L 5 KA 36/16

Land
Rheinland-Pfalz
Sozialgericht
LSG Rheinland-Pfalz
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

5.
1. Instanz
SG Mainz (RPF)
Aktenzeichen
S 8 KA 108/14
Datum
13.09.2014

2. Instanz
LSG Rheinland-Pfalz
Aktenzeichen
L 5 KA 36/16
Datum
24.05.2018

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie

Urteil

Leitsätze

Der Abrechnungsausschluss nach der Präambel 31.4.1 Nr. 2 EBM-Ä greift nicht ein, wenn innerhalb von 21 Tagen nach einer ersten ambulanten Operation aufgrund einer weiteren Operation mehrfach Leistungen des postoperativen Behandlungskomplexes abgerechnet werden.

1. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 13.09.2017 wird zurückgewiesen.
2. Die Beklagte trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.
3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten im Berufungsverfahren über die sachlich-rechnerische Richtigstellung postoperativer Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 31719 und 31725 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM Ä) nach ambulanten Operationen, die innerhalb der ersten 21 Tage nach einer zuvor erfolgten ersten ambulanten Operation (mit Ansatz eines postoperativen Behandlungskomplexes) erfolgten; streitig ist ein Betrag von 226,68 EUR.

Die Klägerin, eine aus den Augenärzten Dr. A S und C S bestehende Berufsausübungsgemeinschaft, nimmt an der vertragsärztlichen Versorgung in Andernach im Bezirk der Beklagten teil. Mit Bescheiden vom 06.11.2012 und 22.11.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.05.2014 nahm die Beklagte u.a. folgende Streichungen im Rahmen sachlich-rechnerischer Korrektur der Honorarabrechnung für das Quartal 3/2012 vor:

- (1) Streichung der GOP 31351, 31503 und 91330 EBM-Ä im Fall des Patienten R K , da ein Abrechnungsausschluss nach Nr 8 der Präambel zum Abschnitt 31.2 bestehe,
- (2) Streichung der GOP 31719

im Fall des Patienten K J , da die Leistung ausschließlich vom 1. bis 21. Tag nach erfolgter Operation berechnungsfähig sei, im Fall der Patienten H D , M F k, R K , D Q und I B , da in einem Zeitraum vom 1. bis zum 21. postoperativen Tag nur einmalig ein Behandlungskomplex des Abschnitts 31.4 abgerechnet werden könne,

- (3) Streichung der GOP 31725 im Fall der Patientin M S , M S und G H , da in einem Zeitraum vom 1. bis zum 21. postoperativen Tag nur einmalig ein Behandlungskomplex des Abschnitts 31.4 abgerechnet werden könne,

- (4) Streichung der GOP 33000 im Fall der Patientin M L , da ein Abrechnungsausschluss nach Nr 8 der Präambel zum Abschnitt 31.2 bestehe.

Am 27.05.2014 hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht Mainz (SG) erhoben und zur Begründung geltend gemacht: im Fall des Patienten R K seien Kataraktoperationen am rechten Auge am 02.07.2012 und am linken Auge am 04.07.2012 wegen dessen Herzerkrankung und Marcumar-Einnahme aus medizinischen Gründen kurz hintereinander erfolgt, weshalb der Abrechnungsausschluss nach Nr 8 der Präambel 31.2.2 nicht eingreife. In den weiteren Behandlungsfällen seien jeweils nicht nur eine, sondern zwei Operationen an verschiedenen Tagen durchgeführt worden. Die zweite Operation habe jeweils im Zeitraum von 21 Tagen nach der ersten Operation gelegen, der Ansatz der gestrichenen GOP 31719 bzw 31725 habe sich jeweils auf die zweite Operation bezogen. Hierauf sei der Ausschluss auf Grund der Bestimmung nach Nr 2 der Präambel 31.04.1 nach Sinn, Zweck und Systematik der Regelung nicht anwendbar. Die Leistungslegenden der GOP 31600 EBM Ä bezögen sich jeweils auf eine spezifische Operation. Im Fall von zwei aufeinander folgenden Operationen, bei denen es sich zudem nicht um Revisionsoperationen handele, falle die postoperative Nachsorge bei jeder Operation gesondert an. Im Fall der Patientin M L sei eine Netzhautkontrolle vor der Laseroperation unbedingt notwendig gewesen, um eine Netzhautablösung auszuschließen. In diesem Fall sei bei systematischer und teleologischer Auslegung der Nr 8 der Präambel 31.2.1 eine gesonderte Abrechnung möglich. Die Beklagte hat eingewandt, im Fall des Patienten R K habe es die Klägerin versäumt, in ihrer Abrechnung die entsprechenden Diagnosen und Codes einzugeben, die im Ausnahmefall die Abrechnung einer zweiten Operation innerhalb von drei Tagen ermöglichten. Die Streichungen der GOP 31719 und 31725 entsprächen den Vorgaben des EBM Ä. Bei zeitnah erbrachten Mehrfacheingriffen könne innerhalb der Laufzeit der postoperativen Komplexe von 21 Tagen nur ein Komplex ambulant behandelt werden. Reiche die Nachbetreuung über die 21-Tage-Frist des Ersteingriffs hinaus, könne ein zweiter Komplex zur Abrechnung gebracht werden. Aus der Systematik des EBM Ä lasse

