifikation (z. B. OPS, ICD 10 GM) - erfüllt, sowie die erbrachten Leistungen dokumentiert sind. Eine GOP, deren Leistungsinhalt nicht vollständig erbracht wurde, kann nicht berechnet werden (Allgemeine Bestimmungen Nr. 2.1.2 EBM).

Die streitgegenständliche GOP 19312 EBM hat folgenden Wortlaut:

"Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 19310, 19311 und 19315 für die histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung von Sonderverfahren

Obligater Leistungsinhalt

- Anwendung eines histo- oder zytochemischen Sonderverfahrens (Nachweis von organischen und anorganischen Stoffen oder Enzymaktivitäten durch definierte chemische Reaktionen) und/oder
 - Anwendung eines optischen Sonderverfahrens (Morphometrie, Interferenz- oder Polarisationsmikroskopie),
- Fakultativer Leistungsinhalt
- Aufbereitung

je Material, höchstens fünfmal"

Für die Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen ist nach der ständigen Rechtsprechung des BSG (vgl. BSG, Urteil vom 11.02.2015, - [B 6 KA 15/14 R](#) -; BSG, Beschluss vom 12.12.2012, - [B 6 KA 31/12 B](#) -, beide in juris) in erster Linie der Wortlaut der Regelung maßgeblich. Denn es ist vorrangig die Aufgabe des Normgebers des EBM, nämlich des Bewertungsausschusses gemäß [§ 87 Abs. 1 SGB V](#), Unklarheiten zu beseitigen und einen adäquaten Interessenausgleich zwischen Ärzten und Krankenkassen herbeizuführen. Zum anderen folgt die primäre Bindung an den Wortlaut aus dem Gesamtkonzept des EBM als einer abschließenden Regelung, die keine Ergänzung oder Lückenfüllung durch Rückgriff auf andere Leistungsverzeichnisse bzw. Gebührenordnungen oder durch analoge Anwendung zulässt. Raum für eine systematische Auslegung besteht nur dann, wenn der Wortlaut eines Leistungstatbestandes zweifelhaft ist und es einer Klarstellung bedarf; eine entstehungsgeschichtliche Auslegung kommt bei unklaren oder mehrdeutigen Regelungen ebenfalls in Betracht, kann allerdings nur anhand von Dokumenten erfolgen, in denen die Urheber der Bestimmungen diese in der Zeit ihrer Entstehung selbst erläutert haben.

Über die Auslegung des von den zuständigen Gremien erlassenen Regelwerks für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen muss im Streitfall das Gericht im Wege der Rechtsanwendung, nämlich der Anwendung der nach der Rechtsprechung des BSG hierfür maßgeblichen Auslegungsregeln, entscheiden. Die Entscheidung über die Enge oder Weite von Leistungstatbeständen ist eine Frage der rechtlichen Auslegung.

Davon ausgehend ergibt die hier maßgebliche Wortlautauslegung nach Auffassung der Kammer ein eindeutiges Ergebnis, welches keiner erweiterten Auslegung zugänglich ist. Der Normgeber hat insoweit unmissverständlich auf "ein Material" abgestellt und damit den Zusammenhang zu den Grundziffern 19310, 19311 und 19315 hergestellt. Ist also die Untersuchung eines Material durch eine der oben genannten Grundziffern dokumentiert, kann die Ziffer 19312 jeweils fünfmal pro abgerechneter Grundziffer angesetzt werden, unabhängig davon, ob die Materialien zu demselben Behandlungsfall gehören. Eine einschränkende Auslegung auf den Behandlungsfall findet weder im Wortlaut, noch in der Systematik einen Anknüpfungspunkt. Der Pathologe ist insoweit verpflichtet, die ihm übersandten Materialien zu untersuchen. Dabei ist irrelevant, ob dies medizinisch notwendig ist, oder nicht. Denn auf Fragen der Medizin kommt es grundsätzlich nicht an (BSG, Beschluss vom 12.12.2012, - [B 6 KA 31/12 B](#) -; vgl. auch BSG, Beschluss vom 10.03.2004, - [B 6 KA 118/03 B](#) -).

Bekommt der Pathologe daher zu einem Behandlungsfall z.B. ein Beckenkammtrepanat, Knochenmarksausstriche und periphere Blutausstriche, so kann er bei Anwendung jeweils mehrerer Sonderverfahren die Zuschlagsziffer 19312 pro Material ansetzen und dies pro Material bis zu fünfmal (also insgesamt 15mal).

Eine Ausschlussklausel oder eine gesonderte Begründungspflicht sieht der EBM ebenfalls nicht vor, so dass die diesbezügliche Auffassung der Beklagten ins Leere geht.

Darüber hinaus ist es rechtlich unerheblich, dass die Software der Beklagten, welche für die Klägerin verbindlich ist, so programmiert war, dass dort auf den Behandlungsfall abgestellt wurde. Die Beklagte hat insoweit sicherzustellen, dass die von ihr bzw. der KBV zur Verfügung gestellte und für alle Vertragsärzte verbindliche Software dem geltenden Recht entspricht und nicht umgekehrt.

Dabei handelt es sich auch nicht -wie die Beklagte fehlerhaft meint- um die Umsetzung einer Verwaltungspraxis. Denn eine Verwaltungspraxis kann überhaupt nur da entstehen, wo ein eingeräumtes Ermessen auszuüben ist. Dies ist hier aber nicht der Fall. Wird von Seiten der KV oder KBV insoweit ein für die Ärzte verbindliches Programm vorgegeben, so kann sich die Beklagte nicht später darauf berufen, dass es sich um eine - den Ärzten zugutekommende - Abrechnungsvereinfachung handelt. Darüber hinaus beinhaltet der Wortlaut der GOP 19312 -wie bereits dargestellt- auch keinen Anhaltspunkt dafür, dass ein irgendwie geartetes rechtliches Ermessen besteht.

Eine Absetzung von Leistungen aufgrund von falsch programmierter Software ist damit nicht nur fehlerhaft, sondern willkürlich und von der Rechtsordnung nicht hinnehmbar. Dies gilt umso mehr, als die betroffenen Ärzte keinerlei Hinweis auf die Absetzungen erhalten haben und in gutem Glauben auf die Richtigkeit der Software und des darauf fußenden Honorarbescheides vertraut haben.

Der Klägerin sind die abgesetzten Leistungen daher nach zu vergüten. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) i.V.m. der entsprechenden Anwendung der [§§ 154 Abs. 1](#), [155 Abs. 1 Satz 3](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Danach hat die Beklagte die Kosten des Verfahrens zu tragen.

Rechtskraft

Aus
Login
HES
Saved
2016-06-13