L 12 KA 9/14

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 49 KA 405/10
Datum
08.11.2013
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 12 KA 9/14
Datum
08.07.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
"Operateur" im Sinne der Nr. 8 der Präambel zu Kapitel 31.2.1 - ambulante Operationen - EBM ist nicht der einzelne Arzt, sondern die abrechnende Stelle, also z.B. die Berufsausübungsgemeinschaft oder das Medizinische Versorgungszentrum.
I. Die Berufungen der Klägerin gegen die Urteile des Sozialgerichts München vom 08.11.2013 (S 49 KA 405/10 und S 49 KA 399/12) werden zurückgewiesen.

II. Die Klägerin trägt auch die Kosten der Berufungsverfahren.

III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin wendet sich gegen die von der Beklagten vorgenommenen sachlich-rechnerischen Richtigstellungen in den Quartalen 2/2007 und 2/2009.

I.

Die Beklagte hat im Quartal 2/2007 mit Richtigstellungsbescheid vom 10.10.2007 u.a. die anästhesiologischen Gebührenordnungsziffern 05310, 05330, 05340, 05350 EMB 2000 plus sowie in 133 Fällen die augenärztlichen Gebührenordnungspositionen 06220, 06330, 06331, 06333, 06352, 33001 EBM 2000 plus in Zusammenhang mit ambulanten Operationen abgesetzt, weil in einem Zeitraum von drei Tagen beginnend mit dem Operationstag neben der ambulanten Operation nur die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 EBM genannten Leistungen abgerechnet werden können (Prüfregel 4206). Des Weiteren wurden in zwei Fällen (M. B. und M. M.) die strukturvertraglichen Leistungen 97146, 97147 und 97148 aufgrund fehlender Hauptleistung gestrichen. Hiergegen richtet sich der Widerspruch der Klägerin vom 29.10.2007. Es sei grundsätzlich richtig, dass in einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, neben der ambulanten oder belegärztlichen Operation nur die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 EBM genannten Leistungen berechnet werden können. Allerdings gelte diese Beschränkung, wie sich aus dem Zweck der Vorschrift ergebe, nur für das operierte Auge. Linkes und rechtes Auge seien getrennte Behandlungsgebiete. Die Abrechnung augenärztlicher Leistungsziffern für das nicht operierte Auge bleibe wie vorliegend geschehen möglich. Daher seien in 133 Fällen die augenärztlichen Ziffern zu Unrecht abgesetzt worden und seien entsprechend nachzuvergüten. Die Absetzung der anästhesistischen Ziffern sei bereits deshalb zu Unrecht erfolgt, da die Präambel 31.2.1 Nr. 8 EBM nur die Abrechnung gewisser Leistungsziffern erlaube, welche vom Operateur in einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend am Operationstag abgerechnet würden. Hierbei sei zu berücksichtigen, dass es sich bei den Widerspruchsführern um ein MVZ handle, in welchem neben Augenärzten auch Anästhesisten tätig seien. Die abgesetzten Anästhesie-Ziffern seien vorliegend nicht von den Operateuren, sondern von den Anästhesisten erbracht worden. Wären in dem MVZ keine Anästhesisten tätig, so wären die Anästhesieleistungen durch einen externen Anästhesisten erbracht worden. Dieser hätte die Anästhesieziffern unstreitig abrechnen können. Nichts anderes könne gelten, wenn die Anästhesieleistungen nicht durch externe Anästhesisten, sondern durch MVZ-interne Anästhesisten erbracht würden. Die Streichung der Ziffern 97146, 97147 und 97148 EBM in 2 Fällen sei durch einen Eingabefehler der Klägerin bedingt. Vorliegend seien bei zwei Patienten jeweils eine ambulante vitro-retinale Operation durchgeführt worden, die korrekterweise mit den Ziffern 97145, 97147 und 97148 EBM abzurechnen gewesen wäre. Versehentlich sei die Ziffer 97146 anstatt der Ziffer 97145 eingegeben worden und daher im Richtigstellungsbescheid der gesamte Komplex (97146, 97147, 97148 EBM) gestrichen worden. Richtigerweise sei die Leistung jedoch vollständig und korrekt erbracht worden. Daher sei die Ziffer 97146 in die Ziffer 97145 EBM umzusetzen und zusammen mit den ebenfalls gestrichenen Ziffern 97147, 97148 nachzuvergüten. Die Beklagte hat den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 09.06.2010

zurückgewiesen. Zu der Absetzung der Nrn. 05310, 05330, 05340, 05350, 06220, 06330, 06331, 06333, 06352, 33001 sei auf die Präambel zu Kapitel 31.3.1 Abs. 8 EBM hinzuweisen, wonach in einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, vom Operateur neben der ambulanten Operation nur die dort aufgeführten Abrechnungsziffern abgerechnet werden könnten. Die Klägerin habe hierzu ausgeführt, dass dieser Abrechnungsausschluss nur für die Leistungen des Operateurs und nicht der Anästhesisten gelte. Die abgesetzten Leistungen seien nicht vom Operateur, sondern von den Anästhesisten erbracht worden. Hierbei sei festzustellen, dass in der Präambel 31.2 Nr. 8 EBM alle Leistungen abschließend ausgeführt seien, die zusätzlich zur Operation berechenbar seien. Andere Leistungen seien in der Operation einkalkuliert und damit daneben ausgeschlossen. Diese Regelung gelte gleichermaßen für Gemeinschaftspraxen. Auch eine Behandlung des anderen Auges setze diese Regelung nicht außer Kraft. Eine Ausnahme stelle lediglich die in Gemeinschaftspraxen bzw. Medizinischen Versorgungszentren zulässige Nebeneinanderberechnung von Narkose und Operationsleistungen nach den allgemeinen Bestimmungen I.5.4 EBM dar. Danach würden sich die Nebeneinanderberechnungsausschlüsse der Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302 neben den Leistungen nach den Nr. 05330 und 05331 sowie der Leistungen des Abschnitts 31.2 neben den Leistungen des Abschnitts 31.5.3 nur auf die Erbringung der operativen Leistungen und der Anästhesie durch denselben Arzt beziehen. Bei Erbringung der Leistung durch Ärzte verschiedener Fachgruppen finde dieser Ausschluss, auch in Gemeinschaftspraxen bzw. Medizinischen Versorgungszentren von Anästhesiologen mit operativ tätigen Vertragsärzten keine Anwendung. Hinsichtlich der Absetzung der Nrn. 97146, 97147 und 97148 in zwei Fällen sei darauf hinzuweisen, dass nach dem Honorarverteilungsvertrag die nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung von fehlerhaft oder unvollständig durchgeführten Leistungen für bereits zur Abrechnung eingereichte Behandlungsfälle durch den Arzt ausgeschlossen sei. Nach § 3 der Abrechnungsbestimmungen, gültig ab 1. April 2007 seien die Abrechnungen unter Beachtung der dafür geltenden Regelungen innerhalb der von der Beklagten festgesetzten Frist einzureichen. Eine Fristverlängerung vor Fristablauf in begründeten Ausnahmefällen sei auf Antrag möglich. Nach Einreichung eines Behandlungsfalles zur Abrechnung bei der KVB sei eine Ergänzung dieser Abrechnung um noch nicht angesetzte Leistungspositionen oder ein Austausch angesetzter Leistungspositionen durch den Vertragsarzt ausgeschlossen. Die Ausnahmebestimmungen nach § 3 der Abrechnungsbestimmungen seien auf den Fall der Nachreichung bzw. Umsetzung einzelner Gebührenordnungspositionen in bereits abgerechneten Fällen nicht anwendbar. Eine nachträgliche Abrechnung bzw. Umsetzung von einzelnen Leistungen sei nach dem Honorarverteilungsvertrag und den Abrechnungsbestimmungen der KVB nicht möglich (vgl. Urteil des BayLSG vom 06.12.2006, Az.: L 12 KA 272/05).

