

L 7 KA 19/03

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
7

1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 79 KA 419/00

Datum
20.11.2002
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 19/03

Datum
06.06.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 20. November 2002 wird zurückgewiesen. Der Kläger hat der Beklagten die außergerichtlichen Kosten des gesamten Rechtsstreits zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Gewährung eines höheren Honorars für seine vertragsärztliche Tätigkeit im Quartal I/1998.

Der Kläger ist Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde und war im Bezirk der Beklagten zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Im hier streitbefangenen Zeitraum betrieb er eine Tagesklinik zur Durchführung ambulanter Operationen auf dem Gebiet der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

Für das I. Quartal 1998 nahm die Beklagte zahlreiche Absetzungen von der Honoraranforderung im Wege der sachlich-rechnerischen Berichtigung vor. Als Praxisbudget wurden dem Kläger 149.319,00 Punkte zugeteilt. Mit den vom Kläger angeforderten 874.425,00 Punkten überschritt er das Praxisbudget um 585,61 %. Die Honorarkürzung wurde mit 8.660,62 DM festgestellt. Mit dem dagegen eingelegten Widerspruch wandte er sich gegen die von der Beklagten vorgenommenen Absetzungen und Streichungen einzelner Nummern des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen (EBM).

Mit Widerspruchsbescheid vom 26. Juni 2000 half die Beklagte dem Widerspruch insofern ab, als zuvor im Honorarbescheid die Absetzung der EBM-Nrn. 2365 und 2366 neben der EBM-Nr. 1426 ausgesprochen worden war. Eine Gutschrift erfolgte wegen Überschreitung der Obergrenze des Budgets nicht. Im Übrigen wies sie den Widerspruch zurück und führte im Einzelnen aus: Die EBM-Nr. 451 sei bei mehrmaligem Ansatz an einem Behandlungstag zu streichen, da diese gemäß der Leistungslegende nur einmal am Behandlungstag abrechnungsfähig sei. Die EBM-Nr. 452 sei neben der EBM-Nr. 451 zu streichen, weil nicht der behandelte Nerv oder das behandelte Ganglion angegeben worden sei. Es bleibe daher bei der Abrechnung der EBM-Nr. 451. Die EBM-Nr. 98 habe bei Abrechnung neben den EBM-Nrn. 1572 und 1575 gestrichen werden müssen, weil sie nur abrechnungsfähig gewesen wäre, wenn ansonsten keine Leistungsbeschreibung für die genaue Operation vorgelegen hätte, was aber nicht der Fall gewesen sei. In dem betreffenden Behandlungsfall habe der Kläger für die von ihm angegebene Operation bereits die Leistungen nach den EBM-Nrn. 1572 und 1575 liquidiert, so dass die EBM-Nr. 98 nicht noch zusätzlich abrechnungsfähig sei. Die EBM-Nr. 1549 habe bei Abrechnung neben den EBM-Nrn. 1572 und 1575 gestrichen werden müssen, da die EBM-Nr. 1572 in jedem Fall auch andere operative Eingriffe im knöchernen Teil des Gehörganges einschließe, so dass eine Nebeneinanderabrechnung dieser Leistungen nicht möglich sei. Die EBM-Nr. 1452 habe neben der EBM-Nr. 1453 gestrichen werden müssen, da diese Leistung fakultativer Leistungsbestandteil der EBM-Nr. 1453 sei. Dies treffe auch für die EBM-Nr. 1457 neben der EBM-Nr. 1460 an einem Behandlungstag zu. Hinsichtlich der Umwandlung der EBM-Nr. 1548 in die EBM-Nr. 1555 gehe die Widerspruchsstelle von einer Kulanzentscheidung der Beklagten aus. Die Beklagte habe diese Leistung jeweils zweimal im Behandlungsfall anerkannt und die noch darüber hinaus in Ansatz gebrachte Leistung in die EBM-Nr. 1555 umgewandelt. Insofern habe der Kläger für die von ihm abgerechneten Leistungen nach der EBM-Nr. 1548 bereits mehr Honorar erhalten, als ihm nach den Bestimmungen der Gebührenordnung zugestanden hätte. Die EBM-Nrn. 1412, 1414, 1418, 1430 hätten nicht neben der EBM-Nr. 1426 in Ansatz gebracht werden dürfen, der zweimalige Ansatz der EBM-Nrn. 1597, 1403, 7125, 1411 am selben Behandlungstag sei fehlerhaft.

Die gegen den Honorarbescheid für das I. Quartal 1998 erhobene Klage hat das Sozialgericht Berlin durch Urteil vom 20. November 2002 abgewiesen. Sowohl die Beklagte als auch das Gericht seien an den EBM gebunden. Die von der Beklagten vorgenommenen Streichungen und Absetzungen seien rechtmäßig.

