

S 12 KA 171/08

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 171/08

Datum
17.06.2009
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen

-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Die Leistung nach Nr. 13522 EBM 2005 kann nicht mit der Begründung, die technische Überprüfung des Schrittmachers, d.h. das Ausschreiben der Daten und die Überprüfung des Computers sei einem technischen Mitarbeiter übertragen worden, sachlich-rechnerisch berichtigt werden. Diese Tätigkeiten sind an entsprechend qualifiziertes nichtärztliches Personal delegierbar.

1. Der Bescheid vom 14.12.2005, abgeändert durch Bescheid vom 30.01.2006, und der Bescheid vom 10.02.2006, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.04.2008 werden insoweit aufgehoben, als Leistungen nach Nr. 13522, 01600 und 01601 EBM 2005 ausschließlich mit der Begründung, es handele sich bei der Nr. 13522 EBM 2005 um keine delegierbare Leistung durch die Helferin, abgesetzt werden.

2. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

3. Der Kläger hat 4/5, die Beklagte 1/5 der Gerichtskosten zu tragen. Die Beklagte hat dem Kläger 1/5 der notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine sachlich-rechnerische Berichtigung in den beiden Quartalen II und III/05.

Der Kläger ist ein Medizinisches Versorgungszentrum und nimmt an der vertragsärztlichen Versorgung mit Sitz in A-Stadt teil. Im MVZ waren in den streitgegenständlichen Quartalen als Vertragsärzte bzw. als angestellte Ärzte Frau Dr. med. E als Fachärztin für Allgemeinmedizin, Herr Dr. med. F und Herr Dr. med. G als fachärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt sowie 10 fachärztlich tätige Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie (Frau Dr. med. VB.-H und Dres. med. I, J, K, L, M, N, O, P und Q) sowie Frau Dr. med. R als Fachärztin für diagnostische Radiologie tätig. Frau Dr. med. E, Frau Dr. med. R und Herr Dr. med. F sowie Herr Dr. med. J nahmen als angestellte Ärzte, die übrigen Ärzte als Vertragsärzte teil.

In den streitbefangenen Quartalen setzte die Beklagte das Honorar jeweils durch Honorarbescheid fest. Nach erfolglosem Widerspruch ist hierüber ein Klageverfahren vor der Kammer zum Aktenzeichen [S 12 KA 169/08](#) anhängig. Im Einzelnen ergeben sich die Festsetzungen der Beklagten aus nachfolgender Übersicht:

II/05 III/05

Honorarbescheid vom 29.06.2006 22.01.2006 12.08.2006

Nettohonorar gesamt in EUR 1.496.710,08 1.443.559,59 1.325.177,90

Bruttohonorar PK + EK in EUR 1.502.813,93 1.333.755,12 Fallzahl PK + EK 7.857 8.379

Mit Bescheid vom 14.12.2005 für das Quartal II/05 nahm die Beklagte eine sachlich-rechnerische Richtigstellung vor. In zahlreichen Einzelfällen nahm sie verschiedene Absetzungen vor. Die Berichtigungen listete sie tabellenartig auf, zur Begründung verwies sie auf bestimmte Kennziffern. Diese Kennziffern erläuterte sie in dem Bescheid. Danach handelte es sich um 5 verschiedene Absetzungsgründe. Zur Begründung führte sie aus, lt. EBM 2005 Kap. IV 31.2.1 könnten nur die Leistungen, die in Punkt 8 genannt seien, abgerechnet werden (Text 1). Da die Nr. 13552 keine delegierbare Leistung durch die Helferinnen darstelle, sei der Ansatz der Nr. 40240 sowie Nr. 40260 neben der Nr. 13552 nicht möglich (Text 2). Gemäß den allgemeinen Bestimmungen 4.2 des EBM 2005 sei eine Berechnung von Ordinations- und Konsiliarkomplex in demselben Behandlungsfall nicht möglich (Text 3). Da Frau Dr. med. E - hausärztlich tätig - keine

Belegarztanerkennung besitze, sei die Abrechnung der Nr. 03320 im stationären Bereich nicht möglich (Text 4). Das EKG nach der Nr. 13251 sei als fakultativer Leistungsinhalt des kardiologischen Komplexes nach Nr. 13550 aufgeführt. Eine Berechnung des EKG's nach der Nr. 03320 schließe sich somit neben der Komplex-Nummer 13550 sowohl ambulant als auch stationär im Behandlungsfall aus (Text 5).

Die Klägerin legte am 12.01.2006 Widerspruch ein. Sie wies darauf hin, es bestehe noch ein Abstimmungsbedarf und sie empfehle, eine korrigierte Richtigstellung zu erarbeiten, die sie dann erneut überprüfen werde.

Hierauf erließ die Beklagte den korrigierten Bescheid vom 30.01.2006. Sie ergänzte als weitere Begründung, dass bei der Nr.03320 es sich um EKG aus dem Kap. 3 des EBM 2005 "Hausärztlicher Versorgungsbereich" handle. Die Erbringung dieser Leistung durch Fachärzte sei nicht möglich (Text 6). Die anliegende tabellenartige Aufstellung ersetze sie ebenfalls.