Hiergegen richtet sich die Klage der Klägerin vom 17.06.2010 zum Sozialgericht München. Die Beklagte hat sich zu der Klage mit Schriftsatz vom 05.11.2010 geäußert. Mit der Klage werde allein der Widerspruchsbescheid vom 09.06.2010 angefochten, so dass die Klage bereits unzulässig sei. Die Absetzung der Nrn. 01600, 05310, 05330, 05340, 05350, 06220, 06330, 06331, 06333, 06352 und 33001 EBM 2000 plus sei in Hinblick auf die Nr. 8 der Präambel zur Kapitel 31.2 EBM 2000 plus zu Recht erfolgt, weil die abgesetzten Leistungen nicht unter die dort abschließend aufgeführten abrechenbaren Leistungen fallen. Unter "Operateur" im Sinne der Nr. 8 der Präambel sei auch laut der Interpretation der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die jeweilige (Gemeinschafts-) Praxis zu verstehen, welcher das gesamte Leistungsspektrum zugerechnet werde. Ebenso habe das Sozialgericht Marburg (vgl. Urteil vom 17.06.2009, Az.: S 12 KA 171708) entschieden. Soweit die Klägerin auf die Abrechnung augenärztlicher Leistungen an dem nicht operierten Auge hinweise, sei festzustellen, dass von der Klägerin unterstellt werde, dass in den relevanten Fällen medizinische Behandlungen regelmäßig in Bezug auf beide Augen durchgeführt worden seien. Vorliegend sei es allein zu Richtigstellungen von Leistungen gekommen, die jeweils anlässlich der betreffenden Operation erbracht worden seien und infolge dessen von dem hier maßgeblichen Abrechnungsausschluss erfasst würden, was sich bereits aus den einschlägigen Behandlungsausweisen ergebe. Dort sei in Verbindung mit dem betreffenden Operationsschlüssel (OPS) nach Anhang 2 zu den Leistungen des Kapitels 31 EBM 2000 plus durch die Kürzel "R" bzw. "L" präzise vermerkt, ob eine Operation am rechten oder am linken Auge vorgenommen worden sei. Die abgesetzten Leistungen seien regelmäßig in Zusammenhang mit der betreffenden Operation an einem Auge erfolgt. Dies wird anhand der Fotokopien von drei Behandlungsausweisen näher dargelegt. Im Übrigen sei an die materielle Beweislast zu erinnern. Die Zuschläge nach den Nrn. 97146, 97147 und 97148 seien nur im Zusammenhang mit der von der Nr. 97145 erfassten Grundpauschale für das Anästhesieverfahren einer ambulanten Operation abrechnungsfähig. Soweit die Klägerin die nachträgliche Umsetzung der Nr. 97146 in die Nr. 97145 begehre, stehe dem bereits § 3 Abs. 3 der Abrechnungsbestimmungen der Beklagten in der Fassung vom 01.04.2007 entgegen, wonach nach Einreichung eines Behandlungsfalles zur Abrechnung bei der KVB eine Ergänzung der Abrechnung um noch nicht angesetzte Leistungspositionen oder ein Austausch angesetzter Leistungspositionen durch den Vertragsarzt ausgeschlossen sei. Die Klägerin hat mit Schriftsatz vom 21.05.2013 die Klage begründet. Die Klagebegründung entspricht voll inhaltlich der Begründung im Widerspruchsverfahren. Mit Schriftsatz vom 10.07.2013 hat sich die Beigeladene zu 2) (KBV) geäußert. Zwar gebiete die Entstehung des EBM als Ergebnis eines Verhandlungsprozesses nach der ständigen Rechtsprechung des BSG in erster Linie eine wortwörtliche Auslegung des EBM, allerdings könne und müsse es dort Raum für Auslegung geben, wo eine Leistungslegende mehrdeutig sei bzw. die Regelungssystematik nicht abschließend aus der Norm selbst erschließbar sei. Unter Anwendung dieser eng begrenzten Auslegungsmöglichkeiten ergebe sich vorliegend, dass als Operateur die Praxis, in der die ambulante Operation erbracht werde, zu verstehen sei. Gestärkt werde die Argumentation der Beigeladenen durch den Vergleich zur Nr. 31.4.3 EBM, wo der Begriff des "Operateurs" ebenfalls eine Rolle spiele. Nach Nr. 31601 EBM könnten bestimmte Leistungen auf "Überweisung" durch den "Operateur" erbracht werden. Da eine Überweisung nicht von Ärzten innerhalb einer Praxis, sondern nur zwischen zwei Vertragsarztsitzen bzw. Praxen mit eigener Abrechnungsnummer erfolgen könne, sei hier nur der "Vorgang" zwischen zwei Vertragsarztsitzen bzw. Praxen gemeint. Hieraus folge, dass in der EBM-Systematik unter dem überweisenden "Operateur" immer eine Vertragsarztpraxis mit einer Abrechnungsnummer zu verstehen sei, da der Arzt, der die Operation durchgeführt habe, die Überweisung nur über die Praxis durchführen könne, in der er tätig sei. Hierfür spreche auch, dass postoperative Gebührenordnungspositionen für dieselbe Operation, wie z.B. die Ziffer 31602, im Umkehrschluss sonst in einer Gemeinschaftspraxis/MVZ nur von dem Arzt abgerechnet werden könnten, der auch die Operation durchgeführt habe. Dies sei aber nicht der Fall.

Die Klägerin hat hierzu mit Schriftsatz vom 28.08.2013 Stellung genommen. In Anbetracht des klaren Wortlauts der Präambel 31.2.1 EBM liege schon keine unklare Regelung vor. Aus dem Wortlaut der Präambel 31.2.1 Ziffern 4 und 6 EBM sei deutlich ersichtlich, dass der EBM insbesondere zwischen Operateur und Anästhesist unterscheide. Hier sei die Rede von "der Operateur und der ggf. beteiligte Anästhesist". Auch in der Nr. 36.1 EBM finde sich derselbe Wortlaut. Aufgrund der klaren Differenzierung könne mit "Operateur" nicht auch der Anästhesist gemeint sein. Vorliegend seien die abgesetzten Anästhesieziffern nicht von dem Operateur, sondern von dem MVZ-internen Anästhesisten erbracht worden. Da der EBM gerade zwischen Operateur und Anästhesist unterscheide, könnten die Anästhesieleistungen auch entsprechend abgerechnet werden. Zwar seien die Anästhesisten wie der Operateur Teil des MVZ, aber dies könne aufgrund der Unterscheidung im EBM explizit zwischen Anästhesist und Operateur dahinstehen. Es komme nicht darauf an, ob unter einer oder zwei Abrechnungsnummern abgerechnet werde.

Die Beklagte hat zur Untermauerung ihrer Ansicht auf ein bestandskräftiges Urteil des Sozialgerichts München vom 25.11.2011 (Az.: S 43 KA 1323/08) hingewiesen. Mit weiterem Schriftsatz vom 06.11.2013 wurde nochmals vorgetragen, dass von der Beklagten aufgrund der Nr. 8 der Präambel zu Abschnitt 31.2.1 des EBM nur Leistungen abgesetzt worden seien, die in der Nr. 8 nicht genannt seien und in einem Zeitraum von drei Tagen beginnend mit dem Operationstag vom Operateur neben der ambulanten oder belegärztlichen Operation abgerechnet worden seien.

Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 08.11.2013 die Klage abgewiesen. Die Absetzung der von der Klägerin im Zusammenhang mit ambulanten Operationen erbrachten anästhesistischen Leistungen erweise sich als rechtmäßig. Anästhesien im Zusammenhang mit der Erbringung von ambulanten Operationen seien im EBM in der für das Quartal 2/2007 geltenden Fassung im Kapitel 31.5 geregelt. In der Präambel zu Kapitel 31.5 sei in der Nr. 1 geregelt, dass die Leistungen des Abschnitts 31.5.2 nur durch den Operateur erbracht werden könnten, die Leistungen nach Kapitel 31.5.3 nur von Fachärzten für Anästhesie. In der Präambel zu 31.5.3 sei dann in Satz 2 ausgeführt, dass im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 31.2 (ambulante und belegärztliche Operationen) durch einen anderen Vertragsarzt nur Anästhesien des Abschnitts 31.5.3, keine Anästhesien aus dem Kapitel 5 erbracht werden könnten. Anästhesien aus dem Kapitel 5 und damit die in den GOP 05330, 05340 und 05350 vorgesehenen Leistungen könnten somit im Zusammenhang mit ambulanten Operationen schon unabhängig davon, wer die Leistung erbringe, nicht abgerechnet werden. Die abgerechneten Ziffern hätten deshalb schon aufgrund der Sperrwirkung der Präambel zu 31.5.3 abgesetzt werden können. Auch die Absetzung der GOP 05310, mit der eine "präanästhesiologische Untersuchung bei einer ambulanten oder belegärztlichen Operation des Abschnitts 31.2" vergütet werde, sei rechtmäßig. Diese Gebührenordnungsposition, die zwar keine Anästhesie aus dem Kapitel 5 darstelle und deren Abrechnung damit nicht schon nach der Präambel zu Kapitel 31.5.3 ausgeschlossen sei, sei aufgrund der von der Beklagten zitierten Nr. 8 der Präambel zu Kapitel 31.2.1 sachlich-rechnerisch richtig zu stellen. Nach dieser Vorschrift könnten in einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, vom Operateur neben der ambulanten oder belegärztlichen Operation nur die dort aufgeführten Leistungen abgerechnet werden. Die GOP 05310 sei in dieser Aufzählung nicht enthalten. Streitig zwischen den Beteiligten sei allein die Frage, ob die von den im klägerischen MVZ beschäftigten Anästhesisten erbrachten Leistungen nach der GOP 05310 als solche des "Operateurs" im Sinne dieser Vorschrift gelten und damit abgesetzt werden könnten, mithin die Frage, wie der Begriff "Operateur" auszulegen sei. Auch wenn der Wortlaut der Präambel 31.2.1 Nr. 8 EBM für sich allein gesehen auf den ersten Blick nicht eindeutig erscheine, lasse der Regelungsgehalt sowohl der Präambel zu 31.2.1 als auch des EBM im Gesamten nur die Auslegung zu, dass unter Operateur die abrechnende (Gemeinschafts-) Praxis oder auch das abrechnende MVZ gemeint sei. Entscheidend sei hier, dass in den allgemeinen Bestimmungen des EBM in I.5.4 u.a. geregelt sei, dass der Nebeneinanderberechnungsausschluss des Abschnitts 31.2 neben den Leistungen des Abschnitts 31.5.3 sich nur auf die Erbringung der operativen Leistungen und der Anästhesie durch denselben Arzt beziehe. Aus dieser Regelung sei ersichtlich, dass unter "Operateur" im Sinne der Nr. 8 der Präambel 31.2.1 die abrechnende Praxis bzw. das abrechnende MVZ einschließlich der dort tätigen Anästhesisten zu verstehen sei, da davon ausgegangen werde, dass ein Nebeneinanderberechnungsausschluss zwischen den Leistungen des Abschnitts 31.2.1 und z.B. des Abschnitts 31.5.3 bestehe, der aber aufgehoben werde. Würde dagegen allein auf den behandelnden Arzt und nicht die Praxis abgestellt, bestünde schon kein Nebeneinanderberechnungsausschluss. Für die GOP 05310, die im vorliegenden Fall ebenfalls von den Anästhesisten des MVZ erbracht worden sei, werde in den allgemeinen Bestimmungen I.5.4 aber gerade keine Ausnahmeregelung getroffen. Eine Auslegung des Begriffs "Operateur" in Nr. 8 der Präambel zu 31.2.1 würde somit eine erweiternde Auslegung der allgemeinen Bestimmungen I.5.4 des EBM bedeuten, die gerade nicht möglich sei. Dies bestätige auch die Regelung in Nr. 5 der Präambel 31.2.1, wo geregelt sei, dass die Leistungen dieses Abschnitts sämtliche durch den Operateur erbrachten ärztlichen Leistungen, Untersuchungen am Operationstag, Verbände, ärztliche Abschlussuntersuchungen, einen postoperativen Arzt-Patienten-Kontakt ab dem ersten Tag nach der Operation, Dokumentationen und Beratungen einschließlich des Abschlussberichts an den Hausarzt umfassen. Auch daraus ergebe sich, dass, wenn von Operateur die Rede sei, auf die abrechnende Praxis bzw. das abrechnende MVZ als Ganzes abgestellt werde. Zutreffend sei, dass in den Nrn. 4 und 6 der Präambel zu 31.2.1 vom "Operateur und/der ggf. beteiligte Anästhesist" die Rede sei und insofern eine Unterscheidung getroffen werde. Diese Ziffern der Präambel würden aber Verpflichtungen der Ärzte bezüglich der Durchführung der zu erbringenden Leistungen (z.B. Dokumentationspflichten) betreffen und sich nicht wie Nr. 8 und Nr. 5 auf die Abrechnungsmodalitäten beziehen und könnten daher zur Auslegung der Nr. 8 nicht herangezogen werden. Auch die Absetzung der augenärztlichen Leistungsziffern durch die Beklagte sei rechtmäßig. Die Absetzung dieser Leistungen, die innerhalb von drei Tagen nach der ambulanten Operation erbracht worden seien, habe ebenfalls auf der Rechtsgrundlage der Nr. 8 der Präambel zu 31.2.1 EBM vorgenommen werden dürfen. Die Argumentation der Klägerseite, es habe sich dabei um Eingriffe am nicht operierten Auge gehandelt, führe unabhängig davon, ob dies zutreffend sei, nicht weiter. Der Wortlaut der Nr. 8 sei eindeutig. Es würden abschließend alle Leistungen aufgezählt, die vom Operateur und damit dem abrechnenden MVZ in einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag abgerechnet werden könnten. Die von der Beklagten abgesetzten GOPs seien dort nicht aufgeführt. Der EBM mache keine Einschränkung oder Differenzierung dahingehend, an welchem Körperteil diese Leistungen erbracht worden seien oder ob die Leistungen im Zusammenhang mit der Operation stehen, es würden kategorisch alle Leistungen, die dort nicht aufgezählt würden, ausgeschlossen. Zu Recht habe die Beklagte in zwei Fällen die abgerechneten Gebührenordnungsziffern GOP 97146, 97147 und 97148 abgesetzt. Die Ziffer 97145 sei die Grundpauschale für das Anästhesieverfahren einer ambulanten Operation, bei den übrigen Ziffern handle es sich um Zuschläge. Da der Kläger die Grundpauschale nicht abgerechnet habe, habe die Beklagte die Zuschläge zu Recht abgesetzt. Der Kläger habe auch keinen Anspruch auf eine nachträgliche Umsetzung der GOP 97146 in die GOP 97145. Es bestehe keine Rechtspflicht der Beklagten, diese Umsetzung vorzunehmen. In den Abrechnungsbestimmungen der Beklagten sei in § 3 Abs. 3 geregelt, dass nach Einreichung eines Behandlungsfalles zur Abrechnung bei der Beklagten eine Ergänzung dieser Abrechnung um noch nicht angesetzte Leistungspositionen oder ein Austausch angesetzter Leistungspositionen durch den Vertragsarzt ausgeschlossen sei. Diese Regelung schließe somit einen Anspruch des Klägers auf Umsetzung aus. Der Umfang des betroffenen Honorarvolumens sei nicht so groß, dass es unvereinbar mit dem nach Art. 12 GG geschützten Recht der Vertragsärzte auf Honorierung ihrer Leistungen wäre, die Leistungen von der Vergütung auszuschließen. Es sei hier um nur zwei Patienten gegangen, das abgesetzte Honorar betrage nach Mitteilung der Beklagten 530,50 EUR. Im Verhältnis zum Gesamthonorar der Klägerin, das laut Honorarbescheid im Quartal 2/2007 1.472.361,- EUR betragen habe, sei der Eingriff nicht unverhältnismäßig, es handle sich um ca. 0,4 % des Gesamthonorarvolumens. Hiergegen richtet sich die Berufung der Klägerin vom 16.01.2014, die mit Schriftsatz vom 20.02.2014 näher begründet wurde. Die Absetzungen unter dem Berichtigungskürzel UR 4206, insbesondere der GOP 05310 in insgesamt 150 Fällen sowie die Absetzung der augenärztlichen Leistungsziffern in 133 Fällen seien nicht rechtmäßig. Es sei zu berücksichtigen, dass die Leistungen nach der GOP 05310 EBM nicht vom Operateur, sondern von den Anästhesisten erbracht worden seien. Grundsätzlich habe die Auslegung der vertragsärztlichen Gebührenordnung nach gefestigter höchstrichterlicher Rechtsprechung in erster Linie anhand des Wortlauts der Leistungslegende zu erfolgen. Unabhängig davon, ob man den Wortlaut der Nr. 8 der Präambel 31.2.1 EBM als eindeutig oder auf den ersten Blick nicht als eindeutig ansehe, lasse der Regelungsgehalt zu der Präambel zu 31.2.1 als auch der EBM im Gesamten nur die Auslegung zu, dass unter "Operateur" nicht auch der Anästhesist zu verstehen sei. Zum einen spreche der Wortlaut der gesamten Präambel