Gegen dieses ihm am 28. Februar 2003 zugestellte Urteil hat der Kläger am 15. März 2003 Berufung zum Landessozialgericht eingelegt. Die von der Beklagten vorgenommenen Absetzungen und Streichungen seien rechtswidrig. Insbesondere macht er geltend, dass die EBM-Nr. 451 mehrmals an einem Behandlungstag in Ansatz gebracht werden könne. So habe dies jedenfalls das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen entschieden. Die EBM-Nr. 452 nach der abgerechneten Leistungen habe er erbracht und korrekt abgerechnet. Er habe die entsprechenden Ganglien auf den abgerechneten Scheinen benannt, obwohl gemäß EBM-Nr. 452 die Ganglien nur bei Narkoseanästhesien anzugeben seien. Bei einer Lokalanästhesie würde diese Pflicht nicht bestehen. Die EBM-Nr. 98 würde die Implantation von speziell vorbereitetem und konserviertem Allograft zur Wiederherstellung des gesamten Transmissionssystems des Mittelohres beinhalten, während die EBM-Nrn. 1572 und 1575 nur für die Sanierung der erkrankten Mittelohrhöhle angesetzt werden könnten. Die Absetzung der EBM-Nr. 98 sei daher rechtswidrig. Auch die Streichung der EBM-Nr. 1549 neben den EBM-Nrn. 1572 und 1571 sei nicht rechtmäßig, da die EBM-Nrn. 1571 und 1572 gemäß Leistungsverzeichnis der operativen Sanierung des Mittelohres entsprächen, die EBM-Nr. 1549 dagegen der Sanierung des äußeren Ohres/Gehörgangs. Somit würden hier zwei völlig verschiedene Teile des Ohres ersetzt werden. Die Absetzung der EBM-Nr. 1452 neben der EBM-Nr. 1453 sei nicht rechtmäßig, da beide Leistungen erbracht worden seien. Bei der EBM-Nr. 1457 handele es sich um die operative Öffnung einer Stirnhöhle vom Naseninneren aus und bei der EBM-Nr. 1460 um die operative Ausräumung einer Stirn- oder einer Kieferhöhle oder der Siebbeinzellen von außen. Beide Leistungen habe er erbracht. Darüber hinaus gelte die Ersetzung der EBM-Nr. 1457 durch die EBM-Nr. 1460 erst seit dem 1. Januar 1999. Die EBM-Nr. 1548 werde bei der Ausräumung des Cholesteatoms erbracht und werde nicht durch die EBM-Nr. 1555 – Entfernung von Granulationen vom Trommelfell – ersetzt. Unglückliche und inkompetente Formulierungen des EBM seien jedem bekannt. Das gelte auch für die Absetzung der EBM-Nrn. 1412, 1414, 1418, 1430 neben den EBM-Nrn. 1425 und 1426. Es sei unerträglich, dass die innovative erfolgreiche operative Behandlung durch diese antiquierten Vorstellungen verweigert werde. Es sei notwendig, die Impedanzmessung (EBM-Nr. 1597) vor und nach der Behandlung und somit zweimal durchzuführen. Die EBM-Nr. 1403 sei während der postoperativen intensiven Behandlung wegen der Borkenbildung beidseitig erbracht worden und sei somit zweimal abzurechnen. Auch die EBM-Nr. 7125 sei zweimal korrekt abgerechnet worden, da zwei völlig unterschiedliche operative Eingriffe durchgeführt worden seien. Die EBM-Nr. 1411 sei als endoskopische Untersuchung der Nasennebenhöhlen beidseitig durchgeführt und somit korrekt abgerechnet worden.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 20. November 2002 aufzuheben sowie den Honorarbescheid für das Quartal I/1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Juni 2000 zu ändern und die Beklagte zu verpflichten, ihm Honorare auch für die richtiggestellten Leistungspositionen nachzuvergüten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend und weist ergänzend darauf hin, der Kläger habe mit verschiedenen Leistungsnummern das Praxisbudget ohnehin überschritten, so dass auch die Anerkennung zusätzlicher bestimmter Leistungen nicht zur Gewährung höheren Honorars führen könne. Dies betreffe im Quartal I/1998 die EBM-Nrn. 451, 452, 1548, 1412, 1414, 1430 1597, 1403 und 1411. Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen, welche im Termin zur mündlichen Verhandlung vorgelegen haben und Gegenstand der Entscheidung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Gegenstand dieser Entscheidung ist die Vergütung der vertragsärztlichen Tätigkeit des Klägers im Quartal I/1998 hinsichtlich aller Leistungsabsetzungen mit Ausnahme der EBM-Nummern 98 sowie 1457, weil insoweit die Verfahren im Termin zur mündlichen Verhandlung vom 6. Juni 2007 abgetrennt worden sind.

