

S 49 KA 405/10

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
SG München (FSB)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
49
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
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
I. Die Klage wird abgewiesen.

II. Der Kläger trägt die Kosten des Verfahrens

Tatbestand:

Das klagende MVZ wendet sich mit seiner Klage gegen sachlich-rechnerische Richtigstellungen im Quartal 2/07, die die Beklagte mit Bescheid vom 10.10.2007 vornahm. Mit Schreiben vom 30.10.2007 erhob der Prozessbevollmächtigte des Klägers Widerspruch gegen die Absetzung der anästhesistischen GOPs 05310, 05330, 05340 und 05350 in insgesamt ca. 130 Fällen im Zusammenhang mit ambulanten Operationen sowie die Absetzung von augenärztlichen Leistungsziffern in 133 Fällen ebenfalls im Zusammenhang mit ambulanten Operationen aufgrund der Prüfregele UR4206 sowie die Absetzung der strukturvertraglichen Leistungsziffern 97146, 97147 und 97148 in zwei Fällen. In der Begründung wurde auf die Präambel 31.2.1 Nr. 8 EBM Bezug genommen, wonach in einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, vom Operateur neben der ambulanten Operation nur die in der Präambel genannten Leistungen abgerechnet werden können. Es wurde die Ansicht vertreten, diese Beschränkung gelte, wie sich aus dem Zweck der Vorschrift ergebe, nur für das operierte Auge. Für das nicht operierte Auge bliebe daneben die Abrechnung augenärztlicher Ziffern, so wie vorliegend geschehen, möglich. Dementsprechend seien in 133 Fällen die augenärztlichen Ziffern zu Unrecht abgesetzt und seien entsprechend nachzuvergüten. Auch die Absetzung der anästhesistischen Ziffern sei zu Unrecht erfolgt. Die genannte Präambel erlaube zwar nur die Abrechnung gewisser Ziffern, welche vom Operateur in einem Zeitraum von 3 Tagen beginnend am Operationstag abgerechnet würden. Hier sei aber 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. Wären in dem MVZ keine Anästhesisten tätig, so wären die Anästhesieleistungen durch externe Anästhesisten erbracht worden, welche diese Anästhesieziffern unstreitig hätten abrechnen können. Würden diese Anästhesieleistungen durch MVZ-interne Anästhesisten erbracht werden, könne nichts anderes gelten. Die Streichung der Ziffern 97146, 97147 und 97148 sei durch einen Eingabefehler des Klägers bedingt. Bei den Patienten W. und M. sei jeweils eine ambulante vitreoretinale Operation durchgeführt worden, welche korrekterweise jeweils mit den Ziffern 97145, 97147 und 97148 abzurechnen gewesen sei. Da dem Kläger die für diese Operation zu verwendenden Abrechnungsziffern per schlecht lesbarem Telefax übermittelt worden sei-en, sei versehentlich die Ziffer 97146 anstatt der Ziffer 97145 eingegeben worden und da-her im Richtigstellungsbescheid der gesamte Komplex gestrichen worden. Richtigerweise sei die Leistung jedoch vollständig und korrekt erbracht worden, daher sei die Ziffer 97146 in die Ziffer 97145 umzusetzen und zusammen mit den ebenfalls gestrichenen Ziffern 97147 und 97148 nachzuvergüten. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Bescheid vom 09.06.2010 zurück. Die Absetzung der augenärztlichen und anästhesistischen Ziffern sei aufgrund der Präambel zu Kapitel 31.2.1, Abs. 8 EBM erfolgt, in dieser Präambel seien alle Leistungen abschließend aufgeführt, die zusätzlich zur Operation abrechenbar 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 beziehungsweise MVZ zulässige Nebeneinanderberechnung von Narkose und Operationsleistungen nach den Allgemeinen Bestimmungen I.5.4 EBM dar. Danach beziehen sich die Nebeneinanderberechnungsausschlüsse der Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302 neben den Leistungen nach Nrn. 