sich nicht ableiten, dass grundsätzlich zu jeder Operation ein postoperativer Behandlungskomplex anzusetzen sei. Da der Wortlaut der Regelung eindeutig sei, bestehe kein Raum für eine Auslegung. Dies gelte auch hinsichtlich der Absetzung der GOP 33000 EBM Ä im Behandlungsfall der Patientin M

In der mündlichen Verhandlung des SG vom 13.09.2017 hat die Beklagte den Anspruch der Klägerin insoweit anerkannt, als im Fall des Patienten R K die Leistungen nach den GOP 31351, 31503 und 91330 gestrichen wurden, und sich verpflichtet, diese Leistungen nachzuvergüten. Die Klägerin hat dieses Teilerkenntnis angenommen.

Durch Urteil vom 13.09.2017 hat das SG die Bescheide vom 06.11.2012 und vom 22.11.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.05.2014 insoweit aufgehoben, als die Beklagte sachlich-rechnerische Korrekturen bei den Patientenfällen J , D , S , F , K , S , Q , H und B vorgenommen hat, und die Beklagte verurteilt, die in diesen Fällen gestrichenen GOP 31719 und 31725 EBM Ä nachzuvergüten. Im Übrigen hat es die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat das SG ausgeführt, die zulässige Klage sei überwiegend begründet.

