L 7 KA 150/09

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
7
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 71 KA 362/07
Datum
09.09.2009
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 150/09
Datum
26.09.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 9. September 2009 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten im vorliegenden Berufungsverfahren noch über die Rechtmäßigkeit von der Beklagten vorgenommener Honorarberichtigungen für die zwölf Quartale I/01 bis IV/03. Ursprünglich stritten sie auch über die Rechtmäßigkeit von der Beklagten vorgenommener Honorarberichtigungen für die beiden Quartale II/06 und III/06 (zuletzt durch Bescheid vom 9. August 2010) und über die Neufestsetzung des Individualbudgets des Klägers für die Zeit ab dem Quartal III/03 mit der nochmaligen Folge einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung für die Quartale III/03 bis III/05 (Bescheide vom 20. April 2006 und vom 28. August 2006). Insoweit hat der Senat das Verfahren jeweils abgetrennt (nunmehr L 7 KA 88/12 und L 7 KA 89/12). Der Kläger ist seit dem 1. Oktober 1978 als Facharzt für Innere Medizin vertragsärztlich tätig, seit 1996 im hausärztlichen Bereich. Der vorliegende Streit entzündet sich ausschließlich an der Behandlung seiner Patientin C S. Diese ist seit 1998 in seiner ambulanten Behandlung und leidet nach den Angaben des Klägers unter einer rheumatischen Pankarditis bei Psoriasis vulgaris, verbunden mit diversen wiederkehrenden Folgeerkrankungen und Verlaufskomplikationen sowie weiteren akuten Erkrankungen. Der Kläger behandelte die Patientin in ihrer Wohnung, die über ein häusliches "Intensiv-Zimmer" mit den wesentlichen Gerätschaften verfügen soll. Gegenüber der Beklagten rechnete er dauerhaft u.a. eine Vielzahl von Besuchsleistungen und cardiopulmonalen Reanimationen, vorwiegend während der sprechstundenfreien Abend- und Nachtzeit, ab. Nach Angaben des Klägers sei die Erkrankung, zu deren Therapie er vor allem das Arzneimittel Remicade® verabreichte, weltweit einmalig. In Streit stehen sachlich-rechnerische Berichtigungen und Honorarrückforderungen in Bezug auf folgende Leistungen (einheitlicher Bewertungsmaßstab [EBM] in der bis 31. März 2005 geltenden Fassung): Absetzung der EBM-Nr. 2 (Konsultationsgebühr), Absetzung der EBM-Nr. 5 (Gebühr für die Inanspruchnahme des Arztes durch einen Patienten zwischen 20 und 8 Uhr, zwischen 8 und 20 Uhr für Besuche, Visiten und Notfallbehandlungen an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen sowie am 24. und 31. Dezember und für einen Besuch oder eine Visite mit Unterbrechung der Sprechstundentätigkeit), Absetzung der EBM-Nr. 40 (Verweilen, ohne Erbringung berechnungsfähiger Leistungen, wegen der Erkrankung erforderlich, je vollendete halbe Stunde), Absetzung der EBM-Nr. 273 (Infusion, intravenös oder in das Knochenmark, von mindestens 10 Minuten Dauer), Umwandlung der EBM-Nr. 26 (Besuch, wegen der Erkrankung unverzüglich nach Bestellung ausgeführt) in EBM-Nr. 25 (Besuch). Für die einzelnen streitgegenständlichen Quartale und in Bezug auf die genannten EBM-Nummern traf die Beklagte in den jeweiligen Quartalshonorarbescheiden (insoweit unter Anwendung des EDV-technischen "Regelwerks") bzw. in den Änderungs- und Rückforderungsbescheiden vom 3. Februar 2003 und 18. April 2006 folgende im vorliegenden Verfahren streitigen Regelungen:

Quartal I/01: Bescheid vom 18. April 2006: Absetzung der EBM-Nr. 5, 151 mal, Rückforderung i.H.v. 2.096,35 Euro

Quartal II/01: Bescheid vom 18. April 2006: Absetzung der EBM-Nr. 5, 109 mal, Rückforderung i.H.v. 1.709,54 Euro

Quartal III/01: Bescheid vom 3. Februar 2003: Absetzung der EBM-Nr. 2, 325 mal, Absetzung der EBM-Nr. 5, 278 mal, Umwandlung der EBM-Nr. 26 in EBM-Nr. 25, 36 mal, Rückforderungsbetrag: insgesamt 5.538,26 Euro

