

S 18 KR 14/13

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

SG Dresden (FSS)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

18

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 18 KR 14/13

Datum

26.11.2014

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Bemerkung

Bei arztgruppen- bzw. schwerpunktübergreifender ambulanter Behandlung im Krankenhaus auf Grund fortgeltender Bestimmungen nach [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) in der vom 01.04.2007 bis 31.12.2011 geltenden Fassung können die arztgruppen- bzw. schwerpunktspezifischen

I. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 251,13 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab dem 09.01.2013 zu zahlen.

II. Die Kosten des Verfahrens trägt die Beklagte.

III. Der Streitwert wird auf 251,13 EUR festgesetzt.

IV. Die Berufung ist zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung ambulanter Behandlungen im Krankenhaus in vier Behandlungsfällen. Das klagende Universitätsklinikum wurde durch Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales vom 26.05.2008 gemäß [§ 116b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) in der vom 01.04.2007 bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungs-gesetzes (GKV-WSG) vom 26.03.2007 ([BGBl. I S. 378](#)) fortan: a.F. (a.F.) unter anderem zur ambulanten Behandlung von Patienten mit Mukoviszidose und pulmonaler Hypertonie bestimmt. Im Fall 1 wurde der bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Patient S.M. (geboren 1975) vom 01.02. bis zum 30.03.2012 im Zusammenhang mit der Grunderkrankung Mukoviszidose (ICD-10 Nr. E84.80) und zystischer Fibrose mit Lungenmanifestation (ICD-10 Nr. E84.0) im Krankenhaus der Klägerin auf Grundlage der Bestimmung nach [§ 116b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) a.F. ambulant behandelt. Die Klägerin stellte der Beklagten mit Rechnung Nr. 1 vom 25.06.2012 einen Betrag von 557,54 EUR in Rechnung, darin enthalten waren unter anderem die HNO-ärztliche Grundpauschale Nr. 09211 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes EBM (19,63 EUR) neben der pneumologischen Grundpauschale Nr. 13641 EBM (19,81 EUR). Die Beklagte teilte der Klägerin mit Schreiben vom 11.07.2012 mit, dass sie den Rechnungsbetrag lediglich in Höhe von 539,66 EUR abrechne. Die Kürzung in Höhe von 17,88 EUR ergab sich aus der Umsetzung der HNO-ärztlichen Grundpauschale Nr. 09211 EBM (560 Punkte) in die Konsultationspauschale Nr. 01436 EBM (50 Punkte); die pneumologische Grundpauschale Nr. 13641 EBM erkannte die Beklagte an. Als Begründung teilte die Beklagte mit, dass im Rahmen der Abrechnungen nach [§ 116b SGB V](#) a.F. nur eine Grundpauschale im Behandlungsfall abrechenbar sei, daneben könne eventuell die Konsiliar- oder Konsultationspauschale angesetzt werden. Als Abrechnungsgrundlage gelte der EBM. Zu den Regelungen zum EBM gehöre auch, dass die Abrechnung einiger Grund- und Zusatzpauschalen gemäß definierter Ausschlüsse nebeneinander nicht möglich sei. Im Fall 2 wurde die bei der Beklagten versicherte Patientin G.G. (geboren 1935) am 20.02.2012 wegen primärer pulmonaler Hypertonie (ICD-10 Nr. E27.0) im Krankenhaus der Klägerin auf Grundlage der Bestimmungen nach [§ 116b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) a.F. ambulant behandelt. Mit Rechnung Nr. 2 vom 25.06.2012 bezifferte die Klägerin ihre Vergütungsansprüche hierfür mit 255,83 EUR. Dem lagen unter anderem der Ansatz der pneumologischen Grundpauschale Nr. 13642 EBM (20,85 EUR) neben der kardiologischen Grundpauschale Nr. 13542 EBM (21,20 EUR) zu Grunde. Die Beklagte teilte mit Schreiben vom 10.07.2012 mit, dass sie den Rechnungsbetrag nur in Höhe von 199,40 EUR abrechne. Die Kürzung um 56,43 EUR ergab sich aus der Umsetzung der pneumologischen Grundpauschale Nr. 13642 EBM (595 Punkte) in die Konsultationspauschale Nr. 01436 EBM (50 Punkte); die kardiologische Grundpauschale Nr. 13542 EBM erkannte die Beklagte an. Zur Begründung verwies die Beklagte wieder darauf, dass nur eine Grundpauschale abrechenbar sei und die Abrechnungsausschlüsse nach dem EBM zu beachten seien. Im Fall 3 befand sich der bei der Beklagten versicherte Patient J.P. (geboren 1938) vom 02.11. bis zum 01.12.2011 wegen primärer pulmonaler Hypertonie (ICD 10 Nr. I27.0) auf Grundlage der Bestimmung nach [§ 116b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) in ambulanter Behandlung im Krankenhaus der Klägerin. Die Klägerin stellte der Beklagten hierfür mit Rechnung Nr. 3 vom 03.07.2012 einen Betrag in Höhe von 250,92 EUR in Rechnung. In den Rechnungsbetrag gingen unter anderem die pneumologische Grundpauschale Nr. 13642 EBM (20,68 EUR) und die angiologische Grundpauschale Nr. 13292 EBM (20,50 EUR) neben der kardiologischen Grundpauschale Nr. 13542 EBM (21,20 EUR) sowie die Zusatzpauschale pneumologisch-diagnostischer Komplex Nr. 13650 EBM (37,33 EUR) neben der