31.2.1 für eine derartige Auslegung, da aus 31.2.1 Ziffern 4 und 6 EBM deutlich hervor gehe, dass wörtlich von "der Operateur und der ggf. beteiligte Anästhesist" die Rede sei und demzufolge ganz offensichtlich zwischen diesen beiden unterschieden werde. Es möge durchaus zutreffend sein, dass sich die Ziffern 4 und 6 anders als die Ziffern 5 und 8 nicht auf die Abrechnungsmodalitäten beziehen, sondern nur die Verpflichtungen der Ärzte bezüglich der Durchführung der zu erbringenden Leistungen betreffen. Es sei dennoch möglich, diese Ziffern zur Auslegung heran zu ziehen. Es würde dem Sinn der einführenden Präambel widersprechen, wenn innerhalb dieser ein Begriff unterschiedlich auszulegen wäre. Sinn und Zweck des Nebeneinanderabrechnungsausschlusses von Nr. 8 Präambel 31.2.1 sei die Vermeidung von Doppelabrechnungen. So besage die allgemeine Bestimmung Nr. I.5.4 EBM, dass sich die im EBM bestehenden Nebeneinanderabrechnungsausschlüsse nur auf die Erbringung der operativen Leistungen und der Anästhesie durch denselben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt beziehen. Dabei sei "denselben" Arzt hervorzuheben. Hieraus sei eindeutig zu entnehmen, dass es vermieden werden solle, dass der operierende Arzt, wenn er die Anästhesie zusätzlich übernehme, diese noch zusätzlich zu den operativen Leistungen abrechnen könne. Die operativen Leistungen stellten an sich ein Mehr gegenüber der Anästhesie dar, so dass diese in solchen Fällen dadurch mitabgegolten würde. Der Ausschluss könne auch nicht damit begründet werden, dass die Auslegung des EBM dazu führe, dass unter "Operateur" im Sinne der Nr. 8 der Präambel 31.2.1 die abrechnende Praxis bzw. das abrechnende MVZ einschließlich der Anästhesisten zu verstehen sei. Eine derartige Interpretation schlage bei Zusammenschau beider Sätze des I.5.4 EBM der allgemeinen Bestimmungen völlig fehl. Wäre pauschal unter der "Operateur" auch die Gemeinschaftspraxis oder das MVZ zu verstehen, bräuchte es nicht die Erläuterungen des Satzes 2. Satz 2 der allgemeinen Bestimmungen I.5.4 EBM stelle klar, dass es insbesondere darauf ankomme, dass die Gebührenordnungspositionen durch Vertragsärzte verschiedener Fachgruppen erbracht würden. Sei dies der Fall, dann werde der Nebeneinanderabrechnungsausschluss aufgehoben. Dies bedeute im Umkehrschluss letztendlich, dass es zwar zutreffend sei, dass mit "demselben Arzt" auch die Gemeinschaftspraxis gemeint sei. Dies aber nur dann, wenn die Gemeinschaftspraxis zwischen Ärzten gleicher Fachgruppen bestehe. Würden die operativen Leistungen und die Anästhesie durch Vertragsärzte verschiedener Fachrichtungen erbracht, dann besage Satz 2 der allgemeinen Bestimmungen I.5.4 EBM, dass ein Nebeneinanderabrechnungsausschluss auch in Teil-Berufsausübungsgemein- schaften, Arztpraxen mit angestellten Ärzten und MVZs von Anästhesisten und operativ tätigen Vertragsärzten keine Anwendung finde. Letztendlich könne die Diskussion um die Auslegung auch dahinstehen, da die GOP 05310 nicht in den Abrechnungsausschluss der Nr. 8 der Präambel 31.2.1 falle. Auch die Absetzungen der augenärztlichen Leistungsziffern seien zu Unrecht erfolgt, der Abrechnungsausschluss Nr. 8 Präambel 31.2.1 EBM beziehe sich nur auf Leistungen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Operation an sich stehen würden. Würde wie vorliegend das linke Auge operiert, stehe die Behandlung des rechten Auges nicht in unmittelbarem Zusammenhang zu der Operation des linken Auges. Die Beklagte habe weiter zu Unrecht die Umsetzung der Ziffern 97146, 97147, 97148 in die Ziffern 97145, 97147 und 97148 EBM 2000 plus verweigert. Ein Anspruch auf Umsetzung dieser Ziffern bestehe aufgrund der gängigen Verwaltungspraxis der Beklagten.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 06.06.2014 hinsichtlich der Absetzung der GOP 05330, 05340 und 05350 ausgeführt, diese sei schon deshalb rechtmäßig, weil in der Präambel des Abschnitts 31.5.3 geregelt sei, dass im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 31.2 keine Anästhesien aus dem Kapitel 5 erbracht werden könnten. Auch die sachlich-rechnerische Richtigstellung der GOP 05310 sei in Hinblick auf die Nr. 8 der Präambel zu Kapitel 31.2.1 rechtmäßig erfolgt. Das Sozialgericht habe zu Recht ausgeführt, dass der Regelungsgehalt sowohl der Präambel zu 31.2.1 als auch des EBM im Gesamten nur die Auslegung zulasse, dass unter Operateur die abrechnende Gemeinschaftspraxis oder auch das abrechnende MVZ gemeint sei. Das Sozialgericht München habe zutreffend zur Untermauerung der Argumentation, dass mit Operateur im Sinne der Nr. 8 nur die abrechnende Praxis bzw. das abrechnende MVZ und nicht der einzelne Arzt gemeint sein könne, zunächst die Nr. 5.4 des Abschnitts I allgemeine Bestimmungen des EBM herangezogen, der gewisse Ausnahmen vom Abrechnungsausschluss nach Nr. 8 der Präambel zu Kapitel 31.2 vorsehe. Aus dieser Regelung werde nochmals deutlich, dass mit Operateur nur die abrechnende Praxis bzw. das abrechnende MVZ gemeint sein könne und nicht der einzelne innerhalb des MVZ tätige Arzt. Wäre dem nicht so, sondern würde hier auf den behandelnden Arzt abgestellt, so wäre eine Aufhebung in Satz 2 des zunächst auch für ein MVZ geltenden Abrechnungsausschlusses nicht erforderlich. Zu Recht seien somit die von dem im klägerischen MVZ beschäftigten Anästhesisten erbrachten Leistungen als solche des Operateurs angesehen worden. Die allgemeine Systematik des EBM beziehe sich im Übrigen auch bei Abrechnungsausschlüssen immer auf die abrechnende Einheit mit eigener Abrechnungsnummer. Das zugelassene MVZ nehme gemäß § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Es rechne mit einer eigenen Abrechnungsnummer gegenüber der Beklagten ab. Sei die präanästheologische Leistung nach GOP 05310 am Tag oder einige Tage vor der Operation durchgeführt und abgerechnet worden, erfolge keine Absetzung wegen Überschreitens der Drei-Tages-Frist. Auch die Richtigstellung der GOP 06220, 06330, 06331, 06333, 06352 sei vom Sozialgericht München zu Recht bestätigt worden. Nach dem Wortlaut des EBM gebe es keine Einschränkung oder Differenzierung, an welchem Körperteil diese Leistungen erbracht worden seien oder ob die Leistungen im Zusammenhang mit der Operation stehen. Es seien nach dem Wortlaut kategorisch alle Leistungen ausgeschlossen, die dort nicht aufgezählt seien. Auch die sachlich-rechne-rische Korrektur der strukturvertraglichen Leistungsziffern 97146, 97147 und 97148 in zwei Fällen sei nicht zu beanstanden. Das Bayer. Landessozialgericht (Az.: L 12 KA 139/12) habe bestätigt, dass aufgrund der rechtmäßigen Abrechnungsbestimmungen grundsätzlich kein Anspruch auf Umsetzung bestehe. Ein unverhältnismäßiger Eingriff durch den Abrechnungsausschluss könne in Hinblick darauf, dass das abgesetzte Honorar im Verhältnis zum Gesamthonorar nur ca. 0,4 % betrage, nicht angenommen werden. Die Beklagte hat mit Schreiben vom 23.06.2015 noch vorgetragen, dass ein Vorab-Regelwerk innerhalb der Praxissoftware lediglich ein Service für den Abrechner sei, ihn aber nicht davon entbinde, dafür Sorge zu tragen, die jeweils gültigen Rechtsnormen einzuhalten.

II.

Die Beklagte hat mit Richtigstellungsbescheid vom 17.02.2010 im Quartal 2/2009 unter anderem sachlich-rechnerische Richtigstellungen bei den GOP 05310 und 05340 EBM 2000plus im Zusammenhang mit ambulanten Operationen sowie bei der GOP 36831 EBM 2000plus vorgenommen. Hiergegen richtet sich der Widerspruch der Klägerin vom 02.03.2010. Zu den noch streitigen Richtigstellungen hat der Kläger hinsichtlich der GOP 05310 EBM ausgeführt, dass es grundsätzlich richtig sei, dass bei einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, neben der ambulanten oder belegärztlichen Operation nur die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 EBM genannten Leistungen berechnet werden könnten. Die Absetzung der anästhesistischen Ziffern sei zu Unrecht erfolgt, da die Präambel 31.2.1 Nr. 8 EBM nur die Abrechnung gewisser Leistungsziffern ausschließe, welche vom Operateur in einem Zeitraum von drei Tagen beginnend am Operationstag abgerechnet würden. Hier sei zu berücksichtigen, dass der Kläger ein MVZ sei, in welchem neben Augenärzten auch Anästhesisten tätig seien. Die abgesetzten Anästhesie-Ziffern seien vorliegend nicht von den Operateuren, sondern von den Anästhesisten erbracht worden. Die KV Bayern sei bundesweit die einzige Kassenärztliche Vereinigung, welche die Rechtsauffassung vertrete, die Ziffer 05310 EBM 2000plus sei insoweit nicht abrechenbar. Die sachlich-rechnerischen Richtigstellungen bezüglich der GOP 36831 EBM 2000plus

bei den Dres. K., U. und R. wegen Fachfremdheit seien insoweit zu beanstanden, als diese Kürzungen nicht hätten ersatzlos erfolgen dürfen, sondern insoweit eine Umsetzung in die GOP 36801 EBM 2000plus hätte erfolgen müssen. Die Beklagte hat dem Widerspruch der Klägerin mit Teilabhilfebescheid vom 19.12.2012 zum Teil entsprochen. Bezüglich der noch offenen Punkte (GOP 33000, 33001, 05310 und 05340 sowie 36831) erfolgte eine Weiterleitung an die Widerspruchsstelle. Die Beklagte hat mit Widerspruchsbescheid vom 14.03.2012 den Widerspruch der Klägerin, soweit ihm nicht mit Bescheid vom 19.12.2011 abgeholfen wurde, zurückgewiesen. Zu den abgesetzten GOP 05310 und 05340 EBM neben ambulanten Operationsleistungen werde auf die Ziffer 8 der Präambel zum Abschnitt 31.2 "Ambulante und belegärztliche Operationen" hingewiesen, wonach neben der ambulanten Operation nur die dort ausdrücklich aufgeführten Gebührenordnungspositionen abgerechnet werden könnten und die GOP 05310 und 05340 in dieser Aufzählung nicht enthalten seien. Eine Ausnahme stelle lediglich die in den Gemeinschaftspraxen bzw. medizinischen Versorgungszentren zulässige Nebeneinanderberechnung von Narkose und Operationsleistungen nach den Allgemeinen Bestimmungen I.5.3 EBM dar. Nach den Allgemeinen Bestimmungen A I 5.3 EBM würden sich die Nebeneinanderberechnungsausschlüsse der Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 neben den GOPs 05330 und 05331 sowie der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.2 neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 nur auf die Erbringung der operativen Leistungen und der Anästhesie durch denselben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt beziehen. Bei Erbringung der Gebührenordnungsposition durch Vertragsärzte verschiedener Fachgruppen finde dieser Ausschluss, auch in (Teil-)Berufsausübungs-gemeinschaften, Arztpraxen mit angestellten Ärzten und medizinischen Versorgungszentren von Anästhesiologen mit operativ tätigen Vertragsärzten, keine Anwendung. Daher sei die Absetzung der GOP 05310 und 05540 im Zusammenhang mit Leistungen des Abschnitts 31.2 in den betreffenden Fällen zu Recht erfolgt. Eine nachträgliche Umsetzung der falsch abgerechneten GOP 36831 in die richtige GOP 36801 sei ausgeschlossen. Nach der Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und den Krankenkassen über die Vergütung und Honorierung vertragsärztlicher Leistungen sei die nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung von fehlerhaft oder unvollständig durchgeführten Leistungen für bereits zur Abrechnung eingereichte Behandlungsfälle durch den Arzt ausgeschlossen. Nach § 3 der Abrechnungsbestimmungen der KVB seien die Abrechnungen unter Beachtung der dafür geltenden Regelungen innerhalb der von der KVB festgesetzten Fristen einzureichen. Eine Fristverlängerung sei vor Fristablauf in begründeten Ausnahmefällen auf Antrag möglich. Nach Einreichung eines Behandlungsfalles zur Abrechnung bei der KVB sei eine Ergänzung dieser Abrechnung um noch nicht angesetzte Leistungspositionen oder ein Austausch angesetzter Leistungspositionen durch den Vertragsarzt ausgeschlossen.

