
S 14 KA 266/17

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Sozialgericht Düsseldorf
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	14
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 14 KA 266/17
Datum	27.06.2018

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Klage wird abgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Rechtmäßigkeit des Abrechnungsbescheides für das Quartal I/2017 im Hinblick auf sachlich-rechnerische Berichtigungen nach Regelwerk. Diese waren in einem Umfang von 175.306 Punkten erfolgt und umfassten Streichungen von Gebührenordnungspositionen, die die Klägerin im Zusammenhang mit ambulanten Operationen und Ultraschalluntersuchungen angesetzt hatte. Betroffen waren

61607; Nr. 31202 Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM): Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K2, 61607;

61607; Nr. 31204 EBM: Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K4, 61607;

61607; Nr. 33072 EBM: Sonographische Untersuchung der Extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße mittels Duplex-Verfahren, 61607;

&61607; Nr. 33075 EBM: Zuschlag zu den GebÄ¼hrenordnungspositionen 33070 bis 33074 fÄ¼r die DurchfÄ¼hrung der Untersuchung als farbcodierte Untersuchung. &61607;

Bei der KlÄ¼gerin handelt es sich um eine BerufsausÄ¼bungsgemeinschaft, der acht Fach-Ä¼rzte fÄ¼r Angiologie, GefÄ¼Ä¼chirurgie oder AnÄ¼sthesiologie angehÄ¼ren und die in F zur vertragsÄ¼rztlichen Versorgung zugelassen ist.

Gegen den am 18.07.2017 ergangenen Abrechnungsbescheid fÄ¼r das Quartal I/2017 erhob die KlÄ¼gerin am 21.07.2017 Widerspruch. Sie machte geltend, die Beklagte habe Ziffer 8 der PrÄ¼mabel zu Abschnitt 31.2.1 EBM fehlerhaft interpretiert. Dieser lautet:

In einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, kÄ¼nnen vom Operateur neben der ambulanten Operation nur die GebÄ¼hrenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01320 und 01321, 01410 bis 01415, 01436, 01439, 01450, 01460, 01461, 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01623, 01626, 01640 bis 01642, 01700, 01701, 01702, 01703, 01705 bis 01707, 01709, 01711 bis 01723, 01730 bis 01733, 01735, 01737, 01740 bis 01743, 01747, 01748, 01750, 01752 bis 01758, 01770 bis 01775, 01780 bis 01787, 01790 bis 01793, 01800, 01802 bis 01811, 01815, 01816, 01820 bis 01822, 01825 bis 01828, 01830 bis 01833, 01835 bis 01839, 01840, 01850, 01915, 01949, 01950 bis 01952, 01955, 01956, 01960, 02325 bis 02328, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13421, 13423, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 19310, 19312, 19315, 19320, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701, die Versicherten- und Grundpauschalen, die GebÄ¼hrenordnungsposition 06225 unter BerÄ¼cksichtigung der Regelungen der PrÄ¼mabel 6.1 Nr. 6, GebÄ¼hrenordnungspositionen der Kapitel bzw. Abschnitte 30.1.3, 30.12, 31.3, 31.4.3, 31.5.2, 32, 34 und 35 sowie die GebÄ¼hrenordnungspositionen 01100 oder 01101 jeweils in Verbindung mit der GebÄ¼hrenordnungsposition 01414 berechnet werden.

Diese Regelung sei zwar im Sinne der QualitÄ¼tssicherung und Kostenkontrolle plausibel. Sie bearbeite hingegen unterschiedliche Operationsgebiete an unterschiedlichen Tagen. Es sei nicht nachvollziehbar, dass die Beklagte in diesem Zusammenhang Streichungen vornehme, dass die Beklagte am Folgetag ohne Ansatz einer Operationsziffer durchgefÄ¼hrte Narkosen vergÄ¼tet und dass Ultraschalluntersuchungen wÄ¼hrend einer Operation nicht vergÄ¼tet wÄ¼rden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 06.11.2017 wies die Beklagte den Widerspruch zurÄ¼ck. Sie stellte darauf ab, dass die Bestimmungen des EBM verbindlich seien. Die von der Streichung betroffenen GebÄ¼hrenordnungspositionen zÄ¼hlten nach Ziffer 8 der PrÄ¼mabel des Abschnitts 31.2 EBM nicht zu den abrechnungsfÄ¼higen Leistungen.

Am 06.12.2017 hat die KlÄ¼gerin Klage erhoben.

Die KlÄ¼gerin trÄ¼gt vor, die Streichungen hÄ¼tten ambulante Operationen

betroffen, die in einem Zeitraum von drei Tagen bei demselben Patienten in Ansatz gebracht worden sei-en. Diese seien rechtswidrig. Ziffer 8. der PrÃambel des Abschnitts 31.2 EBM sei hier nicht anwendbar, denn die erfolgten Operationen bezÃhgen sich auf abgrenzbare und neue kÃrperliche Operationsbereiche. Dies sei durch die OPS-Codes und die Behand-lungsunterlagen belegt. Das gleiche gelte fÃ¼r die Ultraschall-Untersuchungen. Im Vor-dergrund mÃsse immer die medizinische Notwendigkeit gesehen werden.