Zusatzpauschale Kardiologie II Nr. 13550 EBM (82,36 EUR) ein. Die Beklagte teilte der Klägerin mit Schreiben vom 25.07.2012 mit, dass sie den Rechnungsbetrag nur in Höhe von 175,91 EUR ausgleiche. Die Kürzung um 81,67 EUR ergab sich aus der Umsetzung der angiologischen Grundpauschale Nr. 13292 EBM (585 Punkte) und der Zusatzpauschale pneumologisch-diagnostischer Komplex Nr. 13650 EBM (1.065 Punkte) jeweils in die Konsultationspauschale Nr. 01436 EBM (50 Punkte). Die Beklagte verwies zur Begründung erneut auf die Abrechnung nur einer Grundpauschale im Behandlungsfall sowie Abrechnungsausschlüsse nach dem EBM. Im Fall 4 wurde der bei der Beklagten versicherte Patient H.K. (geboren am 17.04.1937) am 04.05.2012 wegen primärer pulmonaler Hypertonie (ICD-10 Nr. E27.0) auf Grundlage der Bestimmung nach [§ 116b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) im Krankenhaus der Klägerin ambulant behandelt. Mit Rechnung Nr. 4 von 17.10.2012 über insgesamt 229,61 EUR machte die Klägerin unter anderem die kardiologische Grundpauschale Nr. 13542 EBM (21,20 EUR) neben der pneumologischen Grundpauschale Nr. 13642 EBM (20,85 EUR) sowie die Zusatzpauschale Kardiologie II Nr. 13550 EBM (82,36 EUR) neben der Zusatzpauschale pneumologisch-diagnostischer Komplex Nr. 13650 EBM (37,33 EUR) geltend. Die Beklagte wies die Abrechnung zunächst mit Schreiben vom 14.11.2012 insgesamt zurück. Mit Schreiben vom 23.11.2012 erkannte sie die Rechnung teilweise in Höhe von 101,81 EUR an. Die Kürzung um 127,80 EUR ergab sich aus der Umsetzung der kardiologischen Grundpauschale Nr. 13542 EBM (605 Punkte) und der Zusatzpauschale Kardiologie II Nr. 13550 EBM (2.350 Punkte) in die Konsultationspauschale Nr. 01463 EBM (50 Punkte). Die Beklagte verwies in ihrem Schreiben wiederum darauf, dass nur eine Grundpauschale angesetzt werden dürfe und die Abrechnungsausschlüsse des EBM zu beachten seien. Die Klägerin forderte die Beklagte mit Schreiben vom 24.07.2012 zur Zahlung auf. Es gebe keine Rechtsgrundlage für einen Abrechnungsausschluss. Gemäß § 2 Abs. 1 der Vereinbarung über die Abrechnung und Vergütung der ambulanten Behandlung im Krankenhaus gemäß [§ 116b SGB V](#) zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft Sachsen mit Wirkung ab dem 01.06.2009 (im Folgenden: Vereinbarung nach [§ 116b SGB V](#)) erfolge die Vergütung der von den Krankenhäusern gemäß [§ 116b Abs. 2 bis 6 SGB V](#) erbrachten Leistungen nach dem EBM in der jeweils aktuellen Fassung. Seien mehrere Fachärzte an der ambulanten Behandlung beteiligt, könnten nach dem EBM für jeden Facharzt die arztgruppenspezifischen Grund- und Zusatzpauschalen abgerechnet werden. Die Beklagte erklärte durch Schreiben vom 14.11.2012, sie schließe sich mit den Abrechnungskürzungen der Auffassung der Verbände der Krankenkassen an, wonach die Abrechnung mehrerer Grundpauschalen nach dem EBM unzulässig sei. Gegen die Kürzung der Abrechnungen richtet sich die am 09.01.2013 eingegangene Klage vom 08.01.2013. Die Klägerin wiederholt und vertieft zunächst ihr Vorbringen aus dem vorgerichtlichen Schriftverkehr. Die Abrechnungsausschlüsse des EBM griffen hier nicht ein. Nr. 5.