Der Kläger trug vor, die nach Text 1 gestrichenen Leistungen seien rein formal nach dem Text des EBM tatsächlich nicht abrechenbar. Er gehe aber davon aus, dass sowohl bei der ambulanten als auch bei der belegärztlichen Versorgung die gestrichenen Leistungen wie z.B. die Funktionskontrolle des Schrittmachers oder echokardiographische Untersuchungen zum Ausschluss eines Perikardergusses nach Schrittmacherimplantation in der Kalkulation des EBM nicht enthalten seien. Es sei zu erwarten, dass es bei dem EBM 2005 in diesen Fragen zu einer Neukalkulation komme, die diese Vermutung bestätigen werde. Es werde deshalb grundsätzlich Widerspruch eingelegt. Nach Text 2 solle die Nummer 13552 keine delegierbare Leistung sein. Es sei durchaus möglich, die technische Überprüfung des Schrittmachers, d.h. das Ausschreiben der Daten und die Überprüfung des Computers einem technischen Mitarbeiter zu übertragen, wobei die Bewertung der Ergebnisse und die Einordnung in den klinischen Befund Sache des Arztes sei. Wie bei vielen Techniken sei ein Teil der Leistung an nicht-ärztliches Personal delegierbar, die Leistung insgesamt bleibe dennoch ärztliche Leistung. Der Arzt schreibe auch das EKG nicht selbst, d.h., er lege nicht selbst die Elektroden an, sondern er sehe sich den von der Mitarbeiterin registrierten Befund an und bewerte ihn. Soweit auf das Nebeneinander mit dem Wegegeld verwiesen werde, so handle es sich um seine Mitarbeiter, die Altenheime aufsuchten, in denen Schrittmacherpatienten versorgt würden. Es sollten dadurch insbesondere Krankentransporte vermieden werden, wenn mehrere Schrittmacherträger in einem Altenheim eine Schrittmacherkontrolle benötigten. Hier fertige die Mitarbeiterin den technischen Ausdruck des Schrittmachers an, der von ärztlicher Seite beurteilt und einsortiert werde. Danach erfolge eine Befundbeschreibung. Er rechne keinen Hausbesuch ab, sondern das Wegegeld für die Helferin, die diese Leistung erbringe. Dieses sei nach dem Text der Gebührenordnung gerechtfertigt und könne ebenfalls nicht gestrichen werden. Es gebe auch keine Passage, in denen die Kostenerstattung für Wegegeld neben der Schrittmacherimplantation untersagt sei. Zu Text 3 führte er aus, die Nr. 24212 sei ein Konsiliarkomplex für die Radiologen. Es sei durchaus möglich, dass ein Patient sowohl von den Radiologen der fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis als auch von einem internistisch oder kardiologisch tätigen Arzt behandelt werde. Es müsse möglich sein, bei unterschiedlichen Fachgruppen sowohl die Ziff. 24210 bis 24212 neben den üblichen Konsiliarkomplexen der klinische tätigen Ärzte abzurechnen. Zu Text 4 führte er aus, Frau Dr. E sei Mitglied des Medizinischen Versorgungszentrums und hausärztlich tätig. Es handle sich hier um eine belegärztliche Mitbehandlung, die auch von einem nicht belegärztlich tätigen Vertragsarzt durchgeführt werden könne. Genau so wie ein Belegarzt zu einem Radiologen oder Endokrinologen während des stationären Aufenthaltes überwiesen werden könnte, um dort eine Konsiliaruntersuchung anzufordern, so könne mit Hilfe eines Anforderungsscheines auch von einem nicht-belegärztlich tätigen Allgemeinarzt ein EKG abgerechnet werden. Sämtliche gestrichenen EKG-Leistungen seien deshalb wieder einzusetzen. Zu Text 5 wies er darauf hin, rein vom Inhalt des neuen EBM sei die Ziff. 13251 fakultativer Leistungsinhalt des kardiologischen Komplexes nach 13550. Rein formal sei nach dem Text die Abrechnung der Nummer 13251 und wahrscheinlich auch die gekürzten Ziffern 13252 und 13253 nicht neben dem kardiologischen diagnostischen Komplex nach Nr. 13550 abrechenbar. Der EBM 2005 scheine grundsätzlich nur nach ambulanter Leistungserbringung kalkuliert und trage deshalb den belegärztlichen Leistungen überhaupt nicht Rechnung. Dies betreffe sowohl die Art als auch die Häufigkeit von Leistungen. So müsste jeder Patient, der stationär aufgenommen werde und bei dem ambulant am Tage vorher ein Echokardiogramm durchgeführt worden sei, diese Untersuchung allein als abrechnungstechnischen Gründen nochmals erhalten, wenn man den kardiologischen diagnostischen Komplex auch stationär abrechnen wolle. Es handle sich hier um eine Aufforderung zur Doppeluntersuchung. Der EBM 2005 sei mit seiner Komplexierung deshalb auf die belegärztliche Versorgung nicht anwendbar und müsse entsprechend nach Einzelleistung abgerechnet werden. Er lege deshalb Widerspruch gegen die Vergütung kardiologischer Leistungen im belegärztlichen Bereich ein. Zu Text 6 führte er aus, der Facharzt sei nicht in der Lage, das Ruhe-EKG abzurechnen. Auch hier zeige sich, dass die Abrechnung der belegärztlichen Leistungen mit der Systematik des EBM 2005 nicht sachgerecht möglich sei. Bei der Leistung des Kardiologen spiele z.B. das EKG eine ganz besondere Rolle, besonders wenn es sich um Verlaufskontrollen bei chronischen ischämischen Herzerkrankungen handle. Da die Systematik der stationären Versorgung sich in dem EBM 2005 nicht abbilde, sei hier hilfsweise EKG aus dem hausärztlichen Bereich abgerechnet worden. Bei der belegärztlichen Leistung würden die groben Unzulänglichkeiten des EBM 2005 mehr als sichtbar. Es sei davon auszugehen, dass der EBM 2005 eine reine Bewertung von ambulanten Leistungen darstelle, so dass die belegärztliche Tätigkeit überhaupt nicht abgebildet werde. Dies sei auch aus den zugrunde liegenden Kalkulationen in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vor Verabschiedung des EBM 2005 ersichtlich. Insofern sei es verständlich, dass er die rechnerischen Berichtigungen sämtlich nicht übernehmen könne. Das Erstellen der Daten bei einer Herzschrittmacherkontrolle sei wie auch das Anlegen und Erstellen eines EKG's oder auch das Anfertigen von Röntgenaufnahmen Bestandteil der Ausbildung von Arzthelferinnen bzw. medizinisch-technischen Assistentinnen und bei Nachweis der erforderlichen Qualifikation ohne Zweifel auf nichtärztliches Personal delegierbar. Bei Radiologen gebe es nur den Konsiliarkomplex für die Leistung des persönlichen Arzt/Patientenkontakts sowie Überprüfung der vorliegenden Indikationen, Veranlassung und Durchführung der radiologischen Untersuchung sowie Interpretation des Befundes, wohingegen bei allen anderen Fachrichtungen neben dem Organisationskomplex auch der Konsultationskomplex zur Abrechnung zur Verfügung stehe. Aus diesem Grunde sei auch die Abrechnung des Konsiliarkomplexes durch den Radiologen möglich, selbst wenn derselbe Patient im Behandlungsfall zusätzlich durch einen anderen Fachkollegen untersucht und behandelt werde und dieser den Ordinationskomplex abrechne. Für den Radiologen sei neben der Röntgenleistung selbst ansonsten keine Abrechnungsmöglichkeit für die Abrechnung dieses Arzt/Patientenkontakts gegeben. Ein Ausschluss durch die allgemeinen Bestimmungen des EBM 2005 sei nicht ersichtlich, ansonsten würden Radiologen bei der Bildung einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis oder eines MVZ schlechter gestellt werden, obgleich die Kooperation ausdrücklich gefördert werde. Nach Ziff. 3.2c HVV, wonach ein vom Belegarzt hinzugezogener Vertragsarzt bei konsiliarischer oder mitbehandelnder Tätigkeit für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses neben der Gebühr für die Visite nach Nr. 01414 auch die jeweils durchgeführten Leistungen abrechnen könne, sei es nicht erforderlich, dass der konsiliarisch bzw. mitbehandelnde Arzt die Belegarztanerkennung besitze.

Mit Bescheid vom 10.02.2006 nahm die Beklagte eine sachlich-rechnerische Richtigstellung der Abrechnung für das Quartal III/05 vor. Zur Begründung führte sie wie in den Vorquartalen die Texte 1 bis 3 und 5 an. Ferner führte sie zwei weitere Begründungstexte an. Sie wies darauf hin, laut EBM 2005 Kap. III.13.2.2.3 seien die Leistungen nach den Nrn. 13251, 13252, 13253, 13254 und 13255 nur im Rahmen von

Definitionsaufträgen berechnungsfähig. Zudem seien diese Nrn. als fakultativer Leistungsinhalt des kardiologischen Komplexes nach Nr. 13550 bzw. des obligaten Leistungsinhaltes des fachinternistischen Basiskomplexes nach Nr. 13250 aufgeführt. Eine Berechnung der Nr. 13251 ff. schließe sich somit neben der Komplex-Nr. 13250 und 13550 sowohl ambulant als auch stationär im BHF aus.

Mit weiterem Bescheid vom 10.02.2006 nahm die Beklagte eine weitere sachlich-rechnerische Richtigstellung der Abrechnung für das Quartal III/05 vor. Darin setzte sie Leistungen nach Nr. 13550 EBM 2005 ab, die Herr Dr. med. K abgerechnet habe, da er die Genehmigung der Sonografie nach den Nrn. 33020, 33021 und 33022 EBM 2005 erst ab dem 19.08.2005 erhalten habe. Vor diesem Zeitpunkt könne deshalb die Abrechnung dieser Leistung durch ihn nicht erfolgen. Für Herrn Dr. med. I liege eine Genehmigung der Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers nicht vor, weshalb er Leistungen nach Nr. 13552 EBM 2005 nicht abrechnen könne. Leistungen nach Nr. 33070, 33072, 33073 und 33075 setzten eine Genehmigung voraus. Soweit einzelne Ärzte diese Genehmigung nicht hätten, könnten sie die Leistungen nicht abrechnen. Dies gelte auch für Leistungen nach Nr. 34280, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287, 34291, 34292, 34492 und 34489 EBM 2005. Die Apparatur für die Leistung nach Nr. 34287 sei bisher von dem Kläger nicht gemeldet worden, weshalb sie die Leistungen nicht vergüten könne. Die Durchführung und die Abrechnung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen, molekulargenetischen und molekularpathologischen Untersuchungen gem. Kap. 32.3 EBM 2005 sowie entsprechender Untersuchungen aus Kap. I.7.4 und I.7.5 EBM 2005 setze eine Genehmigung voraus. Da diese für Frau Dr. med. VB.-H, Herrn Dr. M, Herrn Dr. P, Herrn Dr. K, Herrn Dr. Q, Herrn Professor L und Herrn Dr. O bisher nicht erteilt worden sei, könnten die betreffenden Leistungen nicht abgerechnet werden. Ebenso fehle eine Genehmigung für Herrn Dr. N für die Nr. 32212 EBM 2205.