Streitgegenstand des Verfahrens seien nur die von der Klägerin im Widerspruchs- und Klageverfahren beanstandeten Streichungen. Soweit die Beklagte den Klageanspruch der Klägerin teilweise anerkannt habe, bedürfe es keiner gerichtlichen Entscheidung mehr. Die Beklagte habe eine sogenannte quartalsgleiche Richtigstellung, also eine solche, die zugleich im Zusammenhang mit der Erteilung des Honorarbescheides ergehe, vorgenommen, so dass richtige Klageart die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage gemäß [§ 54 Abs 4 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) sei (Hinweis auf BSG 12.12.2012 [B 6 KA 5/12 R](#), juris Rn 9 mwN). Rechtsgrundlage der Entscheidung der Beklagten seien [§ 106a Abs 1 und Abs 2 Satz 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in der bis 31.12.2016 geltenden Fassung sowie [§ 45 Abs 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte \(BMV Ä\)](#) bzw [§ 34 Abs 4 Satz 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen \(EKV Ä\)](#). Hiernach obliege der Beklagten die Prüfung der von den Vertragsärzten vorgelegten Abrechnungen ihrer vertragsärztlichen Leistungen hinsichtlich ihrer sachlich-rechnerischen Richtigkeit. Die Beklagte habe jedoch zu Unrecht die GOP 31719 und 31725 EBM Ä in den Patientenfällen J , D , S , F , K , S , Q , H und B gestützt auf den Abrechnungsausschluss nach der Präambel 31.4.1 Nr 2 EBM Ä vorgenommen. Dieser laute: "In dem Zeitraum vom 1. bis zum 21. postoperativen Tag kann nur einmalig eine Gebührenordnungsposition des Abschnitts 31.4 abgerechnet werden oder eine Überweisung zur Weiterbehandlung durch einen anderen Vertragsarzt erfolgen." Die Klägerin habe in den vorgenannten Behandlungsfällen jeweils innerhalb von 21 Tagen nach ambulanter Durchführung eines Eingriffs des Abschnitts 31.2 an einem Auge einen solchen Eingriff an dem anderen Auge vorgenommen und für beide Eingriffe jeweils postoperative Behandlungskomplexe nach Abschnitt 31.4 erbracht und abgerechnet. Insoweit spreche der Wortlaut der Präambel 31.4.1 Nr 2 EBM Ä zunächst dafür, dass auch bei mehreren Eingriffen nur einmalig ein postoperativer Behandlungskomplex im Zeitraum vom 1. bis zum 21. postoperativen Tag (der ersten Operation) abgerechnet werden könne. Für die Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen sei nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Hinweis auf BSG 11.12.2013 - [B 6 KA 14/13 R](#), juris Rn 11 mwN) in erster Linie der Wortlaut der Regelungen maßgeblich. Aus Sicht der Kammer stehe die Nr 2 der Präambel aber in untrennbaren Zusammenhang zu der Nr 1. Dort werde von der ambulanten Durchführung "eines" Eingriffs des Abschnitts 31.2 ausgegangen und es werde geregelt, dass das Datum "des" zugrundeliegenden operativen Eingriffs zu dokumentieren sei. Dies und die Formulierung "postoperativer Tag" deute aus Sicht der Kammer darauf hin, dass die Präambel 31.4.1 durchgehend von der Durchführung nur eines ambulanten Eingriffs ausgehe. Ansonsten hätte es auch keiner speziellen Regelung zu einem Simultaneingriff bedurft (Präambel 31.4.1 Nr 4 EBM-Ä). Auch hätte es nahe gelegen, dass der Normgeber in diesem Fall das Wort des "Behandlungsfalls"(Allgemeine Bestimmung Nr 3.1 zum EBM-Ä) verwendet hätte, um so deutlich zu machen, dass auch mehrere Eingriffe bei einem Patienten die Abrechnung nur eines postoperativen Behandlungskomplexes erlaubten. Zudem sei nicht erklärbar, weshalb die postoperative Behandlung einer eigenständigen zweiten Operation dann unvergütet bleibe, wenn diese postoperative Leistung ebenfalls innerhalb von 21 Tagen nach Durchführung des ersten Eingriffs erbracht werde. Eine Aufwands-Zeit- oder Kostenersparnis sei hiermit nicht verbunden. Auch sei nicht einsichtig, weshalb die Erbringung des postoperativen Behandlungskomplexes betreffend den zweiten Eingriff nach Ablauf von 21 Tagen ausgehend vom ersten Eingriff dann wieder abrechenbar wäre. Hingegen sei die Streichung der GOP 33000 im Fall der Patientin L rechtmäßig, weil für diese Ultraschalluntersuchung ein Abrechnungsausschluss gemäß Präambel 31.2.1 Nr 8 EBM Ä, der für einen Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, eine Abrechnung nur dort aufgeführter Gebührenordnungsposition zulasse, bestehe. Das SG hat die Berufung zugelassen. Gegen das ihr am 27.09.2017 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 16.10.2017 Berufung eingelegt. Sie macht geltend, die vorliegend streitgegenständlichen Streichungen der GOP 31719 und 31725 EBM Ä seien entgegen der Auffassung des SG zu Recht erfolgt. Das SG habe den Wortlaut der Leistungslegende unzutreffend so interpretiert, dass zu jeder ambulanten OP-Leistung auch der Ansatz eines postoperativen Komplexes möglich sein müsse. Damit laufe aber die Regelung in der Präambel 31.4.1 Nr 2 " ... einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2" ins Leere und wäre überflüssig. Der Normgeber habe vielmehr vorgesehen, dass sämtliche Nachbehandlungen innerhalb eines Zeitraumes von 21 Tagen nach der ersten Operation in einem Gesamtkomplex erfasst werden sollten. Auch der Verweis des SG auf die spezielle Regelung des Simultaneingriffes (Präambel 31.4.1 Nr 4) überzeuge nicht. Diesbezüglich habe der Normgeber klarstellen wollen, dass grundsätzlich der höherwertige postoperative Nachbehandlungskomplex angesetzt werden solle. Bestätigt werde ihre, der Beklagten, Auffassung auch durch den Kölner Kommentar, der im Rahmen der Kommentierung der Präambel 31.4.1 EBM Ä klarstelle, dass bei zeitnah erbrachten Mehrfacheingriffen innerhalb der Laufzeit der postoperativen Komplexe von 21 Tagen nur ein Komplex abgerechnet werden solle.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 13.09.2017 zu ändern und die Klage ins-gesamt abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Entgegen der Auffassung der Beklagten lasse sich aus der Verwendung des Wortes "einmalig" in der Präambel 31.4.1 Nr 2 EBM Ä nicht schließen, dass für eine weitere Operation nicht auch weitere Post-Op-Komplexe angesetzt werden dürften. Der Halbsatz "einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2" in der jeweiligen Leistungslegende der postoperativen GOP drücke lediglich aus, dass auch mehrfache Drainagewechsel, mehrfache Befundbesprechungen, mehrfache Verbandwechsel oder mehrfache Tonometrien im Zusammenhang mit einem Eingriff nur einmal abgerechnet werden dürften. Nicht weiter hilfreich sei auch der Verweis auf den Kölner Kommentar, da der Kommentar von Wezel und Liebold diese Ansicht gerade nicht zu teilen scheine.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf die Prozessakte sowie die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen. Der Akteninhalt war Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Beratung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Beklagten hat in der Sache keinen Erfolg. Das SG hat der Klage mit insgesamt zutreffender Begründung zu Recht statt gegeben, soweit die Beklagte sachlich-rechnerische Korrekturen in den Behandlungsfällen J , D , S , F , K , S , Q , H und B vorgenommen hat und die Beklagte insoweit verurteilt hat, die in diesen Fällen gestrichenen GOP 31719 und 31725 nachzuvergüten.