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM über schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Praxen mit angestellten Ärzten und medizinische Versorgungszentren gelte auch für die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) a.F. ... Die interdisziplinäre Einbeziehung verschiedener Fachärzte im Rahmen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus entspreche einer Mit- bzw. Weiterbehandlung, die zur Abrechnung der Grund- und Zusatzpauschalen für jedes Fachgebiet berechtige, keinesfalls aber einer Vergabe von Auftragsleistungen, zumal innerhalb der Teams kein Überweisungserfordernis gelte. Darüber verwies die Klägerin auf das Urteil des Sozialgerichts Lübeck vom 26.06.2014, Az. S 3 KR 992/11. Die Klägerin beantragt, die Beklagte zu verurteilen, weitere 251,13 EUR nebst 5 Prozentpunkte über dem Basiszinssatz Zinsen seit Rechtshängigkeit zu zahlen. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. [§ 116b SGB V](#) a.F. sehe eine ärztliche Versorgung im Rahmen einer Komplexbehandlung vor. Die Versorgung stehe unter ständiger Leitung eines Arztes als Teamleiter. Die Zusammenarbeit mit den anderen Fachgebieten werde durch die Hinzuziehung der Ärzte anderer Facharztgruppen zu Auftragsleistungen bzw. Konsiliaruntersuchungen sichergestellt; deren Einbeziehung erfolge nicht im Rahmen einer Mit- bzw. Weiterbehandlung. Die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen jeder der beteiligten Fachgruppen sei deshalb unzulässig. Im Fall 1 sei maßgebliche Diagnose für den Zugang zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus im Rahmen der Bestimmung gemäß [§ 116b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) a.F. die zystische Fibrose mit Lungenmanifestation bzw. mit Lungen- und Darmmanifestation gewesen. Auf Grund der gemeldeten Diagnosen sei eindeutig, dass die Behandlungsleitung beim Facharzt für Pneumologie gelegen habe, so dass neben der pneumologischen Grundpauschale die angesetzte HNO-ärztliche Grundpauschale unzutreffend gewesen sei. Im Fall 2 habe die Versicherte an pulmonaler Hypertonie gelitten und sei in der Fachabteilung Hämatologie und Internistische Onkologie im Leistungsbereich pulmonale Hypertonie behandelt worden. Auf Grund der gemeldeten Diagnosen sei eindeutig, dass die Behandlungsleitung beim Facharzt für Innere Medizin gelegen habe, so dass neben der kardiologischen Grundpauschale weder die pneumologische Grundpauschale noch die Gebührenordnungsposition für den pneumologisch-diagnostischen Komplex hätten abgerechnet werden dürfen. Im Fall 3 sei der Versicherte ebenfalls an pulmonaler Hypertonie erkrankt gewesen und in der Fachabteilung Hämatologie und Internistische Onkologie im Leistungsbereich pulmonale Hypertonie behandelt worden. Auf Grund der gemeldeten Diagnosen habe die Behandlungsleitung beim Facharzt für Innere Medizin gelegen, so dass neben der kardiologischen Grundpauschale nicht auch die angiologische und pneumologischen Grundpauschalen sowie der pneumologisch-diagnostische Komplex hätten abgerechnet werden dürfen. Auch im Fall 4 habe der Versicherte an pulmonaler Hypertonie gelitten und sei in der