Hiergegen legte der Kläger am 06.03.2006 Widerspruch ein. Ergänzend zu seinen Ausführungen im Vorquartal wies er darauf hin, rein vom Inhalt des neuen EBM sei die Ziff. 13251 fakultativer Leistungsinhalt des kardiologischen Komplexes nach Ziff. 13550. Rein formal sei nach dem Text die Abrechnung der Ziff. 13251 und wahrscheinlich auch die gekürzte Ziff. 13252 und 13253 nicht neben dem kardiologischen diagnostischen Komplex nach Ziff. 13550 abrechenbar. Der EBM 2005 scheine grundsätzlich nur nach ambulanter Leistungserbringung kalkuliert und trage deshalb den belegärztlichen Leistungen überhaupt nicht Rechnung. Ein Patient müsse nochmals ein Echokardiogramm erhalten, wolle man diese Untersuchung abrechnen. Es handele sich um eine Aufforderung zur Doppeluntersuchung.

Die Beklagte verband die Widerspruchsverfahren und wies mit Widerspruchsbescheid vom 09.04.2008 die Widersprüche als unbegründet zurück. Darin führte sie zur Absetzung von Leistungen, die nicht in Kap. IV und 31.2.1 Nr. 8 des EBM 2005 genannt seien, aus, in Nr. 8 der Präambel zu Kap. 31.2 - Ambulante und belegärztliche Operationen - sei festgelegt, welche Leistungen in einem Zeitraum von 3 Tagen, beginnen mit dem Operationstag vom Operateur neben der ambulanten oder belegärztlichen Operation abgerechnet werden könnten. Insoweit nehme der EBM 2005 eine abschließende Aufzählung vor. Der Kläger habe in der Bestimmung nicht genannte Leistungen erbracht. So seien z.B. im Quartal II/05 bei der Patientin S, am Tag der Operation zusätzlich durch Herrn Dr. med. M und Herrn Dr. med. P Leistungen nach den Ziff. 13552 und 01600 EBM 2005 in Ansatz gebracht worden. Insgesamt sei eine solche Berichtigung im Quartal II/05 in 259 Behandlungsfällen vorgenommen worden, wobei im Wesentlichen jeweils eine Absetzung der Leistungen nach den Ziff. 01600 bzw. 01601 und 13552 EBM 2005 erfolgt sei. Die vom Kläger erwarteten Änderungen des EBM 2005 seien bisher nicht erfolgt. Die Absetzung von Leistungen nach den Ziff. 13552 und 01600 neben 40240 bzw. 40260 EBM 2005 wegen Nichtdelegierbarkeit der Leistungen sei erfolgt, weil es sich sowohl bei dem ärztlichen Bericht nach der Ziff. 01600 EBM 2005 als auch bei der Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers nach der Ziff. 13552 EBM 2005, die im Übrigen auch durch ärztliches Personal erst nach Erteilung einer Qualifikationsgenehmigung nach der Vereinbarung zur Herzschrittmacherkontrolle abgerechnet werden dürfe, nicht um delegierbare Leistungen, die durch nichtärztliche Mitarbeiter erbracht werden könnten, handele. Auch der Einwand, die Arzthelferin habe nur Teilleistungen erbracht, könne zu keiner anderen Beurteilung führen, da aus dem Behandlungsschein nicht hervorgehe, welche Leistungen nun durch ärztliches und welche durch nicht ärztliches Personal erbracht worden seien. Die Absetzung des Konsiliarkomplexes nach Ziff. 24211 bzw. nach 24212 EBM 2005 bei gleichzeitiger Abrechnung des Ordinationskomplexes im Behandlungsfalle beruhe auf Nr. 4.2 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM 2005, wonach der Ordinations- bzw. Konsiliarkomplex nur einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig sei. Zwar könne bei einer ambulanten und stationären Behandlung der Ordinationskomplex zweimal angesetzt werden, jedoch werde dann auch weiter durch den EBM 2005 klargestellt, dass eine Berechnung von Ordinations- und Konsiliarkomplex in demselben Behandlungsfall nicht möglich sei. Damit habe der Bewertungsausschuss im EBM 2005 gerade die vom Kläger vorgetragene Situation einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis erfasst und ausdrücklich klargestellt, dass eine fachübergreifende Gemeinschaftspraxis keine Ausnahme für die Nebeneinanderabrechnung von Ordinations- und Konsiliarkomplex darstelle. Die Absetzung von Leistungen nach der Ziff. 03320 neben der Ziff. 13550 EBM 2005 sowie die Absetzung von Leistungen nach den Ziff. 13251, 13252, 13253, 13254 und 13255 EBM 2005 neben den Komplex-Nummern 13250 und 13550 EBM 2005 beruhe auf Nr. 2.1.3 der allgemeinen Bestimmungen des EBM 2005, wonach eine Leistung nicht berechnungsfähig sei, wenn sie Teilleistung einer anderen berechnungsfähigen Leistung sei. Da die elektrokardiographische Untersuchung bereits Leistungsinhalt der Ziff. 13550 EBM 2005 sei, könne diese Leistung nicht gesondert mit der Ziff. 03320 EBM 2005 abgerechnet werden. Ebenso stelle sich die Situation bei der Ziff. 13250 EBM 2005 dar. Gegenstand des fachinternistischen Fachkomplexes sei im obligaten Leistungsinhalt die elektrokardiographische Untersuchung bzw. die Aufzeichnung und Auswertung eines Langzeit-EKG. Eine gesonderte Berechnung der Leistung sei damit ausgeschlossen, unabhängig davon, ob dies im Rahmen der ambulanten oder stationären (belegärztlichen) Behandlung erbracht werde. Die Absetzung von durch Frau Dr. E erbrachten Leistungen der Ziff. 03320 EBM 2005 im stationären Bereich im Quartal II/05 sei erfolgt, weil nach § 38 Nr. 4 i. V. m. § 40 BMV-Ä die belegärztliche Behandlung die Anerkennung als Belegarzt voraussetze. Frau Dr. E verfüge über keine Belegarztanerkennung. Soweit der Belegarzt Vertragsärzte (ohne Anerkennung zur belegärztlichen Behandlung) hinzuziehen könne, enthalte Nr. 3.2 HVV jedoch eine abschließende Aufzählung der durch den hinzugezogenen Arzt abrechnungsfähigen Leistungen. Die Leistungen nach der Ziff. 03320 EBM 2005 gehörten nicht dazu. Die Absetzung von durch fachärztlich tätige Internisten erbrachte Leistungen nach der Ziff. 03320 EBM 2005 im Quartal II/05 folge aus der fachgruppenspezifischen Systematik des EBM 2005. Zugleich sei in den Präambeln der einzelnen Leistungen zusätzlich niedergelegt worden, dass grundsätzlich ausschließlich die dort genannten Leistungen außerhalb des fachgruppenspezifischen Kapitels zur Abrechnung kommen könnten. Ausschlaggebend sei deshalb die fachgruppenspezifische Zuordnung der Leistungen. Die Ziff. 03320 EBM 2005 könne von den fachärztlich tätigen Internisten nicht abgerechnet werden. Das Ruhe-EKG sei bereits mit dem fachinternistischen Ordinationskomplex abgegolten, so dass eine Vergütung der Leistung selbstverständlich erfolge. Die Absetzung von Leistungen nach den Ziffern 13251, 13252, 13253, 13254 und 13255 EBM 2005 außerhalb von Definitionsaufträgen im Quartal III/05 sei erfolgt, weil aus den Abrechnungsscheinen solche Definitionsaufträge nicht hervorgingen. Die Leistungen nach den Ziff. 13251 bis 13255 fänden sich im Abschnitt 13.2.2.3 - weitere nur bei Definitionsauftrag berechnungsfähige Leistungen - des EBM 2005. Ein Definitionsauftrag erfordere nach § 24 Abs. 7 Nr. 1 BMV-Ä eine Überweisungsausführung von Auftragsleistungen mit der Definition der Leistungen nach Art und Umfang. Die Absetzung von Leistungen nach der Ziff. 13550 EBM 2005 wegen fehlender Qualifikationsgenehmigung im Quartal III/05 sei erfolgt, da der Leistungsinhalt u.a. die echokardiographische

