

L 12 KA 34/06

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 43 KA 603/03

Datum

15.03.2006

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 34/06

Datum

23.09.2009

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 6 KA 3/10 B

Datum

23.03.2010

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Kein Vertrauensschutz bei Ersetzung einer landesspezifischen Honorierungsvereinbarung durch eine ungünstigere bundeseinheitliche Regelung.

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 15. März 2003 wird zurückgewiesen.

II. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

In diesem Rechtsstreit geht es um eine sachlich-rechnerische Berichtigung aus dem 3. Quartal 2002.

Die Klägerin, eine internistische Gemeinschaftspraxis in A-Stadt, erbringt ambulante Dialyseleistungen. Mit Richtigstellungsbescheid, der zugleich mit dem Honorarbescheid vom 7. Januar 2003 versandt wurde, strich die Beklagte aus der Abrechnung der Klägerin für das Quartal 3/02 u.a. in drei Behandlungsfällen, die bei den Ersatzkrankenkassen versichert waren, 23 mal die Gebührenordnungspositionen 8531, 8541 und 8548, 15 mal die Nrn. 8531, 8541, 8542 und 8548 sowie 3 mal die Nrn. 8531, 8541 und 8548 mit der Begründung, diese Gebührenordnungsnummern seien in der Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) nicht enthalten. Bei diesen Ziffern handelte es sich um Pauschalabgeltungen der Kosten für Sach- und Dienstleistungen bei Dialysebehandlungen und anderen Blutreinigungsverfahren aufgrund von Vereinbarungen zwischen der Beklagten und den Ersatzkassen auf Landesebene. Die genannten Nummern waren wie folgt definiert:
Nr. 8531 Hämodialysebehandlung als Zentrums- bzw. Praxisdialyse bei Verwendung von Acetat als Puffersystem, je Dialyse 320,00 DM
Nr. 8541 Bicarbonatdialyse einschließlich notwendiger Kosten des Säure-Basen-Haushalts 9,00 DM
Nr. 8542 High-Flux-Dialyse 48,00 DM
Nr. 8548 Hämodialyse unter Verwendung von Einmal-Dialysatoren 20,00 DM.

Diese Leistungen hatte die Klägerin in den vorhergegangenen Quartalen bei Ersatzkassenpatienten abrechnen können. Zum 1. Juli 2002 wurde die Erstattung von Dialysesachkosten auf der Grundlage der §§ 135 Abs. 2 i.V.m. 72 Abs. 2, 82 Abs. 1 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) neu geregelt. An die Stelle der bis dahin geltenden je nach Kassenärztlicher Vereinigung und Kassenarzt unterschiedlichen Pauschalbeträgen trat die bundesweit geltende Gebührenordnungs-Nr. 7270 im Kapitel U "Pauschalerstattungen" des damals geltenden Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM 96) mit folgendem Wortlaut:
"Pauschalerstattung für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialyse, CAPD, CCPD als Zentrums bzw. Praxisdialyse, Heimdialyse oder zentralisierter Heimdialyse, einschließlich Sonderverfahren (z.B. Hämofiltration, Hämodiafiltration), je Behandlungswoche bis zum 30. Juni 2003 580,00 EUR, ab dem 1. Juli 2003 bis 31. Dezember 2003 550,00 EUR, ab dem 1. Januar 2004 520,00 EUR".

Die Klägerin hat gegen den Honorarbescheid bzw. den Richtigstellungsbescheid betreffend das Quartal 3/02 Widerspruch eingelegt, der sich insbesondere gegen die ersatzlose Streichung der alten Dialyse-Sachkostenziffern 8531, 8541, 8542 und 8548 in den Behandlungsfällen F., P. und S. richtete, die bei den Ersatzkassen versichert waren. Die alten Abrechnungsziffern seien hier eingegeben worden, weil im Ersatzkassenbereich für Einzel-Dialysen pro Woche bislang keine neuen Ziffern zur Abrechnung zur Verfügung stünden. Es sei völlig unzumutbar, dass die Klägerin die Leistungen, die wirtschaftlich und zweckmäßig nur einmal pro Woche notwendig gewesen seien, ohne

Vergütung erbringen müsse. Es sei nicht nur so, dass sie die Leistungen für den Nulltarif erbringen solle, sondern sie müsse die erheblichen Sachkosten für Einmalmaterial, Medikamente, Personal-, Gerätekosten, Energie, Wasser etc. vorfinanzieren und könne dieses nicht aus eigener Tasche bezahlen.