Gemäß [§ 153 Abs 2 SGG](#) nimmt der Senat deshalb auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils im Wesentlichen Bezug.

Die Berufungsbegründung rechtfertigt keine andere Beurteilung. Nach der Rechtsprechung des BSG ist der EBM Ä nach dem Wortlaut, zur Klarstellung des Wortlauts aber auch systematisch auszulegen (BSG 02.04.2013 - [B 6 KA 28/02 R](#), juris). Insoweit hat das SG zutreffend aus dem Gesamtzusammenhang der in der Präambel 31.4.1 getroffenen Bestimmungen gefolgert, dass die Präambel 31.4.1 durchgehend von der Durchführung nur eines ambulanten Eingriffs ausgeht. Dass mit dieser Interpretation die Regelung in Nr 2 der Präambel 31.4.1 leer läuft, wie die Beklagte meint, trifft nicht zu, da die Anwendung wegen der ersten ambulanten Operation weiterhin erbrachten Leistungen des Abschnitts 31.4 (z.B. mehrfache Drainagen, Verbandwechsel) erhalten bleibt. Zutreffend hat das SG für seine Auslegung auch die Regelung zum Simultaneingriff in der Präambel 31.4.1 Nr 4 EBM Ä herangezogen. Träfe die Auffassung der Beklagten zu, dass die Regelungen der Präambel 31.4.1 auch den Fall der innerhalb der ersten 21 Tage nach einer ersten ambulanten Operation erbrachten weiteren Operation einschließen sollten, wäre zu erwarten gewesen, dass die Bestimmung in der Präambel 31.4.1 Nr 4 auch für diesen Fall die Abrechnung des Nachbehandlungskomplexes entsprechend dem höchstwertigsten Eingriff angeordnet hätte.

Der Berufung der Beklagten bleibt nach alledem der Erfolg versagt.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) iVm [§ 154 Abs 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Revisionszulassungsgründe nach [§ 160 Abs 2 SGG](#) sind nicht gegeben.

Rechtskraft

Aus

Login

RPF

Saved

2018-07-10