Fachabteilung Innere Medizin im Leistungsbereich pulmonale Hypertonie behandelt worden. Die Behandlungsleitung habe auf Grund der gemeldeten Diagnosen beim Facharzt für Pneumologie gelegen, so dass neben der pneumologischen Grundpauschale weder die kardiologische Grundpauschale noch der kardiologische Komplex zusätzlich hätten abgerechnet werden dürfen. Die Abrechnungsausschlüsse ergäben sich aus den identischen Leistungsinhalten der angesetzten Gebührenordnungspositionen. Im Fall 1 seien die obligaten Leistungsinhalte der Grundpauschalen Nr. 09211 und 13641 EBM identisch. Die Leistungsinhalte der Nr. 13641 EBM seien vollständig Bestandteil der Nr. 09211 EBM und könnten deshalb nach Nr. 2.1.3 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM nicht nebeneinander abgerechnet werden. Im Fall 2 gelte dies entsprechend wegen Identität der Leistungsinhalte der Nr. 13542 und 13642 EBM. Im Fall 3 seien die Leistungsinhalte der Nr. 13542 und der Nr. 13642 EBM identisch. Die Abrechnung der Nr. 13292 EBM sei der Anmerkung zu dieser Gebührenordnungsposition zufolge neben Leistungen des Abschnittes 13.3.7 EBM ausgeschlossen. Die Abrechnung der Nr. 13542 und der Nr. 13550 EBM sei den Anmerkungen zu diesen Gebührenordnungspositionen zufolge neben Leistungen des Abschnittes 13.3.1 und 13.3.7 EBM ausgeschlossen. Die Abrechnung der Nr. 13642 und der Nr. 13650 EBM sei neben der Abrechnung der Nr. 13540 bis 13542, der Nr. 13550 sowie Leistungen nach Abschnitt 13.3.1 bzw. 13.3.1 und 13.3.5 EBM ausgeschlossen. Im Fall 4 seien die Leistungsinhalte der Nr. 13542 und der Nr. 13642 EBM identisch. Die Abrechnung der Nr. 13542 und der Nr. 13550 sei laut Anmerkung zu dieser Gebührenordnungsposition neben Leistungen nach Abschnitt 13.3.7 EBM ausgeschlossen. Die Nr. 13642 und die Nr. 13650 EBM sei den Anmerkungen zu diesen Gebührenordnungspositionen zufolge neben den Ansätzen der Nr. 13540 bis 13542 und Nr. 13550 sowie Leistungen des Abschnittes 13.3.5 EBM ausgeschlossen. Dem Urteil des Bundessozialgerichtes vom 11.05.2011, Az. [B 6 KA 2/10 R](#), sei zu entnehmen, dass Ärzte mit einer Doppelzulassung für mehrere Fachgebiete nur eine Grundpauschale ansetzen dürfen. Dies gelte generell für die Abrechnung von Grundpauschalen verschiedener Arztgruppen im selben Behandlungsfall im Rahmen eines einheitlichen Versorgungsauftrages. Die Klägerin nehme auf Grund der Bestimmung nach [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) a.F. nur einen unteilbaren Versorgungsauftrag zur Behandlung einer bestimmten Erkrankung entsprechend den Indikation seltener Erkrankungen und schwerer Erkrankungszustände nach Maßgabe des Bestimmungsbescheides wahr. Fachärzte für Innere Medizin seien zudem nicht verschiedenen Arztgruppen zuzuordnen. Die Regelung in Nr. 5.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM über fach- bzw. schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Praxen mit angestellten Ärzten und medizinische Versorgungszentren sei auf die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach [§ 116b SGB V](#) a.F. nicht anwendbar. Anderenfalls hätte der Bewertungsausschuss in dieser Regelung auch die

