

L 5 KA 37/11

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
5
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 3 KA 380/09
Datum
13.04.2011
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 5 KA 37/11
Datum
25.02.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

1. Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 13. April 2011 abgeändert und die Beklagte unter Abänderung der Bescheide vom 26. Februar 2007 und 27. Februar 2007, beide in Gestalt der Bescheide vom 18. Oktober 2007 und vom 27. März 2008 verurteilt, die Honorarabrechnung des Klägers für das Quartal III/2006 erneut zu bescheiden mit der Maßgabe, dass drei Leistungen nach Nr. 03313 EBM 2000plus zu vergüten sind. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen. 2. Die Kosten des Berufungsverfahrens trägt der Kläger. Im Übrigen bleibt es bei der Kostenentscheidung des Sozialgerichts. 3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Neubescheidung seiner Honorarabrechnung für das Quartal III/2006.

Er war im streitigen Quartal als Facharzt für Allgemeinmedizin im Bezirk der Beklagten zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Neben seiner regulären Tätigkeit sowie der Teilnahme an dem von der Beklagten in Wahrnehmung ihres Sicherstellungsauftrags organisierten Notdienst ([§ 73 Abs. 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) in Verbindung mit [§ 75 Abs. 1 Satz 2](#) erster Halbsatz SGB V) behandelte er Patienten auch in der Hausärztlichen Notfallpraxis am M. (i.F.: H.) in H1. Hierbei handelt es sich um eine Einrichtung niedergelassener Hausärzte in Zusammenarbeit mit dem M., die die allgemeinärztliche Notfallbehandlung sichern und die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Hausarzt verbessern soll. Die Praxis hat am Wochenende und an Feiertagen von 9 Uhr bis 21 Uhr geöffnet.

Mit Bescheid vom 27. Februar 2007 setzte die Beklagte das Honorar für das Quartal III/2006 fest und erklärte mit Bescheid vom 26. Februar 2007, die Honorarforderung sei um 156.385 Punkte und 11,20 Euro zu mindern gewesen, u.a. weil der Kläger in seiner Tätigkeit im organisierten Notdienst zu Unrecht die Nr. 03313 des zum 1. April 2005 in Kraft getretenen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM 2000plus) in Ansatz gebracht habe. Weiterhin wurden der Ansatz verschiedener Gebührennummern im Rahmen der Tätigkeit in der H. berichtigt, u.a. die Nr. 01821 EBM 2000plus.

Der Kläger erhob hiergegen am 5. März 2007 Widerspruch, zu dessen Begründung er (mit Schreiben vom 15. Mai 2007) auf verschiedene Gebührenordnungsnummern verwies.

Die Beklagte half dem Widerspruch mit Bescheid vom 18. Oktober 2007 insoweit ab, als sie im organisierten Notdienst erbrachte Leistungen nach Nr. 03305 EBM 2000plus nachvergütete. Der Bescheid der Beklagten vom 27. März 2008 nahm ebenfalls auf das Quartal III/2006 Bezug, bekräftigte allerdings insoweit nur die bereits in den vorangehenden Bescheiden getroffene Regelung. Mit Widerspruchsbescheid vom 11. September 2008 wies die Beklagte den Widerspruch im Übrigen zurück.

Am 13. Oktober 2008 hat der Kläger Klage vor dem Sozialgericht erhoben.

Er hat ausgeführt, die Nrn. 01100 und 01101 EBM 2000plus kämen zur Anwendung, da es sich bei dem Dienst in der H. nicht um eine reguläre Sprechstunde gehandelt habe. Die Patienten hätten ihn unvorhergesehen in Anspruch genommen, da die H. nicht einmal eine eigene Telefonnummer habe. Wenn Patienten als Notfall im M. vorstellig würden, obliege den Mitarbeitern am Empfang des Krankenhauses die Entscheidung, sie in die zentrale Notaufnahme oder die H. weiterzuleiten. Er habe auch die Nr. 03313 EBM 2000plus zu Recht in Ansatz gebracht, denn er habe auf der Rückseite der Notfallprotokolle den vollständigen psychopathologischen Befund des Notfallpatienten mit Hilfe eines Stempels notiert, während nach der Leistungslegende insoweit nur eine orientierende Erhebung erforderlich sei. Auch die Beklagte stelle in ihren eigenen Notfallpraxen einen Stempelvordruck für die Erhebung dieses Status zur Verfügung. Schließlich müssten

sämtliche Abrechnungen neu erfolgen, da der praxisindividuelle Punktwert zugrunde zu legen sei.