Quartal IV/01: Bescheid vom 18. April 2006: Absetzung der EBM-Nr. 5, 169 mal, hierauf entfallend Rückforderung i.H.v. 2.519,67 Euro

Quartal I/02: Bescheid vom 18. April 2006: Absetzung der EBM-Nr. 5, 104 mal, Rückforderung i.H.v. 1.484,33 Euro

Quartal II/02: EBM-Nr. 5: 98 mal abgesetzt (Regelwerk), EBM-Nr. 40: 30 mal abgesetzt (Regelwerk), Bescheid vom 18. April 2006: 100prozentige Absetzung der EBM-Nr. 5 (87 mal); Rückforderungsbetrag: 1.243,27 Euro

Quartal III/02: EBM-Nr. 40: 54 mal abgesetzt (Regelwerk), EBM-Nr. 273: 8 mal abgesetzt (Regelwerk)

Quartal IV/02: EBM-Nr. 40: 85 mal abgesetzt (Regelwerk), EBM-Nr. 273: 49 mal abgesetzt (Regelwerk), Bescheid vom 18. April 2006: 100prozentige Absetzung der EBM-Nrn. 5 (188 mal) und 40 (85 mal), Rückforderungsbetrag: 6.367,32 Euro

Quartal I/03: Bescheid vom 18. April 2006: Absetzung der EBM-Nr. 40, 94 mal, Rückforderung i.H.v. 3.440,40 Euro

Quartal II/03: EBM-Nr. 273: 36 mal abgesetzt (Regelwerk), Bescheid vom 18. April 2006: 100prozentige Absetzung der EBM-Nr. 40, 116 mal, Rückforderungsbetrag: 4.650,44 Euro Quartal III/03: EBM-Nr. 273: 31 mal abgesetzt (Regelwerk)

Quartal IV/03: EBM-Nr. 40: 10 mal abgesetzt (Regelwerk) Gegen alle genannten, in den jeweiligen Honorarbescheiden umgesetzten sachlich-rechnerischen Berichtigungen sowie gegen die Änderungsbescheide vom 3. Februar 2003 und vom 18. April 2006 legte der Kläger jeweils Widerspruch ein. Mit Widerspruchsbescheid vom 8. Mai 2007 anerkannte die Beklagte die EBM-Nr. 5 für das Quartal IV/01 50 mal, für das Quartal I/02 27 mal, für das Quartal II/02 38 mal und für das Quartal IV/02 66 mal. Im Übrigen wies die Beklagte die Widersprüche zurück. Auch für die Quartale IV/01, I/02, II/02 und IV/02 stehe dem Kläger die einmalige Abrechnung einer EBM-Nr. 5 pro Behandlungstag bzw. Inanspruchnahme zu; zu Unrecht habe der Bescheid vom 18. April 2006 insoweit alle EBM-Nrn. 5 komplett abgesetzt. Bei der Absetzung im Übrigen müsse es aber bleiben, weil die EBM-Nr. 5 nur einmal pro Arzt-Patienten-Kontakt berechnet werden dürfe und nicht – wie vom Kläger vorgenommen – mehrfach (Hinweis auf Abs. 1 der Allgemeinen Bestimmungen zu EBM-Nr. 6). Die 325fache Absetzung der EBM-Nr. 2 sei erfolgt, weil diese Gebühr nicht mehrmals anlässlich derselben Inanspruchnahme bzw. Sitzung berechnet werden dürfe. So sei etwa für den 18. Juli 2001 nur ein Besuch der Patientin S dokumentiert, die Nr. 2 aber 13 mal abgerechnet worden. In der Regel sei dem Kläger daher pro Behandlungstag bzw. Hausbesuch die einfache Abrechnung der EBM-Nr. 2 belassen worden, in Einzelfällen sogar zweimal, wenn er nämlich seine Abrechnung mit Uhrzeitangaben verbunden habe. Die 36fache Umwandlung der EBM-Nr. 26 in die EBM-Nr. 25 sei erfolgt, da jeweils die besondere Dringlichkeit für den Hausbesuch nicht nachvollziehbar gewesen sei. Die Absetzung der EBM-Nr. 40 sei zu Recht vorgenommen worden, weil die Verweilgebühr nur in Zusammenhang mit einem Hausbesuch abgerechnet werden dürfe; die Absetzung sei in den Fällen erfolgt, in denen der Kläger nicht zugleich unter dem entsprechenden Datum einen Hausbesuch abgerechnet habe. Zusammenhängende Leistungen wie etwa Hausbesuche und Verweilgebühr dürften nicht getrennt werden. Die vom Kläger geforderte Abrechnung "per Hand" könne nicht beansprucht werden. Die Darstellungsweise des Klägers habe in den Quartalen II/02, III/02 und IV/03 nicht dem Regelwerk der Beklagten entsprochen. Zudem sei die EBM-Nr. 40 darüber hinaus innerhalb desselben Behandlungszeitraums zu Unrecht regelmäßig neben den EBM-Nrn. 332 (Reanimation) und 273 (Infusion) abgerechnet worden. Die Abrechnung der Verweilgebühr setze einen Zeitverlust im Sinne einer Untätigkeit des Arztes voraus. Daher sei es ausgeschlossen, dass neben der Verweildauer berechnungsfähige Leistungen wie etwa nach EBM-Nrn. 273 und 332 erbracht würden. Die EBM-Nr. 273 sei abgesetzt worden, sofern es am selben Behandlungstag