Leitungserbringer nach [§ 116b SGB V](#) a.F. erwähnen müssen, da bei strenger wortlautorientierter Auslegung eine entsprechende Anwendung von Vorschriften des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes nicht zulässig sei. Die Anlagen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach [§ 116b SGB V](#) regelten, dass die Behandlung durch das interdisziplinäre Team von einem Teamleiter zu koordinieren sei, dessen Fachdisziplin für jedes Krankheitsbild speziell geregelt sei. Die Teammitglieder aus den anderen Arztgruppen würden faktisch Auftragsleistungen im Sinne von § 27 Abs. 3 Nr. 1 EKV (jetzt § 24 Abs. 3 Nr. 1 BMV-Ä) erbringen. Nur für das Fachgebiet des koordinierenden Arztes dürfe deshalb die Grundpauschale bzw. die einschlägige Komplexziffer abgerechnet werden. Wegen der Einzelheiten wird auf den Inhalt der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten sowie der Sozialgerichtsakte mit der Niederschrift über die mündliche Verhandlung vom 26.11.2014 Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig und begründet. Die Klägerin hat Anspruch auf die ungekürzte Vergütung der je Arztgruppe bzw. internistischem Schwerpunkt angesetzten Grundpauschalen und Komplexabrechnungsziffern. Die Kammer teilt in vollem Umfang die Rechtsauffassung des Sozialgerichts Lübeck in dessen Urteil vom 26.06.2014, Az. S 3 KR 992/11, dessen tragende Erwägungen auch im vorliegenden Fall zutreffen. Gemäß [§ 116b Abs. 8 Satz 1 SGB V](#) in der seit dem 01.01.2012 geltenden Fassung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) vom 22.12.2011 ([BGBl. I S. 2983](#)) im Folgenden: neuer Fassung (n.F.) gelten Bestimmungen, die von einem Land nach [§ 116b Abs. 2 Satz 1 a.F.](#) getroffen wurden, bis zu deren Aufhebung durch das Land weiter. Gemäß [§ 116b Abs. 8 Satz 3 SGB V](#) n.F. werden die von zugelassenen Krankenhäusern auf Grund von nach [§ 116b Abs. 8 Satz 1 SGB V](#) n.F. fortgeltenden Bestimmungen erbrachten Leistungen nach [§ 116b Abs. 5 a.F.](#) vergütet. Gemäß [§ 116b Abs. 5 Satz 2 SGB V](#) a.F. hat die Vergütung der von den Krankenhäusern erbrachten Leistungen der Vergütung vergleichbarer vertragsärztlicher Leistungen zu entsprechen. Im Einklang mit dieser bundesrechtlichen Vorgabe regelt die Vereinbarung nach [§ 116b SGB V](#) in [§ 2 Abs. 1 Satz 1](#), dass die Vergütung der von den Krankenhäusern gemäß [§ 116b Abs. 2 bis 6 SGB V](#) erbrachten Leistungen nach dem EBM in der jeweils aktuellen Fassung erfolgt. Gemäß [§ 2 Abs. 1 Satz 2](#) der Vereinbarung nach [§ 116b SGB V](#) sind die Abrechnungsbestimmungen zum EBM unter Berücksichtigung der Arztgruppensystematik des EBM auf alle an der Behandlung beteiligten Arztgruppen des Krankenhauses anzuwenden. Die Kammer lässt offen, ob den Vertragspartnern auf der Landesebene die Regelungsbefugnis zusteht, in der Vereinbarung nach [§ 116b SGB V](#) Vorgaben zu treffen, die von den sich aus [§ 116b Abs. 5 Satz 2 SGB V](#) a.F. in Verbindung mit dem EBM ergebenden Abrechnungsvorschriften abweichen. Denn die in [§ 2 Abs. 1 Satz 2](#) vorgesehene Abrechnung der arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen des EBM durch jede der an der ambulanten Behandlung beteiligten Arztgruppen weicht von den bundesrechtlichen Vorgaben inhaltlich nicht ab, sondern gibt deren Regelungsinhalt zutreffend wieder. Gemäß Nr. 5.1 Satz 1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM richtet sich die Berechnung der arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen von (Teil-)Berufs- aus- übungsgemeinschaften, Arztpraxen mit angestellten Ärzten oder medizinischen Versorgungszentren unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen nach den Arztgruppen, die in einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, Arztpraxis mit angestellten Ärzten oder einem medizinischen Versorgungszentrum vertreten sind. Nach Nr. 5.1 Satz 1 der Allgemeinen Bestimmungen sind in internistischen schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, entgegen der Präambel 13.1 Nr. 3 und 4 und den Anmerkungen unter den Leistungen, unter Beachtung von 2.1.3 und 5.2 der Allgemeinen Bestimmungen, Leistungen aus unterschiedlichen schwerpunktorientierten Abschnitten und/oder dem Abschnitt 13.2.1 nebeneinander berechnungsfähig. Dies bedeutet, dass Abrechnungspositionen, die nach der Abrechnungssystematik des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes Ärzten bestimmter Fachgruppen bzw. Internisten mit verschiedenen Schwerpunkten vorbehalten sind und im selben Behandlungsfall bei Erbringung der Leistung durch