Untersuchung entsprechend der Ziff. 33020 EBM 2005 und/oder die doppler-echokardiographische Untersuchung der Ziff. 33021 EBM 2005 und/oder die duplex-echokardiographische Untersuchung entsprechende Ziffer 33022 EBM 2005 enthalte. Aufgrund dieser Leistungen der Ultraschalldiagnostik sei eine Genehmigung nach der Ultraschallvereinbarung erforderlich. Die von Herrn Dr. J vor der ihm am 19.08.2005 erteilten Genehmigung abgerechneten Leistungen seien abzusetzen gewesen. Die Absetzung von Leistungen nach der Ziff. 13552 EBM 2005 wegen fehlender Qualifikationsgenehmigung sei erfolgt, weil Herr Dr. I eine solche Genehmigung nicht für die von ihm abgerechneten Leistungen habe. Die Absetzung von Leistungen nach den Ziff. 33070, 33072, 33073 und 33075 EBM 2005 wegen fehlender Qualifikationsgenehmigung im Quartal III/05 sei erfolgt, weil die verschiedenen Ärzte eine solche Genehmigung nicht gehabt hätten. Gleiches gelte für die übrigen Leistungen, die wegen fehlender Genehmigung abgesetzt worden seien. Für die Leistung nach Nr. 34287 EBM 2005 müsse nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie müsse die apparative Ausstattung für eine Genehmigung nachgewiesen werden. Die von Herrn Dr. M erbrachten Leistungen seien abgesetzt worden, weil für ihn die Meldung und Genehmigung der Apparatur nicht vorgelegen habe. Die Genehmigung allein zur Leistungserbringung reiche nicht aus.

Hiergegen hat der Kläger am 09.05.2008 die Klage erhoben.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 14. 05. 2008 das Verfahren bezüglich des Quartals III/05 unter dem Aktenzeichen S 12 KA 178/08 abgetrennt. Sie hat mit Beschluss vom 17.06.2009 die Verfahren wieder zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung miteinander verbunden.

Der Kläger hat mit Schriftsatz seiner Prozessbevollmächtigten vom 30.03.2009 eine Anfechtung des weiteren Berichtigungsbescheids vom 10.12.2006 für das Quartal III/05, in dem ausschließlich Leistungen wegen fehlender Genehmigungen abgesetzt wurden, ausdrücklich ausgeschlossen. In der mündlichen Verhandlung hat der Kläger ferner die Klage bzgl. der Absetzung der Leistungen nach 40240 bzw. 40260 EBM 2005 zurückgenommen.

Zur Begründung der Klage trägt der Kläger ergänzend zu seinem Vorbringen im Verwaltungsverfahren vor, die Leistungen nach den Ziff. 13552 und 1600 bzw. 01601 EBM 2005 seien wegen des Vorliegens außergewöhnlicher Umstände in rechtskonformer Auslegung des EBM 2005 anzuerkennen und zu vergüten. Die angesetzten Leistungen seien bei der Kalkulation der operativen Eingriffe nicht mit einkalkuliert worden. Hierbei handele es sich um Akutfälle, bei denen z.B. nach Implantationen eines Herzschrittmachers oder Defibrillators Funktionskontrollen zum Ausschluss von weiteren Arrhythmien oder echokardiographische Untersuchungen zum Ausschluss eines Perikardergusses erbracht werden müssten. Gerade bei kardiologischen Erkrankungen könne es erforderlich sein, bei Hinzutreten weiterer Risiken zusätzlich diagnostische Leistungen zur Abklärung – auch außerhalb der durchgeführten Operationen bzw. zur differenzialdiagnostischen Abklärung – durchzuführen. Es könnten auch Leistungen, die in dem Zeitraum innerhalb von drei Tagen von anderen Ärzten als den Operateuren erbracht worden seien, ohne Einschränkung erbracht und abgerechnet werden. Alle abgesetzten Leistungen, die im entsprechenden Zeitraum von drei Tagen ab dem Operationstag von anderen Ärzten als dem Operateur erbracht worden seien, seien daher anzuerkennen und zu vergüten. Er sei weiterhin der Auffassung, dass die Aufzeichnung der Schrittmacherwerte typischerweise durch nicht-ärztliches Personal, nach Anweisung des die Leistung erbringenden Arztes, angefertigt würden. Es handele sich nach wie vor bei der Funktionsanalyse des Herzschrittmachers um eine ärztliche Leistung, technische Teile dieser Leistung seien delegierbar. Wie auch bei radiologischen Leistungen sei auf dem Behandlungsschein nicht anzugeben, welche Leistungen durch ärztliches und welche durch nicht-ärztliches Personal erbracht würden. Dies sei bei keiner Leistung im vertragsärztlichen Bereich üblich. Die Delegation bestimmter Leistungsanteile an nicht-ärztliches Personal ergebe sich unter Beachtung berufs-rechtlicher Bestimmungen aus der Sache heraus und sei nicht durch Angabe auf dem Behandlungsschein erkennbar. Selbstverständlich erfolge die Befundung und Auswertung durch den Arzt; ebenso würden die ärztlichen Berichte nach der Ziff. 01600 nur vom Arzt verfasst, korrigiert und unterschrieben werden. Es könne nichts Anderes gelten, wenn die qualifizierte Fachangestellte diesen Leistungsteil im Altenheim erbringe, wenn die Befundung – selbstverständlich durch den Arzt – erfolge. Älteren Patienten werde ein Transport in die Praxis erspart, und die Leistung werde genau so qualifiziert durchgeführt wie in der Praxis. Insofern sei auch die Berechnung des Wegegeldes gerechtfertigt, ohne deren Ansatz die in jeder kardiologischen Praxis übliche Teildelegation im Übrigen gar nicht auffalle. Der Bewertungsausschuss habe zwischenzeitlich mit Wirkung ab dem 01.01.2008 die Abrechnungsfähigkeit des radiologischen Konsiliarkomplexes korrigiert. Für die Vergangenheit habe der Bewertungsausschuss entgegen der Ansicht der Beklagten die vorgetragene Situation einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis bzw. eines MVZ nicht ausdrücklich geregelt. Deren Situation sei bei der Bestimmung nach Nr. 4.2 des EBM 2005 nicht bedacht worden. Die Vorschriften des EBM 2005 seien entsprechend auszulegen. Bezüglich der Absetzung der Leistungen nach den Ziff. 03320 sowie 13251 bis 13255 EBM 2005 neben den Komplex-Nummern 13250 und 13550 sei darauf hinzuweisen, dass die abgesetzten Leistungen nur dann als Einzelleistung von ihm erbracht und abgerechnet worden seien, wenn bereits im Rahmen der ambulanten Behandlung die Komplexziffer abgerechnet worden sei. Bei anschließender stationärer Aufnahme werde üblicherweise davon abgesehen, nochmals den kompletten Leistungskomplex abzurechnen, sondern nur die tatsächlich durchgeführten Leistungen. Es könne daher angenommen werden, dass bei Einführung des EBM 2005 nicht berücksichtigt worden sei, dass bei Aufnahme des Patienten in stationäre Behandlung bereits ambulant die Leistungskomplexe erbracht worden und im Rahmen der anschließenden stationären Versorgung noch Teilleistungen erforderlich seien. Aus diesem Grund sei entsprechend des Grundsatzes "a maiore ad minus" davon auszugehen, dass die Abrechnung von Teilleistungen möglich sein müsse, wenn der Leistungskomplex insgesamt sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich innerhalb eines Behandlungsfalles abgerechnet werden könne. Nach den im Zeitraum II/05 geltenden HVV-Bestimmungen nach Ziff. 3.2.c seien sämtliche, von Frau Dr. E im Rahmen der konsiliarischen oder mitbehandelten Tätigkeit durchgeführten Leistungen von der Beklagten anzuerkennen und zu vergüten. Die Beklagte trage fälschlicherweise vor, dass Ziff. 3.2 HVV eine abschließende Aufzählung der abrechenbaren Leistungen enthalte und die Ziff. 03320 nicht dazu gehöre. Er weise darauf hin, dass die Beklagte in späteren Quartalen ausdrücklich davon abgesehen habe, diese Absetzungen weiterhin durchzuführen und dies dem Kläger auch telefonisch mitgeteilt habe. Diese Leistungen würden zwischenzeitlich anerkannt und vergütet werden. Die Ziffern 13251 und 13255 hätte er als Einzelleistung abgerechnet. Dies sei die kostengünstigere Variante zur Doppelabrechnung des kardiologischen Komplexes. Er sei berechtigt, diese Einzelleistungen auch nach dem internistischen Komplex nach Ziffer 13250 abzurechnen. Auch sei der obligate Leistungsinhalt durch Erbringung einer der Leistungen nach Ziffer 13251 bis 13255 erfüllt.