auch zur Abrechnung der EBM-Nr. 332 (Reanimation) gekommen sei, denn eine Infusion sei fakultativer Bestandteil der EBM-Nr. 332. Grundsätzlich könne die EBM-Nr. 273 auch nur einmal am Behandlungstag abgerechnet werden, es sei denn, es habe ein neuer Zugang gelegt werden müssen. Sofern der Kläger behaupte, zwischen der Reanimation und der Infusion hätten am selben Behandlungstag oft mehrere Stunden gelegen, hätte er dies auf dem Behandlungsausweis durch Benennung des verabreichten Medikaments und die Uhrzeiten kennzeichnen müssen. Insgesamt seien die gerechtfertigten Absetzungen nicht in allen Quartalen konsequent durchgeführt worden; insoweit möge der Kläger sich glücklich schätzen. Mit Bescheid vom 12. Juni 2007 setzte die Beklagte die im Widerspruchsbescheid getroffene teilstattgebende Regelung um und schrieb dem Kläger für die Quartale IV/01, I/02, II/02 und IV/02 2.618,90 Euro gut. Seine Klage hat der Kläger zunächst ausdrücklich nur auf die Absetzung der EBM-Nrn. 5, 40 und 273 und auf die Umwandlung der EBM-Nr. 26 in die EBM-Nr. 25 bezogen und die Anerkennung der Behandlung der Patientin S als Praxisbesonderheit begehrt. Seinen in der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht Berlin am 9. September 2009 gestellten Antrag hat der Kläger außerdem auf die Absetzung der EBM-Nr. 2 bezogen. Mit Urteil vom 9. September 2009 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt: Unzulässig sei die Klage, soweit sie sich auf die Absetzung der EBM-Nr. 2 erstrecke, denn seine Klageschrift vom 9. Juli 2007 habe der Kläger ausdrücklich auf einzelne EBM-Nrn. bezogen, unter denen die Nr. 2 sich nicht befunden habe. Die in dem Bescheid der Beklagten vom 3. Februar 2003 vorgenommene 325fache Absetzung der EBM-Nr. 2 für das Quartal III/01 sei daher bestandskräftig. Im Übrigen sei die Klage unbegründet. Zu Recht habe die Beklagte Absetzungen der EBM-Nr. 5 vorgenommen. Diese Position dürfe gemäß Absatz 1 der Allgemeinen Bestimmungen zur EBM-Nr. 6 im Rahmen derselben Inanspruchnahme des Arztes stets nur einmal berechnet werden, auch wenn die Inanspruchnahme über Mitternacht hinaus angedauert habe. Hiergegen habe der Kläger häufig verstoßen. Bei Erfassung der EBM-Nr. 5 habe der Kläger auch das "Verbot der Tagtrennung für zusammenhängende Leistungen" nach Punkt 3.7.1. Abs. 4 Buchst. c) der Richtlinien der Beklagten über die Abrechnung auf Datenträgern missachtet, denn auch für über Mitternacht hinausgehende Hausbesuche habe er die EBM-Nr. 5 mehrfach angesetzt. Das Beispiel des 1. April 2001 zeige, dass der Kläger im Rahmen eines durchgehenden Hausbesuchs von 20.10 Uhr bis 23.45 Uhr die EBM-Nr. 5 allein zehnmal angesetzt habe. Zu Recht habe die Beklagte auch die EBM-Nr. 26 für das Quartal III/01 36 mal die in EBM-Nr. 25 umgewandelt. Die Hausbesuche des Klägers seien nach seinem eigenen Vorbringen stets mit dem neben ihm agierenden Arzt Dr. Sch abgesprochen und vorausgeplant gewesen. Damit habe es sich nicht um "Sofortbesuche" im Sinne der EBM-Nr. 26 gehandelt. Nicht zu beanstanden seien zudem die Absetzungen der EBM-Nr. 40. Die Verweilgebühr, die nur im Rahmen von Hausbesuchen anfallen könne, sei nicht ansatzfähig, wenn während der Verweildauer anderweitige berechnungsfähige Leistungen erbracht worden seien. So sei die Absetzung von EBM-Nr. 40 zu Recht erfolgt, wenn der Kläger im selben Behandlungszeitraum die Reanimationsziffer (EBM-Nr. 332) und die Infusionsziffer (273) berechnet habe. Außerdem sei die Absetzung von EBM-Nr. 40 zu Recht erfolgt, wenn die Tagesabrechnung insoweit nicht plausibel gewesen sei: Dies sei immer dann der Fall, wenn zusammen mit dieser Nummer kein Hausbesuch (EBM-Nrn. 25 und 26) abgerechnet worden sei. Hier wirke es sich zu Lasten des Klägers aus, dass er bei der Dateneingabe seiner Leistungen das "Verbot der Tagtrennung zusammenhängender Leistungen" verletzt habe. Es sei