denselben Arzt oder durch mehrere Ärzte derselben Fachgruppe bzw. derselben internistischen Schwerpunktbezeichnung nicht nebeneinander abgerechnet werden dürfen, gleichwohl in fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Praxen mit angestellten Ärzten und medizinischen Versorgungszentren je an der Behandlung teilhabender Arztgruppe bzw. je internistischem Schwerpunkt abgerechnet werden können. Die wechselseitigen Abrechnungsausschlüsse in den Anmerkungen zu den jeweiligen Gebührenordnungspositionen greifen insoweit nicht ein. Zwar können diese Leistungen nicht je Arztfall separat abgerechnet werden, jedoch dürfen sie im selben Behandlungsfall wie ein jeweils gesonderter Behandlungsfall je Arztgruppe bzw. je internistischem Schwerpunkt, die in die Behandlung einbezogen sind, geltend gemacht werden (vgl. die Fallgruppenbeispiele in Köhler [Hrsg.], Kölner Kommentar zum EBM, Abschnitt B1 S. 58 zu 5.1 der Allgemeinen Bestimmungen; Wezel/Liebold, EBM-Kommentar, Teil 8, S. 32/3 zu 5.1 der Allgemeinen Bestimmungen). Diese Regelung ist wegen der Vergleichbarkeit des fachgruppenübergreifenden Behandlungsgeschehens auf die ambulante Behandlung im Krankenhaus durch interdisziplinär zusammengesetzte Teams aus Fachärzten verschiedener Fachrichtungen und internistischer Subspezialisierungen entsprechend anwendbar. Bei der entsprechenden Anwendung der Nr. 5.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM handelt es sich, entgegen dem Einwand der Beklagten, nicht um eine bei der Anwendung der Vergütungstatbestände unzulässige Analogie (vgl. hierzu exemplarisch Bundessozialgericht, Urteil vom 13.05.1998, Az. [B 6 KA 34/97 R](#), juris Rn. 17; Beschluss vom 16.05.2001, Az. [B 6 KA 30/01 B](#), juris, Rn. 6), sondern um eine mit dem Wortlaut des [§ 116b Abs. 5 Satz 2 SGB V](#) a.F. "hat ... zu entsprechen" unmittelbar im Gesetz angeordnete Rechtsfolgenverweisung. Unzutreffend ist der Einwand der Beklagten, der Bewertungsausschuss hätte, wenn er auch Krankenhäuser im Rahmen der ambulanten Behandlung nach [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) a.F. in den Anwendungsbereich der Nr. 5.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM hätte einbeziehen wollen, diese in der Regelung ausdrücklich erwähnt. Denn die Anwendbarkeit der Vorschriften des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes auf die ambulante Behandlung im Krankenhaus leitet sich direkt aus der gesetzlichen Regelung in [§ 116 Abs. 5 Satz 2 SGB V](#) a.F. ab, ohne dass es der Benennung der in die ambulante Behandlung im Krankenhaus einbezogenen Ärzte in den Abrechnungsvorschriften des EBM bedurft hätte. Hierzu wäre der Bewertungsausschuss auch gar nicht befugt gewesen. Denn gemäß [§ 87 Abs. 1 Satz 1](#) sowie [Abs. 4 Satz 1](#) und [Abs. 5 Satz 1 SGB V](#) beschränkt sich die Befugnis des (Erweiterten) Bewertungsausschusses auf die Vereinbarung der Einheitlichen Bewertungsmaßstäbe für die Vertrags(zahn)ärztlichen Leistungen als Bestandteil der Bundesmantelverträge. Dies umfasst nicht die Vergütung der ambulanten Behandlung gemäß [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) a.F. in Krankenhäusern. Denn Krankenhäuser werden als Leistungserbringer von den Partnern der Bundesmantelverträge als Träger der Bewertungsausschüsse nicht repräsentiert. Der Gesetzgeber hat das Mandat des Bewertungsausschusses erst mit der Einfügung des neuen Absatzes 5a in [§ 87 SGB V](#) durch Art. 1 Nr. 22 Buchst. p des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes mit Wirkung ab dem 01.01.2012 auf Beschlüsse zur Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Vergütung der Leistungen der spezialfachärztlichen Versorgung nach [§ 116b SGB V](#) in der um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen erweiterten Besetzung ausgedehnt. Diese Befugnis beschränkt sich indessen im Regelungskontext des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes und des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch ausschließlich auf die spezialfachärztliche Versorgung nach [§ 116b SGB V](#) n.F., sie gilt nicht für die auf Grund von fortgeltenden Bestimmungen nach [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) a.F. entsprechend dem EBM zu vergütende ambulante Behandlung im Krankenhaus nach [§ 116b Abs. 8 Satz 1 SGB V](#) n.F. in Verbindung mit [§ 116b Abs. 5 SGB V](#) a.F. ... Die von der Beklagten herangezogene Regelung in Nr. 2.1.3 Satz 1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM über inhaltsgleiche Gebührenordnungspositionen trifft auf das Verhältnis der hier