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. Bei Erbringung der Leistung durch Ärzte verschiedener Fachgruppen findet dieser Ausschluss, auch in Gemeinschaftspraxen bzw. MVZ von Anästhesiologen mit operativ tätigen Vertragsärzten, keine Anwendung. Was die von Klägerseite verfolgte Umsetzung der Nr. 97146 in die Nr. 97145 bei den beiden bezeichneten Patienten betreffe, so sei nach dem HVV – Erster Abschnitt- 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 Beklagten - gültig ab 1.4.2005, geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 17.3.2007, gültig ab 1.4.2007 - seien die Abrechnungen unter Beachtung der dafür geltenden Regelungen innerhalb der von der Beklagten festgesetzten Fristen einzureichen. Eine Fristverlängerung sei vor Fristablauf in begründeten Ausnahmefällen auf Antrag möglich. Nach Einreichung eines Behandlungsfalles zur Abrechnung bei der Beklagten 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 GOP in bereits abgerechneten Fällen nicht anwendbar. Eine nachträgliche Abrechnung bzw. Umsetzung von einzelnen Leistungen sei nach dem HVV und den Abrechnungsbestimmungen der Beklagten nicht möglich. Hiergegen wurde am 22.06.2010 Klage erhoben. Zur Begründung wurde, neben den im Widerspruchsverfahren bereits ausgeführten Argumenten, auf die Rechtsprechung des BSG hingewiesen, in der wiederholt ausgeführt worden sei, dass für die Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen in erster Linie der Wortlaut maßgebend sei. Erst im Falle von unklaren und mehrdeutigen Regelungen und Zweifeln am Wortlaut eines Leistungstatbestandes sei Raum für eine systematische oder entstehungsgeschichtliche Interpretation. In Anbetracht des klaren Wortlauts der Präambel 31.2.1 EBM liege aus Sicht der Klägerin bereits schon gar keine unklare Regelung vor. Aus dem Wortlaut der Präambel zu 31.2.1 Ziffern 4 und 6 EBM sei deutlich ersichtlich, dass der EBM insbesondere zwischen "Operateur" und "Anästhesist" unterscheide. Dort sei die Rede von "Operateur und der gegebenenfalls beteiligte Anästhesist", auch in 36.1 EBM finde sich derselbe Wortlaut. Aufgrund dieser klaren Differenzierung könne demnach mit Operateur nicht auch der Anästhesist gemeint sein. Die Unterscheidung würde sonst ins Leere laufen. Es könne zwar sein, dass mit "Operateur" die unter einer Abrechnungsnummer abrechnende Gemeinschaftspraxis beziehungsweise MVZ gemeint sei. Dies ändere aber im streitgegenständlichen Fall nichts. Denn dort seien die abgesetzten Anästhesieziffern nicht von dem Operateur, sondern von den MVZ-internen Anästhesisten erbracht worden. Da der EBM aber offensichtlich 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 dabei auch nicht darauf an, ob unter einer oder zwei Abrechnungsnummern abgerechnet werde. Ein anderes Ergebnis würde sowohl dem Wortlaut als auch der Systematik des EBM widersprechen. Der Kläger beantragt zuletzt, den Richtigstellungsbescheid der Beklagten vom 10.10.2007 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 09.06.2010 hinsichtlich der Absetzung der Leistungen der Gebührenordnungsziffern 05310, 05330, 05340, 05350 und der augenärztlichen Ziffern, welche aufgrund der Prüffregel UR4206 abgesetzt wurden sowie der Gebührenordnungspositionen 97147 und 9148 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, die Leistungen dieser Gebührenordnungsziffern nachzuvergüten sowie die Beklagte zu verpflichten, die Leistungen der Gebührenordnungsposition 97146 in die Gebührenordnungsziffer 97145 umzusetzen und dem Kläger das sich hieraus ergebende Mehrhonorar zu zahlen und die Hinzuziehung eines Bevollmächtigten für das Vorverfahren für notwendig