Der Kläger beantragt,
den Bescheid vom 14.12.2005, abgeändert durch Bescheid vom 30.01.2006 und den Bescheid vom 10.02.2006 (A.: xxxxx), beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.04.2008 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie nimmt Bezug auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid und trägt ergänzend vor, sämtliche Belegärzte der Klägerin seien Internisten und Kardiologen bzw. Internisten und Angiologen. Es sei nicht ersichtlich, weshalb seitens eines internistisch tätigen Belegarztes die Notwendigkeit bestehe, für die Erbringung der Leistung nach Ziff. 03320 die hausärztlich tätige Frau Dr. E hinzuzuziehen. Diese Leistung hätte auch genau so gut vom internistisch tätigen Belegarzt selbst erbracht werden können. Das betreffende Fach sei somit am Krankenhaus vertreten gewesen. Infolge des Verstoßes gegen § 41 Abs. 6 BMV-Ä sei die Leistung folgerichtig abgesetzt worden. Unabhängig davon seien die Leistungen von Frau Dr. E als belegärztliche Leistungen abgerechnet worden. Da Frau Dr. E jedoch über keine Belegarztanerkennung verfüge, hätten die Leistungen nach ambulanten Grundsätzen abgerechnet werden müssen. Außergewöhnliche Umstände erweiterten nicht die Abrechnungsmöglichkeiten über die Nr. 8 des Abschnitts 31.2.1 EBM 2005 hinaus. Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG sei für die Auslegung vertragsärztlicher Gebührenordnungen in erster Linie der Wortlaut der Leistungslegenden maßgeblich. Erweiternde Interpretationen seien nur in engen Grenzen zulässig. Über den Wortlaut hinaus könne keine weitergehende Abrechnungsmöglichkeit begründet werden. Soweit der Kläger von der Delegierbarkeit der Aufzeichnung von Schrittmacherwerten ausgehe, bestehe der entscheidende Unterschied darin, dass in der ersten Variante der Arzt in der Praxis bzw. am Ort der Leistungserbringung anwesend sei. In der zweiten Variante hingegen nicht. Das Gebot der persönlichen Leistungserbringung erfordere jedoch beim Einsatz nicht ärztlicher Mitarbeit zur Durchführung delegierbarer Leistungen die persönliche Anleitung und Überwachung der Mitarbeiter durch den Arzt am Ort der Leistungserbringung. Erbrächten nicht ärztliche Mitarbeiter delegierte Leistungen, sei der Arzt verpflichtet, sich in unmittelbarer Nähe aufzuhalten. Es sei daher unzulässig, außerhalb der Praxisräume aufgrund genereller ärztlicher Anordnung das Praxispersonal stets eigenständig bestimmte Leistungen erbringen zu lassen. Der Konsiliarkomplex bei gleichzeitiger Abrechnung des Ordinationskomplexes im Behandlungsfall sei aufgrund des eindeutigen Wortlauts des Abschnitts 4.2 der allgemeinen Bestimmungen des EBM 2005 abzusetzen gewesen. Für eine Auslegung im Sinne des Klägers bestehe kein Raum. In erster Linie sei der Wortlaut der Norm maßgebend. Im Übrigen habe der Bewertungsausschuss die Möglichkeit der Abrechnung des Ordinations- bzw. Konsiliarkomplexes einmal im Behandlungsfall bei Gemeinschaftspraxen dadurch in angemessener Weise berücksichtigt, dass er gemäß Abschnitt 5.1 eine Erhöhung des Ordinationskomplexes berücksichtigt habe. Wenn es keine dazu entsprechende Regelung hinsichtlich des Konsiliarkomplexes gebe, deute dies auf den abschließenden Willen des Normgebers hin. Im Abschnitt 4.2 werde im EBM 2005 geregelt, dass allein der Ordinationskomplex bei einer ambulanten und stationären Behandlung in demselben Quartal zweimal berechnungsfähig sei. Eine derartige Sonderregelung finde sich für weitergehende Gebührenordnungspositionen nicht. Demzufolge könne der Kläger nicht in dem Sinne argumentieren, dass die hier streitigen Ziffern nicht Gegenstand der Komplexleistungen im Sinne der Nrn. 13250 und 13550 EBM 2005 seien, da diese Gegenstand der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gewesen seien, und die hier streitigen Leistungen Gegenstand der belegärztlichen Versorgung. Dies hätte einer zusätzlichen Regelung wie der im Sinne des Abschn. 4.2 in Bezug auf den Ordinationskomplex bedurft. Diese Sichtweise bestätige auch § 21 Abs. 6 BMV-Ä. Danach könnten Leistungen, die bestimmten Begrenzungen im EBM unterlägen und auf den Behandlungsfall bezogen seien, nur in diesem Umfang abgerechnet werden, auch wenn sie durch denselben Arzt im selben Kalendervierteljahr bei den Versicherten sowohl im ambulanten als auch im stationären Behandlungsfall durchgeführt worden seien.

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

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit einer ehrenamtlichen Richterin und einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragsärzte und Psychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Psychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG](#)).

Die Klage ist zulässig, denn sie sind insbesondere form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klage ist aber nur zu einem Teil begründet. Der Bescheid vom 14.12.2005, abgeändert durch Bescheid vom 30.01.2006, und der Bescheid vom 10.02.2006, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.04.2008 sind insoweit rechtswidrig, als Leistungen nach Nr. 13522, 01600 und 01601 EBM 2005 ausschließlich mit der Begründung, es handele sich bei der Nr. 13522 EBM 2005 um keine delegierbare Leistung durch die Helferin, abgesetzt wurden. Insoweit waren die Bescheide aufzuheben. Im Übrigen waren die Bescheide, soweit sie noch angefochten werden, aber rechtmäßig und war die Klage daher im Übrigen abzuweisen.

Die Beklagte war grundsätzlich zuständig für die sachlich-rechnerische Berichtigung.

Nach [§ 75 Abs. 1 SGB V](#) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die vertragszahnärztliche Versorgung sicher zu stellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragszahnärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Nach § 75 Abs. 2 Satz 2 1. Halbsatz haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Zu den Pflichten der Vertragsärzte gehört unter anderem auch eine ordnungsgemäße Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest; dazu gehört auch die Arzt bezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten ([§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Es obliegt deshalb nach § 45 des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 34 des Ersatzkassenvertrages-Ärzte (EKV-Ä) der Beklagten, die vom Vertragsarzt eingereichten Honoraranforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. zu berichtigen.