streitgegenständlichen Grundpauschalen und Komplexabrechnungspositionen aus den unterschiedlichen arztgruppenspezifischen Kapiteln bzw. den internistisch-schwerpunktbezogenen Abschnitten des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes durch die Ärzte der jeweiligen Arztgruppe bzw. des jeweiligen Schwerpunktes nicht zu. Die Regelung lautet: "Für die Nebeneinanderberechnung von Gebührenordnungspositionen gilt: Inhaltsgleiche Gebührenordnungspositionen, die in mehreren Abschnitten/Kapiteln des EBM aufgeführt sind, sind nicht nebeneinander berechnungsfähig. Sämtliche Abrechnungsbestimmungen und Ausschlüsse sind entsprechend zu berücksichtigen. Eine Gebührenordnungsposition ist nicht berechnungsfähig, wenn deren obligate und sofern vorhanden fakultative Leistungsinhalte vollständig Bestandteil einer anderen berechneten Gebührenordnungsposition sind. Sämtliche Abrechnungsbestimmungen und Ausschlüsse sind zu berücksichtigen. Diese Regelung ist auch anzuwenden, wenn die Gebührenordnungsposition in verschiedenen Abschnitten/Kapiteln des EBM aufgeführt sind. Dies gilt für Gebührenordnungspositionen mit Gesprächs- und Beratungsinhalten auch dann, wenn das Gespräch mit unterschiedlicher Zielsetzung (Diagnose/Therapie) geführt wird. Erfüllen erbrachte ärztliche Leistungen die Voraussetzungen sowohl zur Berechnung von Einzelleistungen, Komplexen oder Pauschalen, so ist statt der Einzelleistung entweder der zutreffendere Komplex bzw. die Pauschale bzw. statt des Komplexes die zutreffendere Pauschale zu berechnen. Dies gilt auch für den Arztfall, jedoch nicht für Auftragsleistungen." Diese Vorschrift ist hier nicht einschlägig. Schon auf Grund der speziellen Expertise der Ärzte der unterschiedlichen Arztgruppen bzw. internistischen Schwerpunkte, die der Behandlung durch diese Ärzte jeweils das Gepräge gibt, sind Versicherten- und Grundpauschalen verschiedener Arztgruppen in keinem Falle inhaltsgleich, da stets fachgruppenbezogen (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 11.05.2011, Az. [B 6 KA 2/10 R](#), juris Rn. 35, zu Ordinationskomplexen; Köhler [Hrsg.], Kölner Kommentar zum EBM, Abschnitt B1, S. 24 zu 2.1.3 der Allgemeinen Bestimmungen). Das Gleiche gilt hinsichtlich der unterschiedlichen Schwerpunkte innerhalb des Fachgebiets Innere Medizin. Die Vorstellung der Beklagten, im Rahmen der fachübergreifenden ambulanten Behandlung im Krankenhaus auf Grundlage einer Bestimmung nach [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) a.F. werde im Behandlungsfall nur der das Team koordinierende Arzt alleinverantwortlich tätig und ziehe die Ärzte der anderen Arztgruppen bzw. internistischen Schwerpunkte allenfalls im Rahmen von Auftragsleistungen oder konsiliarisch in die Behandlung ein, läuft den gesetzlichen Zielen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus zuwider. Anliegen des Gesetzgebers bei der Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung von Patienten mit den in [§ 116b Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) a.F. genannten