Die Beklagte hat den Widerspruch, soweit er die Nichtanerkennung der Dialyse-Sachkostenpauschalen bei Einzeldialysen betraf, mit Widerspruchsbescheid vom 20. März 2003 zurückgewiesen. In der Begründung des Bescheids wird zunächst der Wortlaut der neuen Nr. 7270 in der ab 1. Juli 2002 geltenden Fassung zitiert. Weiter heißt es, eine Behandlungswoche sei jede Kalenderwoche, in der ein überwiegender Anteil der wöchentlichen Dialysen (d.h. zwei von drei Hämodialysetagen oder vier von sieben Peritonealdialysetagen) durchgeführt wurde. Soweit die Partner der Gesamtverträge eine im wirtschaftlichen Ergebnis mit dieser Regelung vergleichbare niedrigere Erstattungshöhe der Kosten für nicht ärztliche Dialyseleistung vereinbart hätten, würden diese Vereinbarungen solange fortgeführt wie sie den in Nr. 7270 zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen Betrag unterschritten. Die Vergleichsberechnungen zwischen den bisherigen bayerischen Dialysesachkostenpauschalen und den bundeseinheitlichen Pauschalen habe eindeutig ergeben, dass im Ersatzkassenbereich die Bundespauschalen wirtschaftlicher seien. Das bedeute, dass ab dem 1. Juli 2002 die Sachkostenpauschalen des Kapitels U nach den Nrn. 7270 bis 7273 gelten. Die Ersatzkassen hätten einer Übergangsregelung, wonach die bis zum 30. Juni 2002 geltenden bayerischen Pauschalen noch für ein Jahr anzuwenden wären, nicht zugestimmt. Damit seien Einzeldialysen (Notfall-Dialyse, Dialyse vor und nach einem stationären Aufenthalt, Dialysen im Zusammenhang mit dem Tod des Patienten) in einer Behandlungswoche nicht berechenbar. Dies sei dadurch begründet, dass es sich bei der Bewertung der Nr. 7270 um eine Mischkalkulation handle. Für die Bewertung würden 3,2 Dialysetage zugrunde gelegt. Die Nr. 7270 sei aber auch dann berechenbar, wenn der Patient mindestens zwei und nicht drei Dialysetage beansprucht habe. Die Dialyse-Sachkostenpauschalen entsprächen geltendem Vertragsrecht und seien für die Beklagte verbindlich und von dieser ordnungsgemäß umgesetzt worden.

Die Klägerin hat dagegen das Sozialgericht München angerufen und zur Begründung vorgetragen, sie habe im Quartal 3/02 darauf vertrauen dürfen und sei berechtigt gewesen, die Dialyse-Sachkosten auch für Einzeldialysen wie bisher nach den Ziffern 8530 bis 8549 zu erbringen und abzurechnen, denn erst mit Schreiben vom 9. September 2002 sei sie durch die Beklagte davon in Kenntnis gesetzt worden, dass ab 1. Juli 2002 für diese Sachkosten die Ziffern 7270 bis 7273 EBM gelten. Die Änderung der bisherigen Abrechnungspraxis sei rückwirkend und ohne Übergangsregelung eingetreten. Damit verstoße die Beklagte gegen den Grundsatz der Rechtssicherheit ([Art. 3 Abs. 1](#), [12 Abs. 1](#), [20 Abs. 3](#) Grundgesetz - GG -). Die Klägerin verweist auf die Entscheidung des Bundessozialgerichts zur rückwirkenden Einführung von Praxisbudgets (Urteil vom 17. September 1997, Az.: [6 RKA 36/97](#)). Die Klägerin habe bis Mitte September 2002 davon ausgehen müssen, dass für die Dialysesachkosten noch die alten Abrechnungsziffern anzuwenden seien. Zwar sei am 29. März 2002 im deutschen Ärzteblatt der Beschluss der Partner der Bundesmantelverträge zur Änderung des EBM zum 1. Juli 2002 hinsichtlich der streitbefangenen Abrechnungsziffern bekannt gegeben worden. In diesem Beschluss sei jedoch den Partnern der Gesamtverträge auf Landesebene, also auch der Beklagten, freigestellt worden, die neuen Ziffern 7270 ff. EBM 96 erst nach einer Übergangszeit einzuführen und so lange die bisherige Abrechnungsregelung fortzuführen. Mit Schreiben vom Juli 2002 habe die Beklagte den Vertragsärzten mitgeteilt, dass zwischen den Krankenkassenverbänden und der Beklagte noch keine Einigung zu den neuen Sachkostenpauschalen erzielt werden konnte. Sobald ein Ergebnis vorliege, werde man die Vertragsärzte unverzüglich informieren. Erst mit Schreiben vom 9. September 2002 habe die Beklagte mitgeteilt, dass die Sachkostenpauschale des Kapitels U nach den Nrn. 7270 EBM abzurechnen sei und zwar rückwirkend ab 1. Juli 2002.