Die KlÃgerin beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 18.07.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.11.2017 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, sie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gericht neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte ist weiterhin der Ansicht, dass Ziffer 8. der PrÃambel zu Abschnitt 31.2 EBM einer anderen Entscheidung entgegenstehe. Ausnahmen sehe die Regelung nicht vor. MaÃgebend sei ihr Wortlaut.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird ergÃnzend auf den Ã¼brigen Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte des Beklagten Bezug ge-nommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die Klage hat keinen Erfolg.

Die insbesondere fristgerecht erhobene Klage ist zulÃssig, aber unbegrÃ¼ndet.

Die KlÃgerin ist durch den Abrechnungsbescheid fÃ¼r das Quartal I/2017 vom 18.07.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.11.2017 nicht im Sinne des [Ã 54 Abs. 2 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) in Verbindung mit [Ã 54 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) be-schwert.

Der Bescheid ist rechtmÃÃig.

Die Voraussetzungen der sachlich-rechnerischen Berichtigung der Abrechnung der KlÃgerin fÃ¼r das Quartal I/2017 sind erfÃ¼llt.

Rechtsgrundlage der sachlich-rechnerischen Berichtigung ist [Ã 106a Abs. 2 Satz 1](#) FÃ¼nf-tes Buch Sozialgesetzbuch â Gesetzliche Krankenversicherung â (SGB V). Danach stellt die KassenÃrztliche Vereinigung die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrech-nungen der VertragsÃrzte fest. Festzustellen ist hierbei, ob die Abrechnungen mit den Abrechnungsvorgaben des Regelwerks, das heiÃt mit dem EBM, den Honorarvertei-lungsvertrÃgen sowie den weiteren

Abrechnungsbestimmungen, ¼bereinstimmen oder ob zu Unrecht Honorare angefordert wurden (vgl. [BT-Drucks. 15/1525 S. 117](#) zu [Â§ 106a SGB V](#)). Daneben ergibt sich das Berichtigungsrecht der Beklagten aus den Regelungen der Bundesmantelverträge (Â§ 45 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte und Â§ 34 Abs. 4 Ersatzkassenvertrag).

Zugrunde liegt [Â§ 75 Abs. 1 SGB V](#). Danach haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die vertragsärztliche Versorgung sicher zu stellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegen¼ber die Gewähr dafür zu ¼bernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Nach [Â§ 75 Abs. 2 Satz 2](#) 1. Halbsatz SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu ¼berwachen. Zu den Pflichten der Vertragsärzte gehört unter anderem auch eine ordnungsgemäÙe Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen.

Die Abrechnung der Klägerin für das Quartal I/2017 war unrichtig, soweit sie die Nrn. 31202, 31203, 33072 und 33075 EBM in einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, neben einer ambulanten Operation angesetzt hat. Eine Abrechnung dieser Gebührensordnungspositionen kam nach Ziffer 8 der Prambel des Abschnitts 31.2.1 EBM nicht in Betracht. Diese sind nicht als Leistungen aufgeführt, die neben einer ambulanten Operation innerhalb eines Zeitraums von drei Tagen nach dem Operationstag abrechenbar sind.

Ausnahmen, die die Klägerin für den Fall medizinischer Notwendigkeit beansprucht, sieht die Regelung nicht vor. Vielmehr beschränkt sie sich darauf, einen Katalog abrechenbarer Gebührensordnungspositionen aufzustellen. Die Formulierung lautet, wie dargestellt: "In einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, können vom Operateur neben der ambulanten Operation nur die Gebührensordnungspositionen ¼ berechnet werden."

Für die Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen ist 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 EBM ist, Unklarheiten zu beseitigen; zum anderen folgt die primäre Bindung an den Wortlaut aus dem Gesamtkonzept des EBM als einer abschließenden Regelung, die keine Ergänzung oder Lückenfüllung durch Rückgriff auf andere Leistungsverzeichnisse oder Gebührenordnungen oder durch analoge Anwendung zulässt; Raum für eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der in innerem Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ¼hnlichen Leistungstatbestände ist nur dann, wenn der Wortlaut eines Leistungstatbestandes zweifelhaft ist und es einer Klarstellung bedarf; eine entstehungsgeschichtliche Auslegung kommt bei unklaren oder mehrdeutigen Regelungen ebenfalls in Betracht, kann allerdings nur anhand von Dokumenten erfolgen, in denen die Urheber der Bestimmungen diese in der Zeit ihrer Entstehung selbst erläutert haben (BSG, Urteil vom 16.12.2015, Az.: [B 6 KA 39/14 R](#)).

Danach ist eine ergänzende Auslegung oder analoge Anwendung einer Gebührenbestimmung ausgeschlossen (Sozialgericht (SG) Marburg, Urteil vom 17.06.2009, Az.: [S 12 KA 171/08](#)).

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 197a Abs. 1 SGG](#) in Verbindung mit Â§ 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Danach trägt der Unterliegende die Kosten des Verfahrens.

Erstellt am: 28.01.2020

Zuletzt verändert am: 23.12.2024