Die Beklagte hat ausgeführt, hinsichtlich der Nrn. 01100 und 01101 EBM 2000plus sei die Inanspruchnahme nicht unvorhergesehen erfolgt, denn der Kläger habe auch im Rahmen der H. damit rechnen müssen, in Anspruch genommen zu werden. Die Frage nach dem zutreffenden Punktwert sei lediglich in den Widersprüchen betreffend die Quartale IV/2006, II/2007 und III/2007 angesprochen worden, im Übrigen sei Bindungswirkung eingetreten.

Das Sozialgericht hat durch Urteil vom 13. April 2011 (dem damaligen Prozessbevollmächtigten des Klägers zugestellt am 11. Mai 2011) die Beklagte hinsichtlich sechs Leistungen nach Nr. 01821 EBM 2000plus zur Neubescheidung verurteilt und im Übrigen die Klage abgewiesen. Der Kläger habe für seine Tätigkeit in der H. keine Leistungen nach den Nrn. 01100 und 01101 EBM 2000plus abrechnen dürfen. Der diensthabende Vertragsarzt werde durch die Patienten in einer Notfallpraxis nicht unvorhergesehen in Anspruch genommen, denn auch wenn sich die Patienten ohne vorherige Ankündigung im M. vorstellten und allein die Krankenhausmitarbeiter darüber entschieden, ob die Notfallbehandlung durch die Klinikärzte oder in der hausärztlichen Notfallpraxis auf dem Klinikgelände erfolgen solle, würden die Patienten doch innerhalb fester und nach außen veröffentlichter Öffnungszeiten in der Notfallpraxis vorstellig. Genau für diese Form der Inanspruchnahme sei die H. errichtet worden. Während der Öffnungszeiten der Notfallpraxis habe sich der dort eingeteilte Vertragsarzt in einer Dienstsituation befunden. Wie der Kläger anschaulich geschildert habe, habe er sich während seines Dienstes in den Räumen der Notfallpraxis aufgehalten oder sei über Funk erreichbar geblieben. Für ruhigere Phasen habe er sich Papierarbeit mit in die Notfallpraxis genommen. Die Inanspruchnahme im Rahmen von Dienstsituationen wie im organisierten Not(fall)dienst, bei organisierten Sprechstunden oder bei anderen Ambulanzdiensten sei aber nicht mit den Nrn. 01100 oder 01101 EBM 2000plus berechnungsfähig gewesen. Der Kläger habe in der Notfallpraxis auch keine Leistungen nach Nr. 03313 EBM 2000plus abrechnen können. Zwar habe kein grundsätzlicher Ausschluss dieser Leistungen in der Not(fall)versorgung bestanden. Doch habe ausweislich der Leistungslegende die schriftliche ärztliche Aufzeichnung zur Leistungserbringung gehört. Eine Dokumentation, die sowohl das Ergebnis der orientierenden Statuserhebung als auch die erhobenen lebensgeschichtlichen und sozialen Daten wiedergebe, fehle. Die Aufzeichnungen seien bei großzügiger Betrachtung und unter besonderer Berücksichtigung der Notfallsituation in keinem der Fälle ausreichend. Dabei habe die Kammer keine grundsätzlichen Bedenken gegen die Nutzung eines Stempelvordrucks, zumal der verwendete Stempel die Kategorien "Lebensgesch. Daten" und "Soziale Daten" umfasse. Der Kläger habe jedoch keine Einträge in diesen Kategorien vorgenommen oder sich auf pauschale Vermerke wie "Ø suizidal" oder "in psych. Behandlung" beschränkt. Hinsichtlich der Frage des Punktwertes sei die Klage unzulässig, da der Honorarbescheid insoweit bestandskräftig geworden sei.

Am 23. Mai 2011 hat der Kläger Berufung eingelegt.