nämlich zu den Absetzungen der Verweilziffer gekommen, weil er die im selben Eintrag zu erfassenden Hausbesuche unter einem neuen Eintrag gleichen Datums eingegeben habe. Auch die Absetzung von EBM-Nr. 273 sei rechtmäßig erfolgt. Die Infusion sei nämlich schon fakultativer Bestandteil der Reanimationsposition 332 und könne neben dieser nicht angesetzt werden (Allgemeine Bestimmung A I. Teil A Absatz 1 Satz 2 des EBM). Unerheblich sei in diesem Zusammenhang, ob zwischen der Reanimation und der Infusion ein gewisser Zeitraum gelegen habe. Unabhängig davon komme eine Mehrfachabrechnung der EBM-Nr. 273 an einem Behandlungstag nur in Betracht, wenn ein neuer Zugang habe gelegt werden müssen. Hiervon sei aber nicht auszugehen, weil die Patientin über einen dauerhaften venösen Zugang verfügt haben dürfte. Weil die Umsätze im Bemessungsjahr 2002 damit beanstandungsfrei sachlich-rechnerisch richtiggestellt worden seien,

habe die Beklagte mit dem Bescheid vom 20. April 2006 auch zu Recht ein niedrigeres Individualbudget festgesetzt. Gegen das ihm am 22. September 2009 zugestellte Urteil hat der Kläger am 20. Oktober 2009 Berufungeingelegt. Mit ihr wendet er sich nicht mehr gegen die Absetzung der EBM-Nr. 2 im Quartal III/01. Im Übrigen trägt er zur Begründung im Wesentlichen vor: In Bezug auf die EBM-Nr. 5 könne nicht davon die Rede sein, dass in einem über drei bis acht Stunden dauernden Hausbesuch nur eine einzige "Inanspruchnahme"des Arztes liegen solle. Im Rahmen der Hausbesuche habe er stets viele verschiedene ärztliche Leistungen erbracht. Mit einem Hausbesuch seien also stets mehrere "Inanspruchnahmen" verbunden gewesen. Die Gebühr nach EBM-Nr. 40 habe er nur angesetzt, wenn während des Aufenthalts bei der Patientin keine ärztlichen Leistungen vonnöten gewesen seien. Das zeige die Behandlungsdokumentation mit seiner Praxissoftware. Gegen das Verbot der Tagtrennung habe er dabei nicht verstoßen. Zu der Absetzung sei es gekommen, wenn er die Verweilgebühr für die Zeit nach 24 Uhr angesetzt habe, während der Hausbesuch schon vor Mitternacht begonnen habe. So sei zu erklären, dass es Tage gebe, an denen nur EBM-Nr. 40 berechnet worden sei, aber kein Hausbesuch. Die Unzulänglichkeiten der Abrechnungssoftware der Beklagten seien ihm nicht zurechenbar. Zu Unrecht sei das Sozialgericht davon ausgegangen, sämtliche Hausbesuche bei der Patientin S seien vorausgeplant gewesen (Umwandlung der EBM-Nr. 26 in EBM-Nr. 25). Oft sei es auch zu Besuchen "unverzüglich nach Bestellung" gekommen, wenn nämlich die Patientin allein zuhause gewesen sei oder wenn der mitbehandelnde Kollege, der im Hubschraubernotdienst tätig gewesen sei, unvorhergesehen abberufen worden sei. Dann sei mit dem unverzüglichen Hausbesuch auch stets eine Leistung verbunden gewesen, die die Dringlichkeit belege, etwa eine Reanimation oder eine Infusion. Auch die Absetzung der EBM-Nr. 273 hätte nicht erfolgen dürfen. Denn abgerechnet worden seien nur Infusionsleistungen, die nicht in Zusammenhang mit einer Reanimation gestanden hätten. In Zusammenhang mit Reanimationsleitungen seien zahlreiche Infusionen erbracht worden, die nicht gesondert abgerechnet worden seien. Zudem regele die EBM-Nr. 273 – anders als die Nachfolgeregelung im EBM 2000plus, dort EBM-Nr. 02100 – nicht ausdrücklich, dass nur eine Infusion pro Behandlungstag abgerechnet werden dürfe, wenn mehrere Infusionen über denselben Zugang erfolgten. Die Neuregelung sei auf die hier streitigen Quartale nicht anwendbar. Letztlich habe die Behandlung der Patientin S durch den Kläger für die Solidargemeinschaft erhebliche Einsparungen erbracht, indem die kostspielige stationäre Behandlung vermieden worden sei. Dementsprechend trage die Techniker Krankenkasse, bei der die Patientin versichert sei, die Kosten ohne Beanstandungen. Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 9. September 2009 aufzuheben, die Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale I/01 bis IV/03 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. Mai 2007 zu ändern und die Leistungsanforderungen des Klägers nach den EBM-Nummern 5, 26, 40 und 273 nachzuvergüten (unter Anrechnung der Leistungsvergütungen nach der EBM-Nr. 25, soweit diese anstelle der vom Kläger angeforderten Leistungen nach der EBM-Nr. 26 erfolgten) sowie die Honoraränderungs- und Rückforderungsbescheide der Beklagten vom 3. Februar 2003 und vom 18. April 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. Mai 2007 aufzuheben. Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen. Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend. Es verdichteten sich Hinweise darauf, dass es sich bei dem bei der Patientin S unternommenen Heilversuch um keine medizinisch indizierte, vertragsärztlich abrechenbare Leistung handele. Der Einsatz des Arzneimittels Remicade® sei nämlich kontraindiziert. So dürfte der vom Kläger praktizierte außergewöhnliche akutmedizinische Behandlungsaufwand mit vielen hundert Reanimationen auf eine Eindämmung der lebensgefährlichen Nebenwirkungen von Remicade® zurückzuführen sein. Im Übrigen seien die Einwände des Klägers gegen das angefochtene Urteil nicht stichhaltig. Seine Auffassung, im Rahmen eines durchgehenden Hausbesuchs mehrmals zur Unzeit in Anspruch genommen zu sein (EBM-Nr. 5), gehe fehl. In Bezug auf die Absetzung der EBM-Nr. 40 habe der Kläger die Verweilgebühr für Zeiten nach Mitternacht nicht immer für das automatische Regelwerk erkennbar mit dem Hausbesuch des Vortages verknüpft. Entsprechendes gelte für die Zusammenabrechnung von EBM-Nrn. 40 und 273. Hier habe das Regelwerk davon ausgehen dürfen, dass der Kläger die für die Infusion notwendige Zeit unstatthaft als Verweildauer angesetzt habe. Im Hinblick auf die EBM-Nr. 273 habe schon der alte EBM im ersten Satz vor Kapitel C II. geregelt, dass die Infusionsleistung nur einmal am Behandlungstag abgerechnet werden dürfe. Soweit der Kläger die EBM-Nr. 273 neben der Nr. 332 abrechnen wolle, habe er es versäumt, bei der Abrechnung zu kennzeichnen, dass die Infusion in keinem Zusammenhang mit der Reanimation gestanden habe; das automatisierte Regelwerk habe die Absetzung daher zu Recht vorgenommen. Soweit es die Umwandlung der EBM-Nr. 26 in die Nr. 25 betreffe, müsse der Kläger an seinem eigenen Vorbringen im Verwaltungsverfahren festgehalten werden, im Hinblick auf die Versorgung der Patientin S klare zeitliche Absprachen mit dem Kollegen Sch gehabt zu haben; insoweit habe er den Grund für Notfalleinsätze auch nicht weiter dokumentiert. Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird im Übrigen auf den Inhalt der Gerichtsakte und des Verwaltungsvorgangs der Beklagten Bezug genommen, der, soweit wesentlich, Gegenstand der Erörterung in der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung war.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist zulässig, hat aber keinen Erfolg. Zur Recht hat die Beklagte für die zwölf Quartale I/01 bis IV/03 Honorarberichtigungen vorgenommen. 1. Weil die Patientin S, um deren Behandlung es ausschließlich geht, im streitigen Zeitraum bei einer Ersatzkasse, der Techniker Krankenkasse, krankenversichert war, ergibt sich die Berechtigung der Beklagten, die Honorarabrechnungen des Klägers für die streitigen Quartale auf sachliche und rechnerische Richtigkeit zu überprüfen und gegebenenfalls die Honorarabrechnung zu berichtigen, aus § 34 Abs. 4 Ersatzkassenvertrag-Ärzte (EKV-Ä). Danach obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen die Prüfung der von den Vertragsärzten eingereichten Abrechnungen ihrer vertragsärztlichen Leistungen hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit. Die Abrechnungsprüfung kann dabei – wie vorliegend in den Quartalen II/02 bis IV/02 und II/03 bis IV/03 – auf der