zu erklären. In der Klageerwidlung führte die Beklagte zur Absetzung der anästhesistischen und augenärztlichen Ziffern aus, dass Nr. 8 der Präambel zu Kapitel 31.2 EBM die neben der ambulanten oder belegärztlichen Operation abrechenbaren Ziffern abschließend aufliste, die hier relevanten Leistungen fielen nicht unter diese Aufzählung. Unter Operateur im Sinne der zitierten Präambel sei auch laut der Interpretation der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die jeweilige (Gemeinschafts-) Praxis -GbR- zu verstehen, welcher das gesamte Leistungsspektrum zugerechnet werde. Dies gehe auch aus einer als Anlage dem Schriftsatz beigelegten Mitteilung der KBV im deutschen Ärzteblatt vom 10.11.2006 hervor. Weiter wurde auf ein Urteil des SG Marburg verwiesen, in welchem ebenfalls die Ansicht der Beklagten vertreten werde. Wenn von Klägerseite hinsichtlich der augenärztlichen Leistungsziffern behauptet werde, dass in den hier relevanten Fällen medizinische Behandlungen regelmäßig in Bezug auf beide Augen durchgeführt worden seien, so geschehe dies ohne nähere Begründung. Es werde außer Acht gelassen, dass es vorliegend allein zu Richtigstellungen von Leistungen gekommen sei, die jeweils anlässlich der betreffenden Operation erbracht wurden und infolgedessen von dem hier maßgeblichen Abrechnungsausschluss erfasst würden. Dies ergebe sich bereits aus den einschlägigen Behandlungsausweisen, was von Seiten der Beklagten anhand dreier Beispiele verdeutlicht wurde. Die abgesetzten Zuschläge Nrn. 97146, 97147 und 97148 seien, wie sich unmittelbar aus Nr. 1 der Anlage 3 zu den von der Beklagten mit zwei Krankenkassen geschlossenen Verträgen nach [§ 73c SGB V](#) ergebe, nur im Zusammenhang mit der von Nr. 97145 erfassten Grundpauschale für das Anästhesieverfahren einer ambulanten Operation abrechnungsfähig. Wenn die Klägerseite die nachträgliche Umsetzung der Nr. 97146 in die Grundpauschale und damit auch die Anerkennung der geltend gemachten Zuschläge als abrechnungsfähig begehre, so stehe dem § 3 Abs. 3 der Abrechnungsbestimmungen der Beklagten i. d. F. vom 1.4.2007 entgegen. Die einfach beigelegte Kassenärztliche Bundesvereinigung nahm zur Frage, ob der Abrechnungsausschluss der Präambel zu Kapitel 31.2.1 Ziffer 8 EBM 2000+ auch für im MVZ tätige Anästhesisten gilt, Stellung. Dies sei danach zu beurteilen, wer als "Operateur" im Sinne dieser Präambel zu qualifizieren ist. Zwar gebiete die Entstehung des EBM als Ergebnis eines Verhandlungsprozesses nach der ständigen Rechtsprechung des BSG in erster Linie eine wörtliche Auslegung, allerdings könne und müsse dort Raum für Auslegung bleiben, wo eine Leistungslegende mehrdeutig ist beziehungsweise sich die Regelungssystematik nicht abschließend aus der Norm selbst erschließt. Hierfür komme eine entstehungsgeschichtliche Auslegung dann in Betracht, wenn Dokumente vorliegen, in denen die Urheber der Bestimmung diese in der Zeit ihrer Entstehung erläutert haben. Unter Anwendung dieser eng begrenzten Auslegungsmöglichkeiten im Rahmen des EBM ergebe sich vorliegend, dass als "Operateur" die Praxis, in der die ambulante Operation erbracht wird, zu verstehen sei. Wie aus dem durch die Beklagte vorgelegten Zitat der KBV ersichtlich, qualifiziere diese die Praxis, die die Leistung erbringt als "Operateur" im Sinne von Kapitel 31. Dies habe zum Hintergrund, dass andernfalls die Bestimmung bei arbeitsteiligem Vorgehen ins Leere liefe. Gestärkt werde diese Argumentation durch den Vergleich zur Präambel zu 31.4.3 EBM, wo der Begriff des "Operateurs" ebenfalls eine Rolle spiele. Nach 31601 könnten bestimmte Leistungen auf Überweisung durch den Operateur erbracht werden. Da eine