Hiergegen richtet sich die Klage der Klägerin vom 02.04.2012 zum Sozialgericht München. Zur Absetzung der GOP 05310 sei zu berücksichtigen, dass es sich bei der Klägerin um ein MVZ handle, in welchem neben Augenärzten auch Anästhesisten tätig seien. Die abgesetzten Anästhesie-Ziffern seien vorliegend nicht von den Operateuren, sondern von den Anästhesisten erbracht worden. Die Absetzung der anästhesistischen Ziffern sei deshalb zu Unrecht erfolgt, da die Präambel 31.2.1 Nr. 8 EBM nur die Abrechnung gewisser Leistungsziffern ausschließe, welche vom Operateur in einem Zeitraum von drei Tagen beginnend ab dem Operationstag abgerechnet würden. Da es sich bei den abgerechneten Leistungen gerade um Leistungen von Anästhesisten und nicht von Operateuren handle, seien die Anästhesieleistungen zu Unrecht abgesetzt worden und entsprechend nachzuvergüten. Zur abgelehnten Umsetzung der GOP 36831 in die GOP 36801 hat der Kläger ausgeführt, dass zwar nach dem Honorarverteilungsvertrag die Nachberichtigung und Ergänzung von fehlerhaft und unvollständig durchgeführten Leistungen für bereits zur Abrechnung eingereichte Behandlungsfälle durch den Arzt ausgeschlossen sei, dies aber nicht den hier streitgegenständlichen Fall treffe, weil der Kläger nicht nachträglich die Berichtigung oder Ergänzung von fehlerhaft oder unvollständig durchgeführten Leistungen für bereits zur Abrechnung eingereichte Behandlungsfälle begehre. Eine nachträgliche Berichtigung sei insoweit durchaus möglich und werde in gängiger Praxis von der Beklagten jedes Quartal in einer Vielzahl von Fällen durchgeführt. Vorliegend habe der Kläger die geltend gemachten Leistungen mit der Quartalsabrechnung fristgerecht eingereicht und lediglich die GOP 36831 versehentlich falsch angesetzt, da diese nur für Anästhesisten gelte, richtigerweise habe der Kläger die GOP 36801 ansetzen wollen. Hierzu hat die Beklagte mit Schriftsatz vom 23.10.2013 Stellung genommen. Die Richtigstellung der unter den GOP 05310, 05340 EBM 2000plus geltend gemachten medizinischen Leistungen sei zu Recht erfolgt, da es sich bei den vorliegend streitigen Leistungen um keine abrechnungsfähigen Maßnahmen handle. Die Abrechnungsbestimmungen der Beklagten in der Fassung vom 01.04.2009, anwendbar auf Abrechnungsfälle ab Quartal 2/2009 würden keine Regelung vorsehen, die eine Änderung der bereits eingereichten Abrechnungsfälle zulasse. Die nachträgliche Korrektur von bereits eingereichten Abrechnungsscheinen sei nach diesen Vorschriften ausgeschlossen. Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 08.11.2013 die Klage abgewiesen. Die von der Beklagten vorgenommene Absetzung der vom Kläger im Zusammenhang mit ambulanten Operationen erbrachten anästhesistischen Leistungen erweise sich als rechtmäßig. Anästhesien im Zusammenhang mit der Erbringung von ambulanten Operationen seien im EBM in der für das Quartal 2/09 geltenden Fassung in Kapitel 31.5 geregelt. In der Präambel zu Kapitel 31.5 sei in der Nr. 1 geregelt, dass die Leistungen des Abschnitts 31.5.2 nur durch den Operateur erbracht werden könnten, die Leistungen nach Kapitel 31.5.3 nur von Fachärzten für Anästhesie. In der Präambel zu 31.5.3 sei in Satz 2 ausgeführt, dass im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 31.2 (ambulante Operationen) durch einen anderen Vertragsarzt nur Anästhesien des Abschnitts 31.5.3, keine Anästhesien aus dem Kapitel 5 oder dem Abschnitt 36.5 erbracht werden könnten. Die mit der GOP 05340 vergütete "Überwachung der Vitalfunktionen" falle damit als Teil der Anästhesien aus dem Kapitel 5 unter die Sperrwirkung der Präambel zu 31.5.3 und könne somit im Zusammenhang mit ambulanten Operationen, unabhängig davon, wer die Leistung erbringe, nicht abgerechnet werden. Auch die Absetzung der GOP 05310 sei rechtmäßig. Diese GOP sei zwar keine Anästhesie aus dem Kapitel 5 und damit nicht schon nach der Präambel zu Kapitel 31.5.3 ausgeschlossen, sei aber auf Grund der von der Beklagten zitierten Nr. 8 der Präambel zu Kapitel 31.2 sachlich-rechnerisch richtig zu stellen. Nach dieser Vorschrift könnten in einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, vom Operateur neben der ambulanten oder belegärztlichen Operation nur die dort aufgeführten Leistungen berechnet werden. Die GOP 05310 sei in dieser Aufzählung nicht enthalten. Zwischen den Beteiligten sei die Frage streitig, ob die von den im MVZ beschäftigten Anästhesisten erbrachten Leistungen nach der GOP 05310 als solche des "Operateurs" im Sinne dieser Vorschrift gelten, also die Frage, wie der Begriff "Operateur" auszulegen sei. Auch wenn der Wortlaut der Präambel 31.2.1 Nr. 8 für sich allein gesehen auf den ersten Blick nicht eindeutig erscheine, lasse der Regelungsgehalt sowohl der Präambel zu 31.2.1 als auch des EBM im Gesamten nur die Auslegung zu, dass unter Operateur die abrechnende (Gemeinschafts)Praxis oder auch das abrechnende MVZ gemeint sei. Entscheidend sei hier, dass in den Allgemeinen Bestimmungen des EBM in I.5.3 unter anderem geregelt sei, dass der Nebeneinanderberrechnungsausschluss der Leistungen des Abschnitts 31.2 neben den Leistungen des Abschnitts 31.5.3 sich nur auf die Erbringung der operativen Leistungen und der Anästhesie durch denselben Arzt beziehe. "Bei Erbringung der Leistung durch Ärzte verschiedener Fachrichtungen finde dieser Ausschluss auch in Gemeinschaftspraxen bzw. medizinischen Versorgungszentren von Anästhesiologen mit operativ tätigen Vertragsärzten keine Anwendung". Aus dieser Regelung sei ersichtlich, dass unter "Operateur" im Sinne der Nr. 8 der Präambel 31.2.1 die abrechnende Praxis bzw. das abrechnende MVZ einschließlich der dort tätigen Anästhesisten zu verstehen sei, da davon ausgegangen werde, dass ein Nebeneinanderabrechnungsausschluss zwischen den Leistungen des Abschnitts 31.2 und zum Beispiel des Abschnitts 31.5.3 bestehe, der aber aufgehoben werde. Würde nur auf den behandelnden Arzt abgestellt, bestünde