Grundlage der vom Vertragsarzt übermittelten elektronischen Datenträger (§ 295 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch [SGB V]) schon vor Erteilung des jeweiligen Honorarbescheides in Anwendung der elektronischen Kontrollprogramme der Kassenärztlichen Vereinigung ("Regelwerk") erfolgen und zur Absetzung bestimmter nicht abrechnungsfähiger EBM-Positionen führen. Nach Erteilung des Honorarbescheides ist das Berichtigungsrecht der Kassenärztlichen Vereinigung allerdings noch nicht verbraucht (vgl. Wenner, Vertragsarztrecht nach der Gesundheitsreform, § 23 Rdnr. 1 bis 4). Möglich ist nämlich noch die nachträgliche Korrektur bestandskräftiger Honorarbescheide, hier in Gestalt der angefochtenen Bescheide der Beklagten vom 3. Februar 2003 für das Quartal III/01 und vom 18. April 2006 für die Quartale I/01, II/01, IV/01, I/02, II/02, IV/02, I/03 und II/03. 2. Die im vorliegenden Verfahren streitigen sachlich-rechnerischen Berichtigungen sind insgesamt rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Der EBM trifft keine adäquaten Regelungen für die quasi-stationäre Versorgung einer lebensgefährlich erkrankten Patientin in deren Wohnung; die Abrechnungspraxis des Klägers war in den streitigen Quartalen nicht vollständig regelkonform, so dass sie von der Beklagten korrigiert werden durfte. Dies ergibt die Auslegung der einschlägigen Leistungsbestimmungen. a) Allgemein ist für die Auslegung von Leistungsbestimmungen des EBM 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 Normgebers, des Bewertungsausschusses, selbst ist, Unklarheiten zu beseitigen. Zum anderen entspricht die primäre Bindung an den Wortlaut dem Gesamtkonzept des EBM als einer abschließenden Regelung, die keine Ergänzung oder Lückenfüllung durch Rückgriff auf andere Leistungsverzeichnisse bzw. Gebührenordnungen oder durch analoge Anwendung zulässt. Nur soweit 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 Gebührenregelungen. Eine entstehungsgeschichtliche Auslegung kommt ebenfalls nur bei unklaren oder mehrdeutigen Regelungen in Betracht und kann 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. Bundessozialgericht , Urteil vom 28. April 2004, B 6 KA 19/03 R, zitiert nach juris, dort Rdnr. 18). b) So ist die Absetzung der EBM-Nr. 5 rechtlich nicht zu beanstanden. Die Beklagte hat die "Gebühr für die Inanspruchnahme des Arztes durch einen Patienten zwischen 20 und 8 Uhr, zwischen 8 und 20 Uhr für Besuche, Visiten und Notfallbehandlungen an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen sowie am 24. und 31. Dezember und für einen Besuch oder eine Visite mit Unterbrechung der Sprechstundentätigkeit" zu Recht nur einmal pro Hausbesuch als abrechenbar angesehen. Die zuvor für einige Quartale vorgenommene komplette Absetzung der EBM-Nr. 5 hat der Widerspruchsbescheid vom 8. Mai 2007 insoweit wieder korrigiert. Die EBM-Nr. 5 ist "im Rahmen derselben Inanspruchnahme des Arztes" nur einmal berechnungsfähig ("Allgemeine Bestimmung" zu EBM-Nr. 5). Zur Überzeugung des Senats kann "die Inanspruchnahme" des Arztes im genannten Sinne und ihrem Wortlaut nach nur der nach den EBM-Nrn. 25 und 26 abrechenbare Hausbesuch an sich sein. Eine Mehrfachabrechnung der EBM-Nr. 5 im Rahmen desselben Hausbesuchs ist nicht statthaft, selbst wenn dieser sich über Mitternacht hinaus erstreckt. In allen insoweit der Honorarberichtigung unterliegenden Quartalen ist der Kläger allerdings so verfahren, dass er die EBM-Nr. 5 teilweise vielfach und gleichsam perlschnurartig im Rahmen eines einzigen Hausbesuchs abgerechnet hat. Zum Beispiel: Quartal I/01, 28. Januar, 7 mal angesetzt, Quartal II/01, 6. April, 10 mal angesetzt, Quartal III/01, 21. Juli, 13 mal angesetzt, Quartal IV/01, 6. Oktober, 10 mal angesetzt, Quartal I/02, 2. März, 10 mal angesetzt, Quartal II/02, 22. Mai, 9 mal angesetzt, Quartal IV/02, 8. Dezember, 5 mal angesetzt.

