
S 2 KA 62/10

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	-
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	11
Kategorie	-
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 2 KA 62/10
Datum	21.09.2011

2. Instanz

Aktenzeichen	L 11 KA 130/11
Datum	04.07.2012

3. Instanz

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

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 21.09.2011 abgeändert. Die Klage wird abgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens für beide Rechtszüge. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig sind sachlich-rechnerische Richtigstellungen.

Die Klägerin ist Trägerin eines zugelassenen Krankenhauses, in dessen Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe im Quartal I/2008 Notfallpatientinnen ambulant behandelt wurden. Mit Bescheid vom 11.07.2008 stellte die Beklagte die Abrechnung der Klägerin für dieses Quartal sachlich-rechnerisch dahin richtig, dass sie die angesetzten Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM) 01775 und 01772 in die GOP 33044 änderte, da Vorsorgeuntersuchungen nach den Mutterschafts-Richtlinien bei Urlaubs- und Krankheitsvertretungen bzw. im ärztlichen Notfalldienst nicht abrechnungsfähig seien. Dem widersprach die Klägerin. Eine Dopplersonographie (GOP 01772 EBM) sowie die weiterführende sonographische Diagnostik des fetomaternalen Gefäßsystems (GOP 01775 EBM) seien im Rahmen der Abklärung

eines geburtshilflichen Notfalls häufig zwingend erforderlich. Ein Verzicht hierauf wäre eine dem geforderten Facharztstandard nicht gerecht werdende Unterlassung.

Mit Widerspruchsbescheid vom 11.01.2010 wies die Beklagte den Widerspruch zurück: Die GOP 01772 EBM und 01775 EBM hätten in die GOP 33044 EBM umgewandelt werden müssen, da die fraglichen Leistungen im Notfall nicht ansatzfähig seien. Gemäß der Präambel 1.7.4 zu den Arztgruppenübergreifenden allgemeinen Leistungen des EBM seien Leistungen der Mutterschaftsvorsorge, die () im Notfall () erbracht würden, nach den kurativen Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig.

Diese Entscheidung hat die Klägerin mit der am 10.02.2010 erhobenen Klage angegriffen und die Auffassung vertreten, dass die formal begründete Auffassung der Beklagten medizinisch nicht haltbar sei. Bei der Dopplersonographie werde geprüft, ob die Versorgung des Fetus durch die Mutter über den fetalen Blutkreislauf ausreiche. Bei der Vaginal-Sonographie werde ein Schallkopf in die Vagina eingeführt. Eine Aussage über die Versorgung des Fetus könne bei dieser Untersuchung nicht oder nur eingeschränkt getroffen werden. Eine Umwandlung der medizinisch notwendigen und durchgeführten Dopplersonographie als geburtshilfliche Leistung in eine Vaginalsonographie als gynäkologische Leistung sei wegen der im Regelfall völlig verschiedenen Fragestellungen nicht zulässig.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 11.07.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.01.2010 zu verurteilen, für die Behandlung ambulanter Notfallpatientinnen der Geburtshilfe im Quartal I/2008 eine Vergütung gemäß Nrn. 01772 bzw. 01775 EBM anstelle der Nr. 33044 EBM zu gewähren.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat sich auf den angefochtenen Bescheid bezogen.

Mit Urteil vom 21.09.2011 hat das Sozialgericht (SG) Düsseldorf den Bescheid vom 11.07.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.01.2010 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, für die Behandlung ambulanter Notfallpatientinnen der Geburtshilfe im Quartal I/2008 eine Vergütung gemäß GOP 33074 EBM bzw. 33075 EBM anstelle der GOP 33044 EBM zu gewähren. Im Übrigen hat es die Klage abgewiesen und die Berufung zugelassen. Es hat ausgeführt:

§ 106a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) stellt die Kassenärztliche Vereinigung die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest. Gegenstand des Richtigstellungsverfahrens ist, die Abrechnung des Vertragsarztes auf ihre Übereinstimmung mit den gesetzlichen, vertraglichen oder satzungsrechtlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts – mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebotes

- zu überprüfen. Auf der Grundlage dieses nunmehr kodifizierten und zuvor in § 45 Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte und § 34 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte-Ersatzkassen geregelten Prüfungs- und Richtigstellungsrechts klärt die Kassenärztliche Vereinigung die Übereinstimmung der vertragsärztlichen Abrechnung mit allen maßgeblichen Vorschriften, namentlich den Leistungstatbeständen der vertragsärztlichen Gebührenordnungen (BSG, Urteil vom 23.06.2010 - [B 6 KA 12/09 R](#) -). Hiernach durfte die Beklagte in den streitbefangenen Fällen die zur Abrechnung gestellten Nrn. 01772 und 01775 EBM berichtigen.

Für die Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen ist in erster Linie der Wortlaut der Regelungen maßgeblich. Das 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-Ä - des Bewertungsausschusses gemäß [§ 87 Abs. 1 SGB V](#) - ist, Unklarheiten zu beseitigen. Zum anderen folgt die primäre Bindung an den Wortlaut aus dem Gesamtkonzept des EBM-Ä 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 (st. Rspr., vgl. z.B. BSG, Urteil vom 10.12.2008 - [B 6 KA 66/07 R](#) - m.w.N.).

Vorliegend ist der Wortlaut der Präambel 1.7.4 zu den Arztgruppenübergreifenden allgemeinen Leistungen des EBM eindeutig. Danach sind Leistungen der Mutterschaftsvorsorge, die - wie hier - im Notfall erbracht werden, nach den kurativen Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig. Dazu zählen nicht die von der Klägerin zur Abrechnung gestellten Nrn. 01772 und 01775 EBM, die der Mutterschaftsvorsorge angehören.