schon kein Nebeneinanderabrechnungsausschluss. Für die GOP 05310, die im vorliegenden Fall ebenfalls von den Anästhesisten des MVZ erbracht worden sei, werde in den Allgemeinen Bestimmungen des EBM I.5.3 aber gerade keine Ausnahmeregelung getroffen. Eine Auslegung des Begriffs "Operateur" in Nr. 8 der Präambel zu 31.2.1 würde somit eine erweiternde Auslegung der Allgemeinen Bestimmungen I.5.3 des EBM bedeuten, die gerade nicht möglich sei. Die von der Beklagten vorgenommene zutreffende Auslegung werde auch durch die Regelung in Nr. 5 der Präambel 31.2.1 der Präambel bestätigt, wo geregelt sei, dass die Leistungen dieses Abschnitts sämtliche durch den Operateur erbrachten ärztlichen Leistungen, Untersuchungen am Operationstag, Verbände, ärztliche Abschlussuntersuchungen, einen postoperativen Arzt-Patienten-Kontakt ab dem ersten Tag nach der Operation, Dokumentationen und Beratungen einschließlich des Abschlussberichts an den Hausarzt umfassen. Auch daraus ergebe sich, dass, wenn vom Operateur die Rede sei, auf die abrechnende Praxis bzw. das abrechnende MVZ als Ganzes abgestellt werde. Zutreffend sei, dass in den Nrn. 4 und 6 der Präambel zu 31.2.1 von "Operateur und/oder der gegebenenfalls beteiligte Anästhesist" die Rede sei und insofern eine Unterscheidung getroffen werde. Diese Ziffern der Präambel würden aber Verpflichtungen der Ärzte betreffend die Durchführung der zu erbringenden Leistungen, zum Beispiel Dokumentationspflichten regeln und sich nicht wie die Nr. 8 und die Nr. 5 auf die Abrechnungsmodalitäten beziehen und könnten daher zur Auslegung der Nr. 8 nicht herangezogen werden. Zwischen den Beteiligten sei unstreitig, dass die Beklagte die abgerechneten Leistungen der GOP 36831 zu Recht wegen fehlender Voraussetzung abgesetzt habe. Es bestehe keine Rechtspflicht der Beklagten, diese Umsetzung vorzunehmen. In den Abrechnungsbestimmungen der Beklagten in der im streitgegenständlichen Quartal geltenden Fassung sei in § 3 Abs. 3 geregelt, dass nach Einreichung eines Behandlungsfalles zur Abrechnung bei der Beklagten eine Ergänzung dieser Abrechnung um noch nicht angesetzte Leistungspositionen oder ein Austausch angesetzter Leistungspositionen durch den Vertragsarzt ausgeschlossen sei. Der Ausschluss stelle auch keinen unverhältnismäßigen Eingriff in die Rechte der Klägerin dar. Weder sei ersichtlich, dass es sich um einen offensichtlichen Fehler im Sinne der Rechtsprechung handle noch lägen Anhaltspunkte dafür vor, dass der Umfang des betroffenen Honorarvolumens so groß sei, dass es unvereinbar mit dem nach Art. 12 GG geschützten Recht der Vertragsärzte auf Honorierung ihrer Leistungen wäre, die Leistungen von der Vergütung auszuschließen.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Klägerin vom 27.01.2014, die mit Schriftsatz vom 20.02.2014 näher begründet wurde. Die Absetzung der anästhesistischen Ziffer 05310 EBM sei zu Unrecht erfolgt, da die Präambel 31.2.1. Nr. 8 EBM nur die Abrechnung gewisser Leistungsziffern erlaube, welche vom Operateur in einem Zeitraum von drei Tagen beginnend am Operationstag abgerechnet werden könnten. Zentrale Streitfrage sei, ob die von den im klägerischen MVZ beschäftigten Anästhesisten erbrachten Leistungen nach der GOP 05310 als solche des "Operateurs" im Sinne dieser Vorschrift gelten und damit abgesetzt werden könnten. Unabhängig davon, ob man den Wortlaut der Nr. 8 Präambel 31.2.1 EBM als eindeutig oder auf den ersten Blick als nicht eindeutig ansehe, lasse der Regelungsgehalt sowohl der Präambel zu 31.2.1 als auch der EBM im Gesamten nur die Auslegung zu, dass unter "Operateur" nicht auch der Anästhesist zu verstehen sei. Zum einen spreche der Wortlaut der gesamten Präambel 31.2.1 für eine derartige Auslegung, da aus 31.2.1 Ziffern 4 und 6 EBM deutlich hervorgehe, dass wörtlich von "der Operateur und der gegebenenfalls beteiligte Anästhesist" die Rede sei und demzufolge ganz offensichtlich zwischen diesen beiden unterschieden werde. Es sei zwar zutreffend, dass sich diese Ziffern nicht auf Abrechnungsmodalitäten beziehen, sondern nur auf Verpflichtungen der Ärzte bezüglich der Durchführung der zu erbringenden Leistungen. Dennoch könnten diese Ziffern zur Auslegung herangezogen werden. Sinn und Zweck des Nebeneinanderabrechnungsausschlusses der Nr. 8 Präambel 31.2.1 sei die Vermeidung von Doppelabrechnungen. So besage die Allgemeine Bestimmung Nr. I.5.4 EBM, dass sich die im EBM bestehenden Nebeneinanderabrechnungsausschlüsse nur auf die Erbringung der operativen Leistungen und der Anästhesie durch denselben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt beziehen. Hieraus sei eindeutig zu entnehmen, dass es vermieden werden solle, dass der operierende Arzt, wenn er die Anästhesie zusätzlich übernehme, diese noch zusätzlich zu den operativen Leistungen abrechnen könne. Die operativen Leistungen würden an sich ein Mehr gegenüber der Anästhesie darstellen, so dass dann diese in solchen Fällen mitabgegolten würden. Für die Meinung der Beklagten spreche auch nicht die Nr. I.5.4 EBM. Satz 2 der Allgemeinen Bestimmungen I.5.4 EBM stelle klar, dass es insbesondere darauf ankomme, dass die Gebührenordnungspositionen durch Vertragsärzte verschiedener Fachgruppen erbracht würden. Sei dies der Fall, dann werde der Nebeneinanderabrechnungsausschluss aufgehoben. Dies bedeute im Umkehrschluss letztendlich, dass es zwar zutreffend sei, dass mit "demselben Arzt" auch die Gemeinschaftspraxis gemeint sei. Dies aber nur dann, wenn die Gemeinschaftspraxis zwischen Ärzten gleicher Fachgruppen bestehe. Demnach komme es entscheidend darauf an, ob die operativen Leistungen und die Anästhesie durch denselben Arzt oder durch Vertragsärzte verschiedener Fachrichtungen erbracht würden. Letztlich könne die Diskussion um die Auslegung auch dahinstehen, da die GOP 05310 nicht in den Zeitraum der Nr. 8 der Präambel 31.2.1 falle. In den überwiegenden Fällen würden diese präanästhesiologischen Untersuchungen nicht nur vor der Operation, sondern ein paar Tage vor dem Operationstag vorgenommen. Die Klägerin habe auch einen Anspruch auf Umsetzung der GOP 36831 in die GOP 36801 auf Grund der gängigen Verwaltungspraxis der KVB. Insbesondere bei derartigen offensichtlichen Fehlern erfolge automatisch eine telefonische oder schriftliche Rücksprache mit den Ärzten bzw. eine automatische Umsetzung in die richtigen Ziffern.

Der Prozessbevollmächtigte der Klägerin stellt den Antrag, die Urteile des Sozialgerichts München vom 08.11.2013 mit den Az.: S 49 KA 405/10 und S 49 KA 399/12 und die Bescheide vom 10.10.2007 und 17.02.2010 in der Fassung der Widerspruchsbescheide vom 09.06.2010 und 14.03.2012 aufzuheben, soweit bezüglich Quartal 2/07 die GOPs 05310, 05330, 05340, 05350 EBM sowie 06220, 06330, 06331, 06333, 06352 und 33001 EBM und die strukturvertraglichen Leistungen 97146, 97147 und 97148 abgesetzt wurden, insoweit ist eine Umsetzung der Ziffer 97146 in die Ziffer 97145 vorzunehmen und der gesamte Komplex zu vergüten und weiter die Absetzungen im Quartal 2/09 bezüglich der GOPs 05310 und 05340 EBM 2000 aufzuheben und die GOP 36831 EBM in die GOP 36801 EBM umzusetzen.

Die Beklagte stellt den Antrag, die Berufungen der Klägerin zurückzuweisen.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 06.06.2014 vorgetragen, dass die Absetzung der GOP 05340 schon deshalb rechtmäßig erfolgt sei, weil in der Präambel des Abschnitts 31.5.3 geregelt sei, dass im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 31.2 keine Anästhesien aus dem Kapitel 5 abgerechnet werden könnten. Hinsichtlich der Absetzung der GOP 05310 werde auf die Ausführungen im Verfahren L 12 KA 9/14 verwiesen. Einer Umsetzung der GOP 36831 in die GOP 36801 stehe die Vorschrift des § 3 Abs. 3 der im Quartal 2/09 gültigen Abrechnungsbestimmungen der Beklagten entgegen.

Die Streitsachen L 12 KA 9/14 KA und L 12 KA 14/14 wurden zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung unter dem führenden Az.: L 12 KA 9/14 verbunden.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakten der Beklagten, die SG-Akten S 49 KA 399/12, S 49 KA 405/10 und die LSG-Akten L 12 KA 9/14 und L 12 KA 14/14 zur Entscheidung vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren weiteren Inhalt

ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die Berufungen der Klägerin sind zulässig, aber nicht begründet. Das Sozialgericht München hat mit den angegriffenen Urteilen vom 08.11.2013 zu Recht die Klagen der Klägerin abgewiesen. Die Beklagte hat mit den Richtigstellungsbescheiden vom 10.10.2007 (Quartal 2/2007) und 17.02.2010 (Quartal 2/2009) in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 09.06.2010 und 14.03.2012 zu Recht die nach den zuletzt gestellten Anträgen noch streitigen GOP 05310, 05330, 05340, 05350 EBM sowie die sonstigen augenärztlichen GOP 06220, 06330, 06331, 06333, 06352 und 33001 EBM und die strukturvertraglichen Leistungen 97146, 97147 und 97148 in Quartal 2/07 abgesetzt bzw. im Quartal 2/2009 die GOP 05310 und 05340 abgesetzt und die Umsetzung der GOP 36831 in die GOP 36801 abgelehnt.