Diese Verfahrensweise mag von dem Bemühen des Klägers getragen gewesen sein, eine adäquate Vergütung für seine nächtlich stundenlange Mühewaltung zu erhalten; mit dem eindeutigen Wortlaut der Leistungsbestimmung ist dies aber nicht vereinbar. c) Zu Recht hat die Beklagte auch die EBM-Nr. 40 in dem aus dem Tatbestand ersichtlichen Umfang abgesetzt. Die Verweilgebühr ("Verweilen, ohne Erbringung berechnungsfähiger Leistungen, wegen der Erkrankung erforderlich, je vollendete halbe Stunde") kann nur für Leistungen außerhalb der Praxis, mithin nur anlässlich von Hausbesuchen, abgerechnet werden; das Verweilen während einer Infusion (EBM-Nr. 273) ist mit der Infusionsgebühr abgegolten. Die Verweilgebühr setzt einen Zeitverlust und dieser wiederum setzt eine Behinderung des Arbeitsablaufs oder eine Untätigkeit des Arztes voraus. Für ein untätiges Verweilen nachts, samstags oder sonn- und feiertags gibt es keinen gesonderten Zuschlag; der Aufwand ist schon mit der in solchen Fällen abrechenbaren EBM-Nr. 5 mit abgegolten (vgl. zu alledem Wezel/Liebold, Handkommentar zum EBM, Stand 1. Januar 2004, zu EBM-Nr. 40). Hieran gemessen ist die Absetzung der EBM-Nr. 40 schon deshalb gerechtfertigt, weil sie durchweg mit der Abrechnung der EBM-Nr. 5 verbunden war. Unabhängig davon hat die Beklagte die Absetzung nur vorgenommen, wenn der Kläger unter demselben Datum nicht zugleich einen Hausbesuch abgerechnet oder wenn er zugleich eine Infusion oder eine Reanimation abgerechnet hat. Diese Unvereinbarkeiten wurden vom verbindlichen Regelwerk der Beklagten erkannt und zu Recht bereinigt. Wegen der Einzelheiten nimmt der Senat insoweit Bezug auf die zutreffenden Ausführungen in der erstinstanzlichen Entscheidung. Grundsätzlich bleibt festzuhalten, dass auch die "Verweilgebühr" kein taugliches Instrument ist, um die stundenlange Anwesenheit eines Vertragsarztes am häuslichen Intensivbett einer Patientin zu entgelten. Das die ganze Nacht andauernde ambulante "Monitoring" einer intensivmedizinisch betreuten Patientin in deren Wohnung ist nicht adäquat über die "Verweilgebühr" erfassbar bzw. abrechenbar. d) Ebenfalls zu Recht hat die Beklagte die EBM-Nr. 273 (Infusion) in dem aus dem Tatbestand ersichtlichen Umfang in Abzug gebracht, soweit der Kläger sie neben der EBM-Nr. 332 (Reanimation mit künstlicher Beatmung und extrathorakaler Herzmassage, ggf. mit Intubation und nachfolgender künstlicher Beatmung in Narkose, Koniotomie, Elektro-Defibrilation, EKG und Infusion) abgerechnet hat. Die niedriger bewertete EBM-Nr. 273 ist neben der EBM-Nr. 332 nicht abrechenbar (Allgemeine Bestimmung A I. Teil A Absatz 1 Satz 2 des EBM; vgl. Wezel/Liebold, Handkommentar zum EBM, Stand 1. Oktober 2002, zu EBM-Nr. 332). Die Abrechnungen des Klägers ließen für das Regelwerk der Beklagten nur die Schlussfolgerung zu, die Infusion sei anlässlich der Reanimation erfolgt. Zur Überzeugung des Senats, die insbesondere auf der Sachkunde seiner ärztlichen Beisitzer, eines Allgemeinmediziners und eines Internisten, beruht, ist es auch undenkbar, dass die Patientin reanimiert werden musste, die in derselben Nacht verabreichte Infusion aber nicht in Zusammenhang mit der durchgeführten Reanimation gestanden haben soll; bei lebensnaher Betrachtung kann sie nämlich nur der Stabilisierung der Patientin gedient haben. Zudem war je Behandlungstag nur die einmalige Abrechnung der EBM-Nr. 273 statthaft, weil die Infusionen über denselben Zugang erfolgten (Vorbemerkung