Die Beklagte hat dazu ausgeführt, mit Wirkung vom 1. Juli 2002 seien im Kapitel U des ab diesem Zeitpunkt gültigen EBM die bestehenden landesrechtlichen Regelungen zur Vergütung der Dialysesachkosten durch die vertraglichen Vereinbarungen auf Bundesebene ersetzt worden. Gemäß Abschnitt 5 des Kapitels U "Pauschalerstattungen" des EBM 96 beinhalte die Pauschale nach Nr. 7270 ab 1. Juli 2007 die pauschale Erstattung für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen usw., je Behandlungswoche. Nach der zweiten Anmerkung zu Nr. 7270 könne von dieser grundsätzlichen Änderung dann abgesehen werden, wenn durch die Partner der Gesamtverträge eine im wirtschaftlichen Ergebnis niedrigere Erstattung im Vergleich zur neuen Regelung vereinbart wurde. Dazu angestellte Vergleichsberechnungen zwischen den Landespauschalen und den Bundespauschalen hätten im Regionalkassenbereich unterschiedliche Ergebnisse erbracht. Hier habe man sich deshalb darauf verständigt, dass für die Zeit vom 1. Juli 2002 bis 30. Juni 2003 die bisherigen (wirtschaftlicheren) Landes-Sachkostenpauschalen (Nrn. 9615 bis 9677) weiter gelten sollten. Die für die Ersatzkassen angestellte Vergleichsberechnung habe ergeben, dass die alten Landes-Sachkostenpauschalen Nrn. 8530 bis 8549 gegenüber der neuen Bundespauschale unwirtschaftlicher seien. Nachdem eine andere Übergangsregelung mit den Ersatzkassen nicht habe erzielt werden können, hätten ab 1. Juli 2002 zwingend die neuen Pauschalen nach Nrn. 7270 ff. EBM gegolten. Einen Ermessensspielraum habe die Beklagte insoweit nicht. Bereits im deutschen Ärzteblatt Heft 13 vom 29. März 2002 sei eine Veröffentlichung über die geplanten Änderungen im Bereich der Erstattung von Dialysesachkosten zum 1. Juli 2002 erfolgt. Damit sei der Klägerin frühzeitig angezeigt worden, dass zum 3. Quartal Änderungen anstanden. Ein besonderer Vertrauensschutz habe deshalb nicht eingerichtet werden müssen.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 15. März 2006 abgewiesen. Der Klägerin stehe ein weiterer Vergütungsanspruch für Dialyse-Sachkostenpauschalen bei Einzeldialysen im Ersatzkassenbereich im Quartal 3/02 nicht zu. Nachdem eine anderweitige Regelung mit den Ersatzkassen nicht habe erzielt werden können, hätten ab 1. Juli 2002 zwingend die neuen Pauschalen nach EBM 96 Nrn. 7270 ff. gegolten. Eine unzulässige Rückwirkung oder Vertrauensschutz für die Klägerin, wie mit der Klage vorgetragen, bestehe nicht. Im deutschen Ärzteblatt Heft 13 vom 29. März 2002 seien die geplanten Änderungen im Bereich der Erstattung von Dialyse-Sachkosten ab 1. Juli 2002 veröffentlicht worden. Die Klägerin hätte rechtzeitig die Möglichkeit gehabt, aufgrund der veränderten Sachkostenregelung sich auf die notwendige neue Kostenkalkulation einzustellen. Auch der Umstand, dass eine die Klägerin bei der Vergütung besser stellende Übergangsregelung im Ersatzkassenbereich nicht habe erreicht werden können, könne keinen Anspruch auf eine weitere Vergütung begründen.