1. Absetzungen im Quartal 2/07 (L 12 KA 9/14)

a) Absetzung der anästhesiologischen GOP 05310, 05330, 05340 und 05350 in Zusammenhang mit ambulanten Operationen.

Der Abrechnung der GOP 05330, 05340 und 05350 EBM stehen bereits die Abrechnungsausschlüsse des Kapitels 31.5 (Anästhesien im Zusammenhang mit Eingriffen des Abschnitts 31.2 - ambulante Operationen) entgegen. In dessen Satz 1 heißt es zunächst, dass die Berechnung von Anästhesien des Abschnitts 31.5.3 voraussetzt, dass ein anderer Vertragsarzt in diesem Zusammenhang eine Leistung entsprechend einer Gebührenordnungsposition des Abschnitts 31.2 erbringt und berechnet. Sodann heißt es einschränkend in Satz 2, dass "im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen entsprechend einer Gebührenordnungsposition des Abschnitts 31.2 durch einen anderen Vertragsarzt nur Anästhesien des Abschnitts 31.5.3, aber keine Anästhesien aus dem Kapitel 5 oder dem Abschnitt 36.5 erbracht werden können. Auf der Grundlage dieses Ausschlusses hat die Beklagte die Leistungen der GOP 05330, 05340 und 05350 EBM zu Recht abgesetzt. Der Ausschluss des Satzes 2 der Nr. 31.5.3 gilt allerdings nicht für die GOP 05310. Diese steht zwar ebenfalls im Kapitel 5, ist aber vom Leistungsinhalt her keine Anästhesieleistung, sondern eine präanästhesiologische Untersuchung bei einer ambulanten Operation der Abschnitte 31.2 bzw. 36.2. Der Abrechnung der GOP 05310 EBM steht aber die Nr. 8 der Präambel zu Kapitel 31.2.1 - ambulante Operationen - entgegen, dies gilt zusätzlich auch hinsichtlich der abgerechneten GOP 05330, 05340 und 05350 EBM. Danach können vom Operateur in einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, neben der ambulanten Operation nur die dort aufgeführten GOP abgerechnet werden. Unter diesen abrechnungsfähigen Nummern findet sich nicht die streitgegenständliche GOP 05310, wie im Übrigen auch nicht die GOP 05330, 05340 und 05350. Fraglich ist allein, ob die Nr. 8 auf die vorliegende Fallgestaltung anwendbar ist, bei der die anästhesiologischen Leistungen nicht vom operierenden Arzt, sondern von einem Anästhesisten des MVZ erbracht worden sind. Die entscheidende Frage besteht darin, wer "Operateur" im Sinne der Nr. 8 ist. Für die Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen ist in erster Linie der Wortlaut der Regelung maßgeblich. Dies gründet zum einen darauf, dass das vertragliche Regelwerk dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen von Ärzten und Krankenkassen dient und es vorrangig Aufgabe des Normgebers des EBM-Ä - also des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 SGB V - ist, Unklarheiten zu beseitigen. Zum Anderen folgt die primäre Bindung an den Wortlaut aus dem Gesamtkonzept des EBM-Ä als einer abschließenden Regelung, die keine Ergänzung oder Lückenfüllung durch Rückgriff auf andere Leistungsverzeichnisse oder Gebührenordnungen oder durch analoge Anwendung zulässt. Raum für eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Leistungstatbestände 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 (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundessozialgerichts vom 11.02.2015, B 6 KA 10/14 R, juris Rdnr. 20, ebenso Urteil vom gleichen Tage, B 6 KA 15/14 R, juris Rdnr. 21). Ausgehend vom Wortlaut ist eine Auslegung des Begriffes Operateur sowohl im Sinne der konkret handelnden natürlichen Person als auch der abrechnenden GP oder des abrechnenden MVZ möglich. Entscheidend für die Auslegung des Begriffs Operateur in der Nr. 8 der Präambel zum Kapitel 31.2 - ambulante Operationen - ist die Zusammenschau mit den Allgemeinen Bestimmungen I.5.4 (bezüglich Quartal 2/2007) bzw. I.5.3 (bezüglich Quartal 2/2009), wo es um die Aufhebung von Nebeneinanderberechnungsausschlüssen innerhalb des Kapitels 5 der Allgemeinen Bestimmungen für Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und angestellte Ärzte geht. In dessen Satz 1 ist ausgeführt, dass die Nebeneinanderberechnungsausschlüsse der Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 neben den Gebührenordnungspositionen 05330 und 05331 sowie der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.2 neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 bzw. der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.2 neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.5.3 sich nur auf die Erbringung der operativen Leistungen und der Anästhesie durch denselben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt beziehen. Gemäß dessen Satz 2 findet dieser Ausschluss bei Erbringung der Gebührenordnungsposition durch Vertragsärzte verschiedener Fachgruppen auch in (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften, Arztpraxen mit angestellten Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren von Anästhesiologen mit operativ tätigen Vertragsärzten keine Anwendung. Bei Zusammenschau der genannten Vorschriften ergibt sich, dass nach dem Grundsatz der Nr. 8 zur Präambel 31.2 - ambulante Operationen der Begriff Operateur sich nicht auf den einzelnen Arzt bezieht, sondern auf die abrechnende Stelle, also die Berufsausübungsgemeinschaft bzw. das MVZ. Bei einer anderen Auslegung hätte es der Allgemeinen Bestimmung I 5.3 (Quartal 2/09) bzw. 5.4 (Quartal 2/07) nicht bedurft, weil ein Nebeneinanderabrechnungsausschluss etwa zwischen den Leistungen des Abschnitts 31.2.1 und z.B. des Abschnitts 31.5.3, der aufgehoben werden soll, gar nicht bestehen würde. Auch die zusätzliche Bestimmung in Satz 2 der Nr. I.5.3 bzw. 5.4, die die teilweise Aufhebung von Nebeneinanderabrechnungsausschlüssen ausdrücklich auch auf MVZ erstreckt, zeigt, dass im Grundsatz Operateur in der Nr. 8 der Präambel zu 31.2.1 bei Leistungserbringung von Ärzten eines MVZ das MVZ selbst ist. Für die hier streitigen GOP 05310, 05330, 05340 und 05350 wird in den Allgemeinen Bestimmungen I.5.3 bzw. I.5.4 keine Ausnahmeregelung getroffen. Eine Auslegung des Begriffs "Operateur" im Sinne der Klägerin in der Nr. 8 der Präambel zu 31.2 würde somit eine erweiternde Auslegung der Allgemeinen Bestimmungen I.5.3 bzw. I.5.4 des EBM bedeuten, was aber nach den allgemeinen Auslegungsregeln gerade nicht möglich ist. Die Auslegung des Begriffs "Operateur" im Sinne der abrechnenden Stelle in der Nr. 8 zu Kapitel 32.1 entspricht auch der allgemeinen Systematik des EBM, wonach sich Abrechnungsausschlüsse grundsätzlich immer auf die abrechnende Einheit mit eigener Abrechnungsnummer beziehen. Das zugelassene MVZ nimmt gemäß § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung mit eigener Abrechnungsnummer teil. Diesem Grundsatz entspricht auch die Regelung in der Nr. 5 der Präambel 31.2.1, wonach die Leistungen dieses Abschnitts sämtliche durch den Operateur erbrachten ärztlichen Leistungen, Untersuchungen am Operationstag, Verbände, ärztliche Abschlussuntersuchungen, einen postoperativen Arzt-Patienten-Kontakt ab dem ersten Tag nach der Operation, Dokumentationen und Beratungen einschließlich des Abschlussberichtes an den Hausarzt umfassen. Auch hier meint "Operateur" die abrechnende Praxis bzw. das abrechnende MVZ als Ganzes. Soweit von Klägerseite darauf hingewiesen wird, dass der Begriff "Operateur" in der Nr. 8 zu Kapitel 31.2 sich

auf den einzelnen Arzt beziehe und nicht auf die abrechnende Stelle und sich dabei auf die in Nrn. 4 und 6 der Präambel zu Kapitel 31.2 enthaltenen Formulierungen "der Operateur und der gegebenenfalls beteiligte Anästhesist" bezieht, spricht dies gerade nicht gegen die vorliegend vorgenommene Bestimmung des Begriffs "Operateur" in der Nr. 8 der Präambel. Denn während in der Nr. 8 wie auch in der Nr. 5 der Präambel zu Kapitel 31.2 es sich um Abrechnungsbestimmungen handelt, geht es in den Nrn. 4 und 6 der Präambel um persönliche Pflichten (insbesondere Aufklärungs- und Dokumentationspflichten), die naturgemäß an den einzelnen Arzt anknüpfen. Auch an anderer Stelle des Kapitels 31 (Gebührenordnungspositionen für ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen) wird der Begriff "Operateur" im Sinne der Berufsausübungsgemeinschaft bzw. des MVZ verwendet. So spricht die GOP 31601 von der "Überweisung durch den Operateur". Da eine Überweisung nicht von Ärzten innerhalb einer Praxis, sondern nur zwischen zwei Vertragsarztsitzen bzw. Praxen mit eigener Abrechnungsnummer erfolgen kann, ist hier unter "Operateur" zwingend die Praxis bzw. das MVZ mit eigener Abrechnungsnummer gemeint. Für die hier vorgenommene Auslegung spricht schließlich auch, dass anderenfalls die Abrechnungsausschlüsse bei entsprechendem arbeitsteiligen Vorgehen ins Leere laufen würden (vgl. hierzu SG Marburg, Urteil vom 17.06.2009, Az.: S 12 KA 171/08).

b) Absetzung weiterer augenärztlicher GOP neben einer ambulanten Operation (GOP 06220, 06330, 06331, 06333, 06352, 33001).