Er führt hinsichtlich der Nr. 03313 EBM 2000plus aus, er habe ausweislich des von ihm verwendeten Stempels Befunde abgefragt, die den Inhalt der Leistungslegende sogar übererfüllt hätten. Unausgefüllt seien manche Felder nur geblieben, wenn aufgrund des Gesundheitszustandes des Patienten keine Daten hätten erhoben werden können. Auch sei eine Darstellung in Kurzform ausreichend. Weiterhin sei die Tätigkeit insgesamt unter Zugrundelegung seines arztdividuellen Punktwertes zu vergüten. Die Honorarbescheide seien entgegen der Auffassung der Beklagten auch nicht etwa insoweit bestandskräftig geworden. Eine entsprechende Beschränkung des Streitgegenstandes auf einzelne Teile der Bescheide sei dem erstinstanzlichen Klageantrag nicht zu entnehmen. In der Sache habe das Bundessozialgericht durch Urteil vom 2. Juli 2014 (Az. [B 6 KA 30/13 R](#), [NZS 2014, 916](#), vorgesehen für SozR 4-2500 § 76 Nr. 2) entschieden, dass die Tätigkeit eines Vertragsarztes in der Notfallambulanz eines Krankenhauses nicht schlechter vergütet werden dürfe als die in seiner Praxis erbrachten Leistungen. Wenn jedoch die Beklagte eine Abrechnung nach den Nrn. 01100 und 01101 EBM 2000plus versage, habe der Kläger im hausärztlichen Notdienst lediglich die Versichertenpauschalen nach den Nrn. 03110, 03111 und 03112 EBM 2000plus abrechnen können. Dadurch, dass die Beklagte zusätzlich nicht mit einem praxisorientierten Punktwert abrechne, liege die Vergütung für die ärztliche Tätigkeit am Wochenende im Ergebnis unterhalb derer, die der Kläger in der Woche erziele. Hierbei falle ins Gewicht, dass es sich bei der Tätigkeit in der H. um eine Fortsetzung der regulären Praxistätigkeit gehandelt habe, denn sie sei im Rahmen festgelegter Öffnungszeiten erfolgt und die Inanspruchnahme des Arztes sei nicht als unvorhergesehen anzusehen gewesen, da er sich in einer Dienstsituation befunden habe. Auch der Umstand, dass die Tätigkeit in der H. im Gegensatz zur Praxistätigkeit nicht budgetiert sei, stelle kein sachliches Unterscheidungsmerkmal dar, denn die Budgetierung sei kein die vertragsärztliche Tätigkeit prägendes Merkmal, sondern lediglich ein Detail der Vergütung. Vielmehr sei allein darauf abzustellen, ob die Tätigkeit eine Fortsetzung der Praxistätigkeit oder aber eine besondere Inanspruchnahme darstelle. Schließlich habe die Beklagte dem Kläger auch mit Schreiben vom 20. März 2008 eine Vergütung nach "seinem arztdividuellen Punktwert" zugesichert. Allerdings sei die einschlägige Berechnung nicht nachvollziehbar und die Beklagte habe sie auf Nachfrage nicht zu erklären vermocht.

Für den Fall, dass der Senat eine Vergütung nach dem arztdividuellen Punktwert ablehne, habe der Kläger jedoch Anspruch auf Vergütung unter Zugrundelegung der Nrn. 01100 und 01101 EBM 2000plus. Andernfalls drohe eine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung gegenüber dem organisierten Notdienst.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 13. April 2011 abzuändern und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 27. Februar 2007 und unter Aufhebung des Bescheides vom 26. Februar 2007, beide in Gestalt der Bescheide vom 18. Oktober 2007 und vom 27. März 2008 und des Widerspruchsbescheides vom 11. September 2008, zu verurteilen, seine Honorarabrechnung für das Quartal III/2006 mit der Maßgabe erneut zu bescheiden, dass drei Leistungen nach Nr. 03313 EBM 2000plus zu vergüten sind und dass alle in der Hausärztlichen Notfallpraxis am M. erbrachten Leistungen nach dem arztdividuellen Punktwert zu vergüten sind, hilfsweise mit der Maßgabe, dass 100 Leistungen nach Nr. 01100 EBM 2000plus und 21 Leistungen nach 01101 EBM 2000plus zu vergüten sind.

Die Beklagtenvertreterin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt die angegriffene Entscheidung.

Der Senat hat am 25. Februar 2015 über die Berufungen mündlich verhandelt. Auf das Sitzungsprotokoll wird verwiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Prozessakte, die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten sowie die vom Kläger vorgelegten Formulare "Dokumentation für den Arzt" verwiesen, deren wesentlicher Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte und auch im Übrigen zulässige Berufung ist im Hauptantrag nur hinsichtlich der nach Nr. 03313 EBM 2000plus abgerechneten Leistungen begründet. Insoweit waren die angefochtenen Entscheidungen abzuändern. Die Nennung des Widerspruchsbescheides vom 11. September 2008 ist im Tenor nur versehentlich unterblieben. Im Übrigen ist die Berufung in Haupt- und Hilfsantrag unbegründet.

A. Im Hauptantrag ist die Berufung teilweise begründet, denn die Beklagte durfte die nach Nr. 03313 EBM 2000plus abgerechneten Leistungen nicht sachlich-rechnerisch richtigstellen. Im Übrigen ist die Berufung im Hauptantrag unbegründet.