Überweisung nicht von Ärzten innerhalb einer Praxis, sondern nur zwischen zwei Vertragsarztsitzen beziehungsweise Praxen mit eigener Abrechnungsnummer erfolgen könne, sei hier nur der Vorgang zwischen zwei Vertragsarztsitzen beziehungsweise 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 hat, die Überweisung nur über die Praxis durchführen kann, in der er tätig ist. Es könne sich hierbei nicht um den einzelnen gegebenenfalls sogar angestellten Arzt handeln, der die Überweisung als Person durchführt. Diese Argumentation werde unter anderem dadurch noch gestützt, dass postoperative Gebührenordnungspositionen für dieselbe Operation, wie zum Beispiel die Nummer 31602 des EBM, im Umkehrschluss sonst in einer Gemeinschaftspraxis/MVZ nur von dem Arzt abgerechnet werden könnten, der auch die Operation durchgeführt hat. Dies sei aber nicht der Fall und werde in der vertragsärztlichen Praxis so auch nicht gelebt. Dieser Ansicht schloss sich auch der einfach beigelegte GKV Spitzenverband Bund an. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Beigezogen war die Beklagtenakte. Im Übrigen wird auf den sonstigen Akteninhalt, insbesondere die Schriftsätze der Beteiligten und die Niederschrift über die mündliche Verhandlung am 8.11.2013 verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Klage ist zulässig, erweist sich aber als unbegründet. Die von der Beklagten vorgenommenen streitgegenständlichen sachlich-rechnerischen Richtigstellungen sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Rechtsgrundlage der von der Beklagten vorgenommenen sachlich-rechnerischen Richtigstellung ist [§ 106a Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V](#). Danach ist die Beklagte berechtigt und verpflichtet, die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte festzustellen und die Abrechnungen nötigenfalls richtigzustellen. Die von der Beklagten vorgenommene Absetzung der vom Kläger im Zusammenhang mit ambulanten Operationen erbrachten anästhesistischen Leistungen erweist sich als rechtmäßig. Anästhesien im Zusammenhang mit der Erbringung von ambulanten Operationen sind im EBM in der für das Quartal 2/07 geltenden Fassung im Kapitel 31.5 geregelt. In der Präambel zu Kapitel 31.5 ist in Nr. 1 geregelt, dass die Leistungen des Abschnitts 31.5.2 nur durch den Operateur erbracht werden können, die Leistungen nach Kapitel 31.5.3. nur von Fachärzten für Anästhesie. In der Präambel zu 31.5.3 ist 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 können. Anästhesien aus dem Kapitel 5 und damit die in den GOP 05330, 05340 und 05350 vorgesehen Leistungen können somit im Zusammenhang mit ambulanten Operationen, schon unabhängig davon, wer die Leistung erbringt, nicht abgerechnet werden. Die Beklagte durfte diese Ziffern deshalb schon aufgrund der Sperrwirkung der Präambel zu 31.5.3. absetzen. Auch die Absetzung der GOP 05310, mit der eine "Präanästhesiologische Untersuchung bei einer ambulanten oder belegärztlichen Operation des Abschnitts 31.2." vergütet wird, war rechtmäßig. Diese Gebührenordnungsposition, die zwar keine Anästhesie aus dem Kapitel 5 darstellt und deren Abrechnung damit nicht schon nach der Präambel zu Kapitel 31.5.3. ausgeschlossen ist, war aufgrund der von der Beklagten zitierten Nr. 8 der Präambel zu Kapitel 31.2.1 sachlich-rechnerisch richtigzustellen. Nach dieser Vorschrift können in einem Zeitraum von 3 Tagen, beginnend mit dem Operationstag, vom Operateur neben der ambulanten oder belegärztlichen Operation nur die dort aufgeführten Leistungen berechnet werden. Die GOP 05310 ist in dieser Aufzählung nicht enthalten. Streitig zwischen den Beteiligten war hier 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 