zu Kapitel C II. des EBM). e) Schließlich ist auch die für das Quartal III/01 vorgenommene 36fache Umwandlung der EBM-Nr. 26 ("Sofortbesuch", Besuch, wegen der Erkrankung unverzüglich nach Bestellung ausgeführt) in EBM-Nr. 25 (Besuch) rechtlich nicht zu beanstanden. Der Kläger hat die Patientin S im Quartal III/01 57 mal zuhause besucht. Bei 36facher Abrechnung der EBM-Nr. 26 wären zwei von drei Besuchen "wegen der Erkrankung unverzüglich nach Bestellung ausgeführt" worden. Zu Recht hat die Beklagte insoweit eine Korrektur vorgenommen. EBM-Nr. 26 erfasst nämlich nicht den nicht dringend angeforderten, aber wegen der Beschaffenheit gesondert notwendigen vorgeplanten Besuch. Um solche handelte es sich aber bei Behandlung der Patientin S, die der Kläger über Jahre hinweg regelhaft in Gestalt von Hausbesuchen betreute. Gegenüber der Beklagten führte er am 27. Februar 2003 insoweit aus, Dr. Sch betreue die Patientin tagsüber sowie am Abend sonntags, montags und donnerstags, "an den übrigen Tagen it´s my work". Hieran gemessen hätte es dem Kläger oblegen, die Notwendigkeit von Sofortbesuchen tageweise zu substantiieren. Hieran mangelt es jedoch. 3. Die Bescheide der Beklagten vom 3. Februar 2003 und vom 18. April 2006, mit denen sachlich-rechnerische Berichtigungen nachträglich vorgenommen wurden, jeweils verbunden mit der Rückforderung überzahlten Honorars, sind auch im Übrigen rechtmäßig. Vertrauensschutz des Klägers steht nicht entgegen. Nach ständiger Rechtsprechung ist die Befugnis einer Kassenärztlichen Vereinigung zu sachlich-rechnerischer Richtigstellung auf bundesmantelvertraglicher Rechtsgrundlage aus Gründen des Vertrauensschutzes auf einen Zeitraum von vier Jahren seit Erlass des betroffenen Honorarbescheides begrenzt (vgl. nur Bundessozialgericht, Urteil vom 14. Dezember 2005, B 6 KA 17/05 R, zitiert nach juris, dort Rdnr. 18). Allerdings war die vierjährige Ausschlussfrist für den Erlass von Honorarberichtigungsbescheiden für die Quartale I/01 und II/01, die in Bezug auf den Bescheid vom 18. April 2006 allein problematisch erscheinen, gehemmt. Die genannten Quartale unterlagen nämlich der Wirtschaftlichkeitsprüfung gerade im Hinblick auf die Abrechnung der EBM-Nr. 5. Mit Bescheiden vom 9. August 2001 und 13. November 2001 hatte der Prüfungsausschuss Kürzungen beschlossen. Auf die Widersprüche des Klägers hob der Beschwerdeausschuss diese Kürzungen aber am 26. November 2003 auf und beschloss, das Verfahren an die Beklagte abzugeben, damit diese eine sachlich-rechnerische Richtigstellung durchführe. Angesichts dieses Verfahrens war das Vertrauen des Klägers auf ein "Behaltendürfen" des ihm für die genannten Quartale zuerkannten Honorars insbesondere in Bezug auf die Abrechnung der EBM-Nr. 5 nicht schutzwürdig (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 20. September 1995, 6 RKa 40/94, zitiert nach juris, dort Rdnr. 29). Für die übrigen Quartale besteht eine Fristproblematik nicht. Auch sind sonst keine Aspekte des Vertrauensschutzes ersichtlich, die einer rückwirkenden Honorarberichtigung entgegenstünden. 4. Der Höhe nach sind die vorgenommenen Honorarkürzungen bzw. –rückforderungen nicht zu beanstanden. Insoweit hat der Kläger auch keine Einwände erhoben.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 a Abs. 1 SGG i. V. m. § 154 Abs. 2 VwGO. Gründe für die Zulassung der Revision, § 160 Abs. 2 SGG, liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BRB
Saved
2013-02-07