Die angefochtenen Bescheide sind insoweit rechtswidrig, als Leistungen nach Nr. 13522, 01600 und 01601 EBM 2005 ausschließlich mit der Begründung, es handele sich bei der Nr. 13522 EBM 2005 um keine delegierbare Leistung durch die Helferin, abgesetzt wurden.

Die Beklagte hat die Leistungen nach Nr. 13522, 01600 und 01601 EBM 2005 sowie – insoweit wurde die Klage zurückgenommen – nach Nr. 40240 und Nr. 40260 EBM 2005 – dann abgesetzt, wenn die technische Überprüfung des Schrittmachers, d.h. das Ausschreiben der Daten und die Überprüfung des Computers einem technischen Mitarbeiter übertragen wurde und i.d.R. im Altersheim erfolgte. Dies ist

rechtswidrig.

Die Leistung nach Nr. 13552 EBM 2005 (Kontrolle Herzschrittmacher, Kardioverter, Defibrillator) beinhaltet eine Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers und/oder eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators mit dem obligaten Leistungsinhalt Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers und/oder Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators, Überprüfung des Batteriezustandes, Überprüfung und Dokumentation der programmierbaren Parameter und Messwerte durch Ausdruck des Programmiergerätes, Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode. Fakultativer Leistungsinhalt ist die Umprogrammierung, Telemetrische Abfrage. Die Kammer geht davon aus, dass die Funktionsanalyse selbst von einem Arzt des Klägers erbracht wurde. Damit wird aber der Leistungsinhalt vollständig erfüllt. Die Leistungslegende setzt nicht voraus, dass die technische Überprüfung des Schrittmachers, d.h. das Ausschreiben der Daten und die Überprüfung des Computers vom Arzt selbst vorgenommen wird. Hierbei handelt es sich um Hilfstätigkeiten, die auf nichtärztliches Personal, das entsprechend ausgebildet und geschult ist, was nach dem Vortrag des Klägers, woran zu zweifeln die Kammer keine Veranlassung hat, bei ihm der Fall ist, übertragen werden kann. Der insoweit fachkundig mit zwei Ärzten besetzten Kammer ist bekannt, dass eine solche Vorgehensweise in der Ärzteschaft üblich und auch mit dem Stand der medizinischen Wissenschaft in Einklang ist. Eine unmittelbare Überwachung durch einen Arzt ist nicht erforderlich. Fehler bei den Hilfstätigkeiten sind bei der Befundung ohne weiteres erkennbar, da sie zur Unbrauchbarkeit der Aufzeichnungen führen und der Vorgang wiederholt werden muss. Von daher können diese Hilfstätigkeiten auch bei Abwesenheit eines Arztes durchgeführt werden. Soweit die Leistung nach Nr. 13552 EBM 2005 zu Unrecht abgesetzt wurden, gilt dies auch für die Begleitleistungen nach Nr. 01600 und 01601 EBM 2005.

Im Übrigen hat die Beklagte die Berichtigung in nicht zu beanstandender Weise durchgeführt.

Der Bescheid vom 14.12.2005 für das Quartal II/05, abgeändert durch Bescheid vom 30.01.2006, in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.04.2008 ist im Übrigen rechtmäßig.

Die Absetzung von Leistungen, die nicht in Kap. IV und 31.2.1 Nr. 8 des EBM 2005 genannt sind, ist rechtmäßig.

Nach Nr. 8 der Präambel zu Abschnitt 31.2. EBM 2005 (Ambulante und belegärztliche Operationen) können in einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, vom Operateur neben der ambulanten oder belegärztlichen Operation nur die Leistungen nach den Nrn. 01220 bis 01222, 01310 bis 01312, 01410 bis 01414, 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01623, 01710 bis 01721, 01770, 01772 bis 01775, 01780 bis 01787, 01790 bis 01793, 01800 bis 01813 und 01815, 01820 bis 01822, 01825 bis 01832, 01835 bis 01839 und 01850, 01950 bis 01952, die arztgruppenspezifischen Ordinations- und Konsultationskomplexe, Leistungen der Kapitel bzw. Abschnitte 31.3, 31.4, 31.5.2, 32, 34 und 35 berechnet werden.

Unstrittig zwischen den Beteiligten ist, dass die Beklagte nur Leistungen abgesetzt hat, die in der genannten Nr. 8 nicht genannt werden und die in einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, vom Operateur neben der ambulanten oder belegärztlichen Operation abgerechnet wurden.

Soweit der Kläger vorträgt, es seien auch Leistungen des nicht operierenden Arztes entgegen der Bestimmung in der Präambel gestrichen worden, verkennt er, dass mit "Operateur" die unter einer Abrechnungsnummer abrechnende Gemeinschaftspraxis gemeint ist. Andernfalls liefe die Bestimmung bei entsprechendem arbeitsteiligem Vorgehen ins Leere. Von daher konnte auch dahinstehen, ob neben dem im Widerspruchsbescheid genannten Behandlungsfall auch weitere Fälle streitgegenständlich sind, in denen Leistungen von einem anderen Mitglied des Klägers als dem Operateur erbracht worden waren.

Im Übrigen räumt der Kläger selbst ein, die danach gestrichenen Leistungen seien rein formal nach dem Text des EBM tatsächlich nicht abrechenbar. Soweit er der Auffassung ist, die gestrichenen Leistungen wie z.B. die Funktionskontrolle des Schrittmachers oder echokardiographische Untersuchungen zum Ausschluss eines Perikardergusses nach Schrittmacherimplantation seien in der Kalkulation des EBM nicht enthalten seien, kommt aus diesem Grund eine weitergehende Vergütung nicht in Betracht.

Für die Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, von der abzuweichen die Kammer hier keine Veranlassung hat, in erster Linie der Wortlaut der Regelungen maßgeblich. Dies gründet sich zum einen darauf, dass das vertragliche Regelwerk dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen von Ärzten und Krankenkassen dient und es vorrangig Aufgabe des Bewertungsausschusses selbst 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 bzw. Gebührenordnungen oder durch analoge Anwendung zulässt. Soweit indessen der Wortlaut eines Leistungstatbestandes zweifelhaft ist und es seiner Klarstellung dient, ist Raum für eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der in innerem Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Leistungstatbestände. Eine entstehungsgeschichtliche Auslegung kommt bei unklaren oder mehrdeutigen Regelungen ebenfalls in Betracht. Sie kann allerdings nur anhand von Dokumenten erfolgen, in denen die Urheber der Bestimmungen diese in der Zeit ihrer Entstehung selbst erläutert haben. Leistungsbeschreibungen dürfen weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewendet werden (vgl. BSG, Urt. v. 07.02.2007 - [B 6 KA 32/05](#) - [GesR 2007, 326](#), zitiert nach juris Rdnr. 13 m.w.N.).

Danach ist eine ergänzende Auslegung oder analoge Anwendung einer Gebührenbestimmung ausgeschlossen. Angesichts des eindeutigen, vom Kläger selbst eingeräumten Wortlauts der Norm, die die abrechenbaren Leistungen abschließend aufzählt, erfolgte die Absetzung zu Recht.

Eine Berechnung von Ordinations- und Konsiliarkomplex in demselben Behandlungsfall ist nicht möglich.