können, mithin die Frage, wie der Begriff "Operateur" auszulegen ist. Nach gefestigter höchstrichterlicher Rechtsprechung (vgl. BSG B6 KA 32/98R) ist für die Auslegung der vertragsärztlichen Gebührenordnung in erster Linie der Wortlaut der Leistungslegenden maßgeblich, erweiternde Interpretationen sind aufgrund des dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen zwischen Ärzten und Krankenkassen dienenden, vertraglichen Charakters des EBM nur in engen Grenzen zulässig. Eine systematische Interpretation kann lediglich im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Gebührenregelungen erfolgen, eine entstehungsgeschichtliche Auslegung unklarer oder mehrdeutiger Regelungen kommt nur insoweit in Betracht, als Dokumente vorliegen, in denen die Urheber der Bestimmungen diese in der Zeit ihrer Entstehung erläutert haben. Auch wenn der Wortlaut der Präambel 31.2.1 Nr. 8 EBM für sich allein gesehen auf den ersten Blick nicht eindeutig erscheinen mag, lässt 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 ist. Entscheidend ist hier, dass in den Allgemeinen Bestimmungen des EBM in I.5.4 unter anderem geregelt ist, dass der Nebeneinanderberechnungsausschluss 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 bezieht. "Bei Erbringung der Leistung durch Ärzte verschiedener Fachrichtungen findet dieser Ausschluss, auch in Gemeinschaftspraxen bzw. Medizinischen Versorgungszentren von Anästhesiologen mit operativ tätigen Vertragsärzten, keine Anwendung." Aus dieser Regelung ist ersichtlich, dass unter "Operateur" im Sinne der Nr. 8 der Präambel 31.2.1 die abrechnende Praxis beziehungsweise das abrechnende MVZ einschließlich der dort tätigen Anästhesisten zu verstehen ist, da davon ausgegangen wird, dass ein Nebeneinanderberechnungsausschluss zwischen den Leistungen des Abschnitts 31.2.1 und z. B. des Abschnitts 31.5.3. besteht, der aber aufgehoben wird. Würde dagegen allein auf den behandelnden Arzt und nicht die Praxis abgestellt werden, bestünde schon kein Nebeneinanderberechnungsausschluss. Für die GOP 05310, die im vorliegenden Fall ebenfalls von den Anästhesisten des MVZ erbracht wurde, wird 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 ist. Die von der Beklagten vorgenommene zutreffende Auslegung wird auch durch die Regelung in Nr. 5 der Präambel 31.2.1. der Präambel bestätigt, wo geregelt ist, 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 1. Tag nach der Operation, Dokumentationen und Beratungen einschließlich des Abschlussberichtes an den Hausarzt umfassen. Auch daraus ergibt sich, dass wenn von Operateur die Rede ist, auf die abrechnende Praxis bzw. das abrechnende MVZ als Ganzes abgestellt wird. Zutreffend ist, dass in den Nrn. 4 und 6 der Präambel zu 31.2.1 vom "Operateur und/ der ggf. beteiligte Anästhesist" die Rede ist und insofern eine Unterscheidung getroffen wird. Diese Ziffern der Präambel regeln aber Verpflichtungen der Ärzte bezüglich der Durchführung der zu erbringenden Leistungen z. B. Dokumentationspflichten und beziehen sich nicht wie Nr. 8 und Nr. 5 auf die Abrechnungsmodalitäten und können daher zur Auslegung der Nr. 8 nicht herangezogen werden. Die von der Beklagten zitierten Äußerungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Jahr 2006 bestätigen dieses Ergebnis ebenso wie der Verweis der KBV auf die Regelungen bei postoperativen Behandlungskomplexen. Auch die von Klägerseite angegriffene Absetzung der augenärztlichen Leistungsziffern durch die Beklagte ist rechtmäßig. Die Absetzung dieser Leistungen, die innerhalb von drei Tagen nach der ambulanten Operation erbracht wurden, durfte ebenfalls auf der Rechtsgrundlage der Nr. 8 der Präambel