Die Rechtmäßigkeit des Abrechnungsausschusses der GOP 06220, 06330, 06331, 06333, 06352 und 33001 neben einer ambulanten Operation ist ebenfalls auf der Grundlage von Kapitel 31.2.1 Nr. 8 zu Recht erfolgt. Die abgesetzten Ziffern gehören nicht zu dem in der Nr. 8 aufgeführten Ziffernkatalog, die neben einer ambulanten Operation abgerechnet werden können. Der Abrechnungsausschluss in der Nr. 8 enthält auch keine Einschränkung oder Differenzierung danach, ob die Operation am rechten oder linken Auge erbracht worden ist und ob die Leistungen im Zusammenhang mit der Operation stehen. Darüber hinaus hat die Klägerin ihren Vortrag, die abgesetzten Leistungen seien jeweils am nicht operierten Auge erbracht worden, nicht näher substantiiert. Demgegenüber hat die Beklagte anhand von Beispielen dargelegt, dass es allein zu Richtigstellungen von Leistungen gekommen sei, die jeweils anlässlich der betreffenden Operation erbracht worden seien. In den beispielhaft vorgelegten Behandlungsausweisen ist in Verbindung mit dem Operationsschlüssel (OPS) nach Anhang 2 zu den Leistungen des Kapitels 31 EBM 2000 plus durch die Kürzel "R" bzw. "L" präzise vermerkt, ob eine Operation am rechten oder am linken Auge vorgenommen worden ist. Die abgesetzten Leistungen sind danach in Zusammenhang mit der betreffenden Operation an einem Auge erfolgt.

c) Absetzung der Strukturvertragsleistungen Nrn. 97146, 97147 und 97148.

Die Absetzung der Strukturvertragsleistungen Nrn. 97146, 971947 und 97148 wegen Fehlens der Grundpauschale der Nr. 97145 in zwei Behandlungsfällen ist ebenfalls nicht zu beanstanden. Die Zuschläge nach den Strukturvertragsleistungen 97146, 97147 und 97148 sind gemäß den zwischen der Beklagten und einzelnen Krankenkassen geschlossenen "Vereinbarung nach § 73c SGB V über die strukturelle und finanzielle Förderung ambulant durchgeführter Netzhaut- und glaskörperchirurgischer Eingriffe (vitreoretinale Chirurgie)" in Nr. 1 der Anlage 3 nur in Zusammenhang mit der von der Nr. 97145 erfassten Grundpauschale für das Anästhesieverfahren einer ambulanten Operation abrechnungsfähig. In den beiden streitgegenständlichen Fällen wurde anstelle der Grundpauschale der Nr. 97145 versehentlich die Nr. 97146 angegeben. Der von der Klägerin vor diesem Hintergrund begehrten nachträglichen Umsetzung der Nr. 97146 in die Nr. 97145 und in der Folge die Anerkennung der unter den Nrn. 97147 und 97148 geltend gemachten Zuschlagsziffern als abrechnungsfähig steht § 3 Abs. 3 der Abrechnungsbestimmungen der Beklagten in der Fassung vom 01.04.2007 entgegen, der vorsieht, dass nach Einreichung eines Behandlungsfalles zur Abrechnung bei der Beklagten eine Ergänzung dieser Abrechnung um noch nicht angesetzte Leistungspositionen oder ein Austausch angesetzter Leistungspositionen durch den Vertragsarzt ausgeschlossen ist. Vorliegend begehrt die Klägerin gerade die Umsetzung der Nr. 97146 in die Nr. 97145 in zwei Fällen im Quartal 2/2007, so dass es sich gerade um einen nach § 3 Abs. 3 der Abrechnungsbestimmungen der Beklagten nicht zulässigen Austausch einer angesetzten Leistungsposition durch eine andere neue Leistungsposition handelt. Die im Quartal 2/2007 einschlägigen Abrechnungsvorschriften verstoßen nicht gegen höherrangiges Recht (vgl. hierzu bereits Urteil des Bayer. Landessozialgerichts vom 04.12.2013, L 12 KA 139/12 sowie Urteil des Bayer. Landessozialgerichts vom 09.05.2012 L 12 KA 79/11). Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. Urteil vom 29.08.2007, B 6 KA 29/06 R, SozR 4-2500 § 85 Nr. 37) sind Abrechnungsfristen und die Sanktionierung von Fristüberschreitungen durch Honorarabzüge rechtmäßig und von der Rechtsgrundlage des § 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V gedeckt. Diese Regelungen sind deshalb gerechtfertigt, weil die Honorierung der in einem Quartal erbrachten Leistungen möglichst aus dem für dieses Quartal zur Verfügung stehenden Gesamtvergütungsvolumen zu erfolgen hat, nachträgliche Honorierungen dem Ziel zügiger und zeitgerechter Honorierung zuwider laufen sowie zusätzlichen Verwaltungsaufwand erfordern. Daher ist der mit dem Abrechnungsausschluss verbundene Eingriff grundsätzlich verhältnismäßig und stellt eine rechtmäßige Berufsausübungsregelung im Sinne des Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG dar, es sei denn, der Eingriff wiegt so schwer, dass er außer Verhältnis zu dem der Regelung innewohnenden Zweck steht. Davon kann vorliegend nicht die Rede sein. Das abgesetzte Honorar bei den streitgegenständlichen zwei Patienten beträgt nach Mitteilung der Beklagten 530,50 EUR. Dem steht ein Gesamthonorar der Klägerin laut Honorarbescheid im Quartal 2/2007 in Höhe von 1.472.361,00 EUR gegenüber, was einen Prozentsatz der insoweit abgesetzten Leistungen von 0,4 % des Gesamthonorarvolumens ausmacht, so dass der Eingriff nicht als unverhältnismäßig angesehen werden kann.

2. Absetzungen im Quartal 2/2009

a) Absetzung der GOP 05310 und 05340 neben ambulanten Operations-leistungen.

Die Absetzung der GOP 05310 und 05340 EBM 2000 plus ist rechtlich nicht zu beanstanden. Der Abrechnung dieser GOP steht die Nr. 8 der Präambel zu Kapitel 31.2.1 entgegen, der Abrechnung der GOP 05340 stehen zudem noch die Abrechnungsausschlüsse des Kapitels 31.5 (Anästhesien im Zusammenhang mit Eingriffen des Abschnitts 31.2 - ambulante Operationen) entgegen. Zur Begründung wird auf die diesbezüglichen Ausführungen unter 1 a) verwiesen.

b) Absetzung der GOP 36831 wegen fehlender Voraussetzung.

Die Absetzung der GOP 36831 EBM 2000 plus und die Verweigerung der Umsetzung in die GOP 36801 EBM 2000 plus ist ebenfalls nicht zu beanstanden. Zwischen den Beteiligten ist zunächst nicht streitig, dass die GOP 36831 EBM 2000 plus in den streitgegenständlichen Fällen nicht angesetzt werden konnte, denn aus der Präambel zum Kapitel 36.3 ist unter 36.5.1 Nr. 2 ausgeführt, dass diese Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.5.3 und damit auch die GOP 36831 EBM 2000 plus nur von Fachärzten für Anästhesie

erbracht werden können, in den streitgegenständlichen Fällen die Anästhesien aber von den Dres. K., U. und R. erbracht worden sind, die jeweils Fachärzte für Augenheilkunde sind. Richtig wäre daher die Ansetzung der GOP 36801 EBM 2000 plus (retrobulbäre Anästhesie durch den Operateur bei einem belegärztlichen Eingriff der Kategorie U, V, W oder X entsprechend Anhang 2 des EBM) gewesen. Der Umsetzung steht aber § 3 Abs. 3 der Abrechnungsbestimmungen der Beklagten in der ab 01.04.2007 (bis 30.06.2011) geltenden Fassung entgegen, der vorsieht, dass nach Einreichung eines Behandlungsfalles zur Abrechnung bei der Beklagten eine Ergänzung dieser Abrechnung um noch nicht eingesetzte Leistungspositionen oder ein Austausch angesetzter Leistungspositionen durch den Vertragsarzt ausgeschlossen ist. Vorliegend ist die Absetzung bzw. die Verweigerung der Umsetzung der GOP 36831 in die GOP 36801 EBM 2000 plus auch verhältnismäßig, da ein erheblicher Eingriff in den Vergütungsanspruch der Klägerin vorliegend nicht zu besorgen ist.

Die Kostenentscheidung stützt sich auf § 197a SGG in Verbindung mit § 154 Abs. 2 VwGO.

Die Revision wird wegen grundsätzlicher Bedeutung bezüglich der Auslegung des Begriffs "Operateur" in der Nr. 8 der Präambel zum Kapitel 31.2 - ambulante Operationen - zugelassen.
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2015-09-18