Die Abrechnungsfähigkeit der erbrachten Leistungen allein nach kurativen Gebührenordnungspositionen begegnet keinen Bedenken. Bei der Ausformung des EBM-Ä, der als sog. Normsetzungsvertrag qualifiziert wird, hat der Normgeber - der Bewertungsausschuss - eine weite Gestaltungsfreiheit. Das bedeutet insbesondere, dass er zur Generalisierung, Pauschalierung, Schematisierung und Typisierung befugt ist. Diesem System autonomer Festlegung der Leistungsbewertung entspricht die Anerkennung eines weiten Regelungsspielraums, der von den Gerichten zu respektieren ist. Diese können nur eingreifen, wenn der Bewertungsausschuss den ihm zustehenden Entscheidungsspielraum überschreitet, insbesondere ihn missbräuchlich ausnutzt oder nur einer Arztgruppe die Vergütung für eine Leistung gewährt, die auch von anderen Arztgruppen erbracht wird bzw. erbracht werden kann (st. Rspr., vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 28.01.2009 - [B 6 KA](#)

Das ist hier nicht der Fall, denn es werden nicht nur Krankenhäuser, sondern alle Leistungserbringer von der Abrechnungsbefugnis der Nrn. 01772 und 01775 EBM ausgeschlossen, soweit diese Leistungen bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- und Weiterbehandlung erbracht werden. Die Regelung ist auch im Übrigen sachgerecht. Mit der Nr. 01770 EBM werden in Form einer Behandlungsfallpauschale alle diejenigen Beratungen und Untersuchungen jeweils quartalsbezogen abgegolten, die entsprechend den Mutterschafts-Richtlinien im Schwangerschaftsverlauf vorgesehen sind. Die in dieser Form typisierende Fassung der Leistungslegende der Komplexleistung nach Nr. 01770 EBM zielt darauf ab, den mit der Schwangerschaftsbetreuung üblicherweise je Quartal verbundenen ärztlichen Aufwand generell und ohne die Notwendigkeit der Abrechnung einzelner, in diesem Zusammenhang anfallender Leistungen abzugelten (BSG, Urteil vom 26.01.2000 – [B 6 KA 13/99 R](#) -; Beschluss vom 16.05.2001 – [B 6 KA 30/01 B](#) – jeweils zur Vorläuferziffer Nr. 100 EBM 1996). Darüber hinausgehende Leistungen, die den üblichen Aufwand übersteigen, werden innerhalb des Bereichs der Mutterschaftsvorsorge nach den Nrn. 01772 ff. EBM honoriert. Die Ziffern 01770 ff. EBM können aber jeweils nur von einem, und zwar von dem Arzt abgerechnet werden, der auch tatsächlich die Betreuung einer Schwangeren über ein gesamtes Quartal hinweg übernommen hat. Denn nach dem Wortlaut der Leistungslegende der Nr. 01770 EBM kann diese Gebührenordnungsposition für die Betreuung einer Schwangeren im Laufe eines Quartals nur von einem Vertragsarzt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn mehrere Vertragsärzte in die Betreuung der Schwangeren eingebunden sind (z.B. bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung). Eine Teilung von Betreuungsleistungen ist somit nicht vorgesehen (vgl. Wezel/Liebold, Kommentar zu EBM und GOÄ, 13. Lfg., Stand: Januar 2008, Anm. zu Nr. 01770 EBM). Dies gilt nicht nur für die Nr. 01770 EBM selbst, sondern in gleicher Weise für die weiteren Gebührenordnungspositionen der Mutterschaftsvorsorge. Bei Notfall sind die durchgeführten Leistungen daher für die Ärzte, die nicht die Betreuung der Schwangeren über das ganze Quartal hinweg übernommen haben, nach den entsprechenden kurativen Leistungspositionen abzurechnen.

War die sachlich-rechnerische Berichtigung der Nrn. 01772 und 01775 EBM somit dem Grunde nach rechtmäßig, so hätte eine Umwandlung jedoch nicht in die Nr. 33044 EBM erfolgen dürfen, sondern wäre in die Nrn. 33074 und 33075 EBM vorzunehmen gewesen.

Die Nr. 33044 EBM, in welche die Beklagte ausnahmslos umgewandelt hat, honoriert die sonographische Untersuchung eines oder mehrerer weiblicher Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase, mittels B-Mode-Verfahren. Sie entspricht den Ultraschalluntersuchungen nach Anlagen 1 a und 1 b der Mutterschafts-Richtlinien, die im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge von der Nr. 01770 EBM eingeschlossen sind und im Behandlungsfall nicht neben Nr. 01770 EBM abrechenbar sind. Um diese Leistungen geht es hier jedoch nicht. Das Krankenhaus der Klägerin hat vielmehr weiterführende Leistungen erbracht, nämlich nach dem Inhalt der Nrn. 01772 und 01775 EBM. Die erbrachte Dopplersonographie (Nr.

01772 EBM) entspricht dabei der kurativen Leistungsziffer 33074 EBM, die erbrachte farbcodierte duplexsonographische Untersuchung des fetomaternalen Gefäßsystems (Nr. 01775 EBM) der kurativen Zuschlagsziffer 33075 EBM. In diese Ziffern wäre richtigerweise umzuwandeln gewesen.

Die Beklagte wird daher in sämtlichen berechtigten Fällen eine Umwandlung in die Nr. 33074 EBM vorzunehmen haben und zusätzlich in den Fällen, in denen die Klägerin die Nr. 01775 EBM angesetzt hatte, die Zuschlagsziffer 33075 EBM gewähren haben. Um welche Fälle es sich insofern konkret handelt, ergibt sich aus der "Fallübersicht" vom 28.05.2008 