I.) Die grundsätzliche Berechtigung der Beklagten zur sachlich-rechnerischen Richtigstellungen von Honorarforderungen ergab sich im streitigen Quartal aus § 45 Abs. 2 Satz 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 34 Abs. 4 Satz 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen, wonach die Kassenärztliche Vereinigung die Honorarforderung des Vertragsarztes bei Fehlern hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit berichtigt (LSG Hamburg, Urteil vom 7. Juni 2012, [L 1 KA 59/09](#), juris, dort auch zur fehlenden Anwendbarkeit von [§ 106a SGB V](#) auf Sachverhalte vor dem Quartal I/2007). Zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung von Honorarforderungen ist die Beklagte befugt, soweit ein Vertragsarzt bei seiner Quartalsabrechnung Gebührennummern ansetzt, deren Tatbestand durch seine Leistungen nicht erfüllt ist oder die er aus anderen Gründen nicht in Ansatz bringen darf (z.B. Fachfremdheit der Leistung oder Leistungsausschluss). Dasselbe gilt, wenn der Vertragsarzt Leistungen unter Verstoß gegen die Vorschriften über formale oder inhaltliche Voraussetzungen der Leistungserbringung durchgeführt und abgerechnet hat (BSG, Urteil vom 12. Dezember 2012 - [B 6 KA 5/12 R](#), SozR 4-2500 § 115 Nr. 1 m.w.N.).

Die Beklagte war allerdings nicht befugt, die nach Nr. 03313 EBM 2000plus abgerechneten Leistungen im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung von der Vergütung auszunehmen. Zunächst hat der Senat keine Bedenken gegen die Abrechenbarkeit dieser Gebührensiffer im freiwilligen Notfalldienst. Er verweist zur Vermeidung von Wiederholungen in diesem Punkt entsprechend [§ 153 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) auf seine Darlegungen im Urteil vom 25. Februar 2015 (Az. [L 5 KA 29/11](#), Bl. 11 f. des Umdrucks), das beiden Beteiligten bekannt ist. Weiterhin erfüllen die vorgelegten Dokumentationen nach Einschätzung des u.a. mit zwei sachkundigen ehrenamtlichen Richtern besetzten Senats die Anforderungen aus der Leistungslegende von Nr. 03313 EBM 2000plus. Dokumentiert ist, dass der Kläger den psychopathologischen Status orientierend erhoben und dabei lebensgeschichtliche und soziale Daten einbezogen hat. Dass die schriftliche ärztliche Aufzeichnung eher kursorischer Natur ist und häufig nur Abkürzungen oder Symbole verwendet, ist dem nur orientierenden Charakter der abgerechneten Leistung geschuldet und entspricht im Übrigen ärztlicher Übung. Nach dem Eindruck, den sich der Senat von den Aufzeichnungen verschafft hat, wäre der Kläger jedenfalls in der Lage gewesen, auf der Grundlage seiner Dokumentationen zwar eher knappe, aber auch ausreichende Befundberichte abzufassen.

II.) Das Sozialgericht hat auch die auf Neubescheidung der Honorarabrechnung unter Zugrundelegung des arztindividuellen Punktwertes gerichtete Klage im Ergebnis zu Recht abgewiesen. Eine Entscheidung in der Sache kommt unter Zugrundelegung der Ausführung, die der Senat im Urteil vom 25. Februar 2015 (Az. [L 5 KA 29/11](#)) zu den Sachentscheidungsvoraussetzungen dieses Antrags gemacht hat (siehe Bl. 15 des Umdrucks) nur für diejenigen in der H. erbrachten Behandlungsleistungen in Betracht, die Gegenstand des erstinstanzlichen Klageantrags waren und in der Berufung mit dem Hauptantrag weiterverfolgt worden sind. Dies sind lediglich drei Behandlungen nach Nr. 03313 EBM 2000plus. Der Kläger hat jedoch auch hinsichtlich dieser drei Behandlungen aus den Gründen, die der Senat in seinem Urteil vom 25. Februar 2015 (Az. [L 5 KA 29/11](#), Bl. 18 bis 20 des Umdrucks), das beiden Beteiligten bekannt ist, dargestellt hat, keinen Anspruch auf Neubescheidung unter Zugrundelegung eines höheren Punktwertes. Zur Vermeidung von Wiederholungen sieht der Senat in entsprechender Anwendung von [§ 153 Abs. 2 SGG](#) von einer erneuten Darstellung ab.

B. Der Hilfsantrag ist unbegründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Neubescheidung unter Berücksichtigung von Leistungen, die nach den Nrn. 01100 oder 01101 EBM 2000plus anzusetzen gewesen wären. Der Senat sieht auch in diesem Punkt von einer näheren Darstellung ab und verweist vollinhaltlich auf seine Darlegungen im Urteil vom 25. Februar 2015 (Az. [L 5 KA 29/11](#), Bl. 21), das beiden Beteiligten bekannt ist.

C. Die Kosten des Berufungsverfahrens trägt gem. [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 2](#) und [§ 155 Abs. 1 Satz 3](#) Verwaltungsgerichtsordnung der Kläger. Sein teilweises Obsiegen stellt sich als derart geringfügig dar, dass es – insbesondere da es keinen Gebührensprung auslöst – bei der Kostenentscheidung nicht zu berücksichtigen ist.

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2015-04-15