zu 31.2.1 EBM vorgenommen werden. Die Argumentation der Klägerseite, es habe sich dabei um Eingriffe am nichtoperierten Auge gehandelt, führt unabhängig davon, ob dies zutreffend ist, nicht weiter. Der Wortlaut der Nr. 8 ist insofern eindeutig. Es werden abschließend alle Leistungen aufgezählt, die vom Operateur und damit dem abrechnenden MVZ (vgl. o.) in einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, abgerechnet werden können. Die von der Beklagten abgesetzten GOPs sind dort nicht aufgeführt. Der EBM macht keine Einschränkung oder Differenzierung dahingehend, an welchem Körperteil diese Leistungen erbracht werden oder ob sie die Leistungen im Zusammenhang mit der Operation stehen, es werden kategorisch alle Leistungen, die dort nicht aufgezählt werden, ausgeschlossen. Zu Recht hat die Beklagte in zwei Fällen die abgerechneten Gebührenordnungsziffern GOP 97146, 97147 und 97148 abgesetzt. Die streitgegenständlichen Gebührenordnungspositionen sind in Nr. 1 der Anlage 3 zu der zwischen der Beklagten und dem BKK-Landesverband bzw. zwischen der Beklagten und dem Funktionellen Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und Pflegekassen in Bayern geschlossenen Vereinbarung nach [§ 73c SGB V](#) über die strukturelle und finanzielle Förderung ambulant durchgeführter netzhaut- und glaskörperchirurgischer Eingriffe" enthalten. Die Ziffer 97145 ist die Grundpauschale für das Anästhesieverfahren einer ambulanten Operation, bei den übrigen Ziffern handelt es sich um Zuschläge. Da der Kläger die Grundpauschale nicht abgerechnet hat, hat die Beklagte die Zuschläge zu Recht abgesetzt. Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf nachträgliche Umsetzung der GOP 97146 in die GOP 97145. Es besteht keine Rechtspflicht der Beklagten, diese Umsetzung vorzunehmen. In den Abrechnungsbestimmungen der Beklagten vom 17.3.2007, die auf Abrechnungsfälle ab Quartal 1/2007 und damit auch auf das streitgegenständliche Quartal anwendbar waren, ist 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 angesetztter Leistungspositionen durch den Vertragsarzt ausgeschlossen ist. Diese Regelung schließt somit einen Anspruch des Klägers auf Umsetzung aus. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung ist die Beklagte grundsätzlich befugt, solche Ausschlusstatbestände vorzusehen. Allerdings dürfen solche Ausschlusstatbestände keinen unverhältnismäßigen Eingriff in [Art. 12 GG](#) darstellen und sind im Zweifel verfassungskonform auszulegen. Im vorliegenden Fall ist für die Kammer allerdings nicht ersichtlich, inwiefern die Verweigerung der Beklagten, die nachträgliche Umsetzung vorzunehmen, einen unverhältnismäßigen Eingriff in die Rechte des Klägers darstellen soll. Zwar mag es sich bei der Abrechnung allein der Zuschläge ohne die Grundpauschale um einen offensichtlichen Fehler handeln, der vom Kläger nach Kenntnis auch umgehend korrigiert wurde. Allerdings ist die weitere, vom BSG vorgesehene Voraussetzung für einen unverhältnismäßigen Eingriff durch den Ausschlusstatbestand jedenfalls nicht gegeben. Der Umfang des betroffenen Honorarvolumens ist 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 ging hier um nur zwei Patienten, das abgesetzte Honorar beträgt nach Mitteilung der Beklagten 530,50 Euro. Im Verhältnis zum Gesamthonorar des Klägers, das laut Honorarbescheid im Quartal 2/2007 1.472.361 Euro betrug, ist der Eingriff nicht unverhältnismäßig, es handelt sich um ca. 0,4% des Gesamthonorarvolumens.

Die Klage war deshalb vollumfänglich abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§197 a SGG](#) in Verbindung mit [§154 Abs. 1 VwGO](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2014-02-05