Gegen das am 11. Juli 2006 zugestellte Urteil hat die Klägerin durch ihre Bevollmächtigten am 20. Juli 2006 Berufung eingelegt, die trotz wiederholter Erinnerung nicht begründet wurde. Auch an der mündlichen Verhandlung hat von Klägerseite niemand teilgenommen.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,
die Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 7. Januar 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 20. März 2003 zu verurteilen, die von ihr im Quartal 3/02 abgerechneten Sachkostenpauschalen nach den bis zum 2. Quartal 2002 geltenden Gebührenordnungspositionen 8.530 ff. zu vergüten.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Dem Senat liegen die Akten der Beklagten und des Sozialgerichts München sowie die Berufungsakten vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ([§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -) ist zulässig aber unbegründet.

Die Beklagte hat mit den angefochtenen Bescheiden die von der Klägerin im Quartal 3/02 angesetzten Gebührenordnungspositionen 8535, 8541, 8542 und 8548 zu Recht nicht vergütet, da diese Pauschalabgeltungen, die auf einer Vereinbarung zwischen den Ersatzkassenverbänden und der Beklagten beruhten, ab dem 1. Juli 2002 durch eine bundeseinheitliche Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Ersatzkassen ersetzt wurden, und demnach im streitgegenständlichen Quartal nicht mehr gegolten haben. Die Klägerseite hat sich bei ihrer Abrechnung gegenüber dem Sozialgericht auf Vertrauensschutz berufen. Dieser ist nicht gegeben. Zwar hat die Beklagte nach ihrem eigenen Vorbringen versucht, mit den Ersatzkassen eine Übergangsregelung des Inhaltes zu vereinbaren, dass noch für eine gewisse Zeit lang die bisherigen höheren Pauschalen aufgrund landesrechtlicher Vereinbarung weiter zur Auszahlung gelangten. Eine Übereinstimmung konnte hier jedoch nicht erzielt werden. Dies ist nicht weiter verwunderlich, da einerseits die neue EBM-Nr. 7270 bereits insofern eine Übergangsregelung enthält, als bis zum 30. Juni 2003, also für das erste Jahr ihrer Gültigkeit eine Pauschale in Höhe von 560,00 EUR, danach für ein halbes Jahr eine solche von 550,00 EUR und ab 1. Januar 2004 von 520,00 EUR vorgesehen war. Die weitere Übergangsregelung im dritten Absatz der Nr. 7270 ist auf dem vorliegenden Fall nicht anwendbar und würde für die Klägerin auch keinen Vorteil bringen, denn dort heißt es, dass die bisherigen Vereinbarungen solange fortgelten, wie sie den in Nr. 7270 zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen Betrag unterschreiten. Im vorliegenden Fall war das Gegenteil der Fall. Die bisherigen Regelungen auf Landesebene beinhalteten höhere Pauschalen als die ab 1. Juli 2002 bundesweit vereinbarten Pauschalen. Letztere sind demnach wirtschaftlicher i.S. der Kostenbelastung der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Auf Vertrauensschutz, der allenfalls bis zum Schreiben der Beklagten vom 9. September 2002 angenommen werden könnte, kann sich die Klägerin nicht berufen, da sie bereits im deutschen Ärzteblatt vom 29. März 2002 von den ab 1. Juli 2002 geltenden Pauschalen nach Nr. 7270 in Kenntnis gesetzt wurde.

Der Senat macht sich gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) die Gründe des Sozialgerichts im angefochtenen Urteil vom 15. März 2006 zu Eigen, sodass von einer weiteren Darstellung abgesehen werden kann. Dazu besteht umso mehr Anlass, als die Berufung trotz zweimaliger Aufforderung nicht begründet wurde.

Die Klägerin hat gemäß [§ 197 a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung als unterliegender Teil auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2010-04-16