In dem vorstehend beschriebenen Umfang ist die Berufung des Klägers zulässig, insbesondere statthaft nach [§ 143](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG), jedoch in der Sache nicht begründet. Das Urteil des Sozialgerichts erweist sich. Alle von der Beklagten vorgenommenen Leistungsabsetzungen im I. Quartal 1998 sind im Ergebnis nicht zu beanstanden.

Eine Nachvergütung der EBM-Nrn. 451, 452, 1548, 1412, 1414, 1430 1597, 1403 und 1411 kann schon deswegen nicht erfolgen, weil der Kläger insoweit sein Praxisbudget nach dem EBM A. I. Teil B für das Quartal I/1998 erschöpft hatte. Vor diesem Hintergrund kann offen bleiben, ob auch ansonsten die Leistungsabsetzung zu Recht erfolgt ist, denn jedenfalls ist der Kläger insoweit nicht in seinen subjektiven öffentlichen Rechten verletzt.

Die übrigen Leistungsabsetzungen sind zu Recht erfolgt, weil insoweit die tatbestandlichen Voraussetzungen der jeweiligen EBM-Nummern nicht vorliegen:

Die Leistungen der EBM-Nr. 1452 wurden zu Recht gestrichen, weil sie als fakultativer Leistungsbestandteil bereits in der EBM-Nr. 1453 enthalten sind. Die EBM-Nr. 1453 erfasste die Radikaloperation einer Kieferhöhle, während die EBM-Nr. 1452 die vollständige oder teilweise Ausräumung einer Kieferhöhle von der Nase aus umschreibt, die in der EBM-Nr. 1453 enthalten ist. Ebenfalls wurde die Leistung der EBM-Nr. 1418 zu Recht gestrichen. Hierbei handelt es sich um einen Zuschlag zu der Leistung nach der EBM-Nr. 1414, wenn der Eingriff nach der EBM-Nr. 1414 mittels eines Lasers durchgeführt wird. Ein gesondert abrechenbarer Eingriff nach der EBM-Nummer 1414 lag jedoch nicht vor, denn die Eingriffe dieser Art waren in der umfassenden Leistungsbeschreibung nach der EBM-Nr. 1426 enthalten. Die EBM-Nr. 1426 beschreibt die plastische Korrektur am Nasenseptum, an den Weichteilen und am knöchernen Nasengerüst zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung. Die EBM-Nr. 1414 beschreibt einen Teilbereich hiervon, nämlich den operativen Eingriff zur Entfernung festsitzender Fremdkörper aus der Nase und/oder teilweise oder vollständige Abtragung einer Nasenmuschel und/oder submuköse Resektion an der Nasenscheidewand und/oder operative Entfernung von mehr als zwei Nasenpolypen und/oder anderen Neubildungen. Nur dann, wenn diese Leistung isoliert durchgeführt und abrechenbar ist, d. h. nicht im Rahmen der Leistung nach der EBM-Nr. 1426 mit abgegolten wird, sieht die EBM-Nr. 1418 einen gesonderten Zuschlag vor, wenn die Operation mittels eines Lasers durchgeführt wurde.

Hingegen differenziert die EBM-Nr. 1426 nicht nach der Art des Operationsgerätes; der gesonderte Zuschlag für den Einsatz eines Lasergerätes ist insoweit unstatthaft.

Die Absetzung der EBM-Nr. 1549 erfolgte deshalb zu Recht, weil sie nicht neben den Leistungen nach den EBM-Nrn. 1572 bzw. 1575 abrechenbar war. Die Nr. 1549 beschreibt die operative Beseitigung einer Stenose und/oder von Exostosen im knöchernen Teil des Gehörganges, jedoch nur dann, wenn sie als selbstständige Leistung erbracht wurde. Dies fehlte im vorliegenden Falle, weil umfassende Leistungen nach der EBM-Nr. 1572 (Operation eines Mittelohrtumors oder Cholesteatoms) bzw. nach der EBM-Nr. 1575 (Zuschlag zu der EBM-Nr. 1572 für zusätzliche Tympanoplastik mit Interposition) erbracht worden waren und insoweit eine gesonderte Abrechnung der EBM-Nr. 1549 ausschied.

Die EBM-Nr. 7125 war zu Recht abzusetzen; diese Nummer sieht eine Pauschalerstattung für die Dokumentation nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren vor, jedoch nur jeweils einmal je dokumentiertem Fall. Hiergegen verstieß der Kläger, weil er die Nummer am selben Behandlungstag zweimal in Ansatz brachte.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden Fassung.

Die Revision war nicht zuzulassen, weil Zulassungsgründe nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2007-08-21