Krankheitsbildern war es gerade, den dort genannten Versicherten den Zugang zu komplexen Behandlungsangeboten zu ermöglichen, die der Komplexität ihrer Krankheitsbilder gerecht werden, in den interdisziplinären Versorgungsstrukturen der Krankenhäuser in der Regel vorgehalten werden und im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung dagegen nur in begrenztem Maße verfügbar sind. Die wie es § 2 Abs. 1 Satz 2 der Vereinbarung nach [§ 116b SGB V](#) formuliert Abrechnung nach den Abrechnungsbestimmungen und unter Berücksichtigung der Arztgruppensystematik des EBM auf alle an der Behandlung beteiligten Arztgruppen des Krankenhauses trägt diesem mehrdimensionalen, durch die gleichberechtigte und gleichermaßen verantwortliche Zusammenarbeit der Ärzte verschiedener Fachgruppen und Schwerpunkte geprägten Ansatz Rechnung. Allein die Koordinierung der Behandlung durch einen Teamleiter macht diesen schon begrifflich nicht zum allein verantwortlichen Arzt und stuft die anderen Teammitglieder nicht zu Adressaten von bloßen Zielaufträgen oder nur konsiliarisch Tätigen herab. Im Übrigen sind gegen die Richtigkeit der von der Klägerin eingereichten Rechnungen durchgreifende Einwände weder geltend gemacht noch sonst ersichtlich. Die Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen für die angesetzten Gebührenordnungspositionen nach Maßgabe der jeweiligen Leistungsbeschreibung des EBM steht außer Streit. Von der Möglichkeit, die im Rahmen der Bestimmungen nach [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) a.F. erbrachten und abgerechneten Leistungen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß § 9 Abs. 3 und Anlage 4 der Vereinbarung nach [§ 116b SGB V](#) zu unterziehen, hat die Beklagte keinen Gebrauch gemacht. Die Rechnungen sind damit sachlich-rechnerisch richtig. Dafür ist die Abrechnung um die von der Beklagten an Stelle der gestrichenen Gebührenordnungspositionen abgerechneten Konsultationspauschalen nach Nr. 01436 EBM zu bereinigen. Denn die Konsultationspauschale nach Nr. 01436 EBM ist nur einschlägig bei Indikations- und Definitionsaufträgen, deren Leistung nicht schon vom Leistungsumfang der Grundpauschale abgedeckt ist, wie er in Teil IV Anhang 1 (Spalte GP) zum EBM definiert ist. Mit der Zuerkennung der streitgegenständlichen Grundpauschalen sind diese Voraussetzungen für den Ansatz der Konsultationspauschale hinfällig. Die Beklagte hat mithin die Rechnungen der Klägerin deshalb so wie eingereicht in voller Höhe zu begleichen und den sich hieraus ergebenden Nachzahlungsbetrag von 251,13 EUR der Klägerin auszus zahlen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1 VwGO](#), die Festsetzung des Streitwertes auf [§ 52 Abs. 3](#) in Verbindung mit [§ 1 Abs. 2 Nr. 3](#) und [§ 3 Abs. 1 GKG](#) und [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#).

Die Kammer hat die Berufung auf Grundlage des [§ 144 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) zugelassen.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2015-01-22