Nach den allgemeinen Bestimmungen 4.2 des EBM 2005 (Ordinations- bzw. Konsiliarkomplex) kann der Ordinations- oder Konsiliarkomplex nur von den in der Präambel der entsprechenden arztgruppenspezifischen oder arztgruppenübergreifenden Kapitel genannten Leistungserbringern beim ersten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal berechnet werden. Er ist nur einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig (kurativ-ambulant) und umfasst die in Anhang 1 aufgeführten Leistungen. Bei einer ambulanten und stationären (belegärztlichen) Behandlung in demselben Quartal ist der Ordinationskomplex zweimal berechnungsfähig (jeweils kurativ-ambulant und

kurativ-stationär). Eine Berechnung von Ordinations- und Konsiliarkomplex in demselben Behandlungsfall ist nicht möglich. Bei einer in demselben Behandlungsfall erfolgten Berechnung der Leistung nach Nr. 01210 (Ordinationskomplex im organisierten Notfalldienst) ist für die gleichzeitige Berechnung des Ordinationskomplexes mindestens ein weiterer persönlicher kurativer Arzt-Patienten-Kontakt außerhalb der Notfallbehandlung bzw. außerhalb des organisierten ärztlichen Notdienstes notwendig. Bei Überweisungen zur Durchführung von Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsauftrag gemäß § 24 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 27 Abs. 3 Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV) an nicht ausschließlich auftragnehmende Ärzte gemäß § 13 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 7 Abs. 4 Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV)) ist der Ordinationskomplex nicht berechnungsfähig.

Nach Satz 4 dieser Bestimmung ist daher eine Berechnung von Ordinations- und Konsiliarkomplex in demselben Behandlungsfall nicht möglich. Jeweils als Behandlungsfall gilt die gesamte von derselben Arztpraxis (Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeut, Berufsausübungsgemeinschaft, Medizinisches Versorgungszentrum) innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Versicherten ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung. Ein einheitlicher Behandlungsfall liegt auch dann vor, wenn sich aus der zuerst behandelten Krankheit eine andere Krankheit entwickelt oder während der Behandlung hinzutritt oder wenn der Versicherte, nachdem er eine Zeitlang einer Behandlung nicht bedurfte, innerhalb desselben Kalendervierteljahres wegen derselben oder einer anderen Krankheit von demselben Vertragsarzt behandelt wird. Ein einheitlicher Behandlungsfall liegt auch dann vor, wenn sich der Versichertenstatus während des Quartals ändert. Es wird der Versichertenstatus bei der Abrechnung zugrunde gelegt, der bei Quartalsbeginn besteht. Stationäre belegärztliche Behandlung ist ein eigenständiger Behandlungsfall auch dann, wenn in demselben Quartal ambulante Behandlung durch denselben Belegarzt erfolgt. Unterliegt die Häufigkeit der Abrechnung bestimmter Leistungen besonderen Begrenzungen durch entsprechende Regelungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), die auf den Behandlungsfall bezogen sind, können sie nur in diesem Umfang abgerechnet werden, auch wenn sie durch denselben Arzt in demselben Kalendervierteljahr bei demselben Versicherten sowohl im ambulanten als auch stationären Behandlungsfall durchgeführt werden. Alle Leistungen, die in einer Einrichtung nach § 311 SGB V oder einem medizinischen Versorgungszentrum bei einem Versicherten pro Quartal erbracht werden, gelten als ein Behandlungsfall. Die Abrechnung der Leistungen, ihre Vergütung sowie die Verpflichtung zur Erfassung der erbrachten Leistungen werden durch die Gesamtvertragspartner geregelt (§ 21 Abs. 1 Satz 1 bis 8 BMV-Ä/§ 25 Abs. 1 Satz 1 bis 8 EKV-Ä).

Nach Satz 6 der genannten bundesmantelvertraglichen Bestimmungen bleibt es daher hinsichtlich der Häufigkeit der Abrechnung bei den Vorgaben nach den allgemeinen Bestimmungen 4.2 des EBM 2005. Bei einer ambulanten und stationären (belegärztlichen) Behandlung in demselben Quartal ist der Ordinationskomplex zweimal berechnungsfähig (jeweils kurativ-ambulant und kurativ-stationär). Eine Berechnung von Ordinations- und Konsiliarkomplex in demselben Behandlungsfall ist nicht möglich. Entsprechend hat die Beklagte die Leistungen nach Nr. 24211 (Konsiliarkomplex 6. - 59. Lebensjahr) und 24212 EBM 2005 (Konsiliarkomplex ab 60. Lebensjahr) abgesetzt, soweit auch der höher bewertete Ordinationskomplex abgerechnet worden war.

Soweit ein Patient, wie vom Kläger vorgetragen, sowohl von den Radiologen der fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis als auch von einem internistisch oder kardiologisch tätigen Arzt behandelt wird, kann neben den Einzelleistungen des Radiologen kein weiterer Ordinationskomplex bzw. hier insbesondere kein Konsiliarkomplex abgerechnet werden. Insofern verbleibt es bei einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis bei der Erhöhung des Ordinationskomplexes nach 5.1 der allgemeinen Bestimmungen des EBM 2005.

Die Absetzung der Leistungen nach Nr. 03320 EBM 2005 im stationären Bereich ist rechtmäßig.

Nr. 03320 EBM 2005 (EKG, 220 Punkte) beinhaltet die elektrokardiographische Untersuchung mit mindestens 12 Ableitungen (Extremitäten und Brustwand) als obligatem Leistungsinhalt. Sie gehört zum hausärztlichen Versorgungsbereich nach Kap. III.a.3 des EBM 2005.

Die Beklagte hat diese Leistungen abgesetzt, soweit sie von Frau Dr. med. E, die hausärztlich tätig ist und keine Belegarztanerkennung besitzt, im stationären Bereich erbracht worden war. Stationäre vertragsärztliche (belegärztliche) Behandlung setzt aber u.a. voraus, dass der die Leistung erbringende Vertragsarzt gemäß § 40 BMV-Ä/§ 32 EKV-Ä als Belegarzt für dieses Krankenhaus anerkannt ist (§ 38 Nr. 4 BMV-Ä/§ 30 Nr. 4 EKV-Ä). Hieran fehlt es für Frau Dr. med. E. Bei der Anerkennung als Belegarzt handelt es sich um eine personenbezogene Anerkennung; es reicht nicht aus, dass andere Ärzte der Klägerin als Belegärzte anerkannt sind.

Eine belegärztliche Mitbehandlung kann von einem nicht belegärztlich tätigen Vertragsarzt nicht durchgeführt werden. Ein Belegarzt darf für eine Auftragsleistung, eine Konsiliaruntersuchung oder eine Mitbehandlung einen Vertragsarzt nur hinzuziehen, wenn das betreffende Fach an dem Krankenhaus nicht vertreten ist (§ 41 Abs. 6 BMV-Ä/§ 33 Abs. 6 EKV-Ä). Kardiologische Leistungen wie die strittige elektrokardiographische Untersuchung können aber von den am Belegkrankenhaus tätigen Kardiologen erbracht werden. Von daher kam auch keine belegärztlich angeforderte Konsiliaruntersuchung in Betracht.

Soweit der Belegarzt Vertragsärzte (ohne Anerkennung zur belegärztlichen Behandlung) nach dem Honorarverteilungsvertrag hinzuziehen kann bzw. der hinzugezogene Vertragsarzt Leistungen abrechnen kann, enthält Nr. 3.2 HVV jedoch eine abschließende Aufzählung der durch den hinzugezogenen Arzt abrechnungsfähigen Leistungen. Leistungen nach der Ziff. 03320 EBM 2005 gehören nicht dazu. Dies ist nicht zu beanstanden und jedenfalls insoweit vom Gestaltungsspielraum der Vertragsparteien gedeckt.

Die Absetzung der Leistungen nach Nr. 03320 EBM 2005 neben der Nr. 13550 EBM 2005 sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich ist rechtmäßig.

Die Nr. 13550 EBM 2005 (Kardiologischer-diagnostischer Komplex, 1.485 Punkte) hat als obligaten Leistungsinhalt eine echokardiographische Untersuchung (Nr. 33020) und/oder doppler-echokardiographische Untersuchung (Nr. 33021) und/oder duplex-echokardiographische Untersuchung (Nr. 33022) und/oder Druckmessung(en) sowie als fakultativen Leistungsinhalt eine Leistung nach der Nr. 02100, Leistung nach der Nr. 02330, Leistung nach der Nr. 02331, Leistung nach der Nr. 13251, Leistung nach der Nr. 13252, Leistung nach der Nr. 13253, Leistung nach der Nr. 13254, Untersuchung mittels Einschwemmkatheter in Ruhe, Untersuchung mittels Einschwemmkatheter in Ruhe sowie während und nach physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung, farbcodierte Untersuchungen (Nr. 33075), Laufbandergometrie(n), Intraluminale Messung(en) des Arteriendrucks oder des zentralen Venendrucks, Messung(en) von Herzzeitvolumen und/oder Kreislaufzeiten, Applikation der Testsubstanz(en), einmal im Behandlungsfall (1.485 Punkte).

Die von Nr. 13550 EBM 2005 miterfasste Nr. 13251 EBM 2005 (Belastungs-EKG, 545 Punkte) beinhaltet eine elektrokardiographische Untersuchung (Belastungs-EKG) mit dem obligaten Leistungsinhalt Untersuchung in Ruhe und nach Belastung mit mindestens 12 Ableitungen sowie während physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung mit mindestens 3 Ableitungen und fortlaufender Kontrolle des Kurvenverlaufes sowie wiederholte Blutdruckmessung. Damit ist die elektrokardiographische Untersuchung nach Nr. 03320 EBM 2005 (EKG) in der Nr. 13550 EBM 2005 enthalten. Nach Nr. 2.1.3 der allgemeinen Bestimmungen des EBM 2005 ist eine Leistung nicht berechnungsfähig, wenn sie Teilleistung einer anderen berechnungsfähigen Leistung oder eines Leistungskomplexes ist. Dies gilt für Gesprächs- und Beratungsleistungen auch dann, wenn das Gespräch mit unterschiedlicher Zielsetzung (Diagnose/Therapie) geführt wird. Erfüllen erbrachte Leistungen die Voraussetzungen zur Berechnung eines Leistungskomplexes, ist der entsprechende Komplex und nicht die einzelne(n) Leistung(en) abzurechnen. Dies gilt nicht für Auftragsleistungen. Als Teilleistung kann die Nr. 03320 EBM 2005 damit nicht neben der Nr. 13550 EBM 2005 abgerechnet werden.

Die Absetzung der Nr.03320 EBM ist rechtmäßig, soweit diese Leistung durch Fachärzte der Klägerin erbracht worden war.

Die Beklagte weist zutreffend auf die fachgruppenspezifische Systematik des EBM 2005 hin. In der Präambel zu Abschnitt III.a. 3 (Hausärztlicher Versorgungsbereich) wird unter Nr. 1 dargelegt, dass die in diesem Kapitel aufgeführten Leistungen - unbeschadet der Regelung gemäß 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - ausschließlich von Fachärzten für Allgemeinmedizin, Praktischen Ärzten, Ärzten ohne Gebietsbezeichnung und Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß [§ 73 Abs. 1a SGB V](#) erklärt haben, berechnet werden können. Entsprechend wird auch in den anderen fachgruppenspezifischen Abschnitten nicht eine Abrechenbarkeit dieser Leistung angeführt. Insbesondere auch fachärztlich tätigen Internisten können Leistungen nach Ziff. 03320 EBM 2005 nicht abrechnen.

Eine Umwandlung der Nr. 03320 EBM in eine Leistung nach Nr. 13250 EBM 2005 ist nicht möglich. Die Nr. 13250 EBM 2005 (Fachinternistischer Basiskomplex) beinhaltet als obligaten Leistungsinhalt neben weiteren Leistung auch die elektrokardiographische Untersuchung in Ruhe und nach Belastung (Belastungs-EKG) mit mindestens 12 Ableitungen sowie während physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung mit mindestens 3 Ableitungen und fortlaufender Kontrolle des Kurvenverlaufes mit wiederholter Blutdruckmessung. Im Gegensatz zur Nr. 03320 EBM 2005, die die elektrokardiographische Untersuchung mit mindestens 12 Ableitungen (Extremitäten und Brustwand) als obligatem Leistungsinhalt beinhaltet, reicht für die Abrechnung einer Leistung nach Nr. 13250 EBM 2005 ein Ruhe-EKG nicht aus.

Der Berichtigungsbescheid vom 10.02.2006 für das Quartal III/05 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.04.2008 ist ebf. im Übrigen rechtmäßig.

Die Rechtmäßigkeit ergibt sich aus den vorstehenden Ausführungen, soweit die Leistungen mit gleicher Begründung abgesetzt wurden. Der Bescheid ist auch mit den weiteren Begründungen rechtmäßig.

Die Absetzung der Nr. 13251, 13252, 13253, 13254 und 13255 EBM 2005 ist rechtmäßig.

Die Beklagte hat diese Leistungen abgesetzt, soweit sie neben den Nr. 13250 und 13550 EBM 2005 abgerechnet worden waren. Zutreffend weist die Beklagte darauf hin, dass diese Leistungen als fakultativer Leistungsinhalt des kardiologischen Komplexes nach Nr. 13550 bzw. des obligaten Leistungsinhaltes des fachinternistischen Basiskomplexes nach Nr. 13250 aufgeführt sind. Die Nr. 13550 EBM 2005 schließt ferner ein Nebeneinanderabrechnen ausdrücklich aus. Die Nr. 13550 EBM 2005 ist u.a. nicht neben Leistungen des Abschnitts 13.2.2 abrechenbar, zu dessen Unterabschnitt 13.2.2.3 alle diese Leistungen gehören. Ebenso schließt die Nr. 13250 EBM 2005 ausdrücklich ein Nebeneinanderabrechnen mit Leistungen des Unterabschnitts 13.2.2.3 aus bzw. schließen alle diese Leistungen ein Nebeneinanderabrechnen mit der Nr. 13250 EBM 2005 aus. Bis auf die mit 545 Punkten bewertete Leistung nach Nr. 13251 EBM 2005 (Elektrokardiographische Untersuchung (Belastungs-EKG)) ist die Leistung nach Nr. 13250 EBM 2005 höher bewertet. Insofern gilt aber nach Abschnitt 2.1.3 Satz 3 und 4 der Allgemeinen Bestimmungen, dass, erfüllen erbrachte Leistungen die Voraussetzungen zur Berechnung eines Leistungskomplexes, der entsprechende Komplex und nicht die einzelne(n) Leistung(en) abzurechnen ist. Dies gilt nicht für Auftragsleistungen. Um Auftragsleistungen handelte es sich aber nicht.

Zutreffend weist die Beklagte ferner darauf hin, dass die Absetzung von Leistungen nach den Ziffern 13251,13252, 13253,13254 und 13255 EBM 2005 außerhalb von Definitionsaufträgen erfolgt sei, weil aus den Abrechnungsscheinen solche Definitionsaufträge nicht hervorgingen und diese Leistungen sich im Abschnitt 13.2.2.3 befinden, nach dessen Überschrift es sich um weitere nur bei Definitionsauftrag berechnungsfähige Leistungen handelt. Ein Definitionsauftrag erfordert nach § 24 Abs. 7 Nr. 1 BMV-Ä/§ 27 Abs. 7 Nr. 1 EKV-Ä eine Überweisungsausführung von Auftragsleistungen mit der Definition der Leistungen nach Art und Umfang.

Der Kläger räumt ein, rein formal sei nach dem Text die Abrechnung der Nummer 13251 und wahrscheinlich auch die gekürzten Ziffern 13252 und 13253 nicht neben dem kardiologischen diagnostischen Komplex nach Nr. 13550 abrechenbar. Soweit er dies für unzulässig hält, weil der EBM 2005 grundsätzlich nur nach ambulanter Leistungserbringung kalkuliert zu sein scheine und deshalb den belegärztlichen Leistungen überhaupt nicht Rechnung trage, verweist er selbst auf ein ergänzende Auslegung bzw. eine Auslegung entgegen dem Wortlaut des EBM. Dies ist aber unzulässig, wie bereits ausgeführt.

Im Ergebnis war der Klage daher nur teilweise stattzugeben und war sie im Übrigen abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens. Bei der Quotelung war zu berücksichtigen, dass die Klage nur zu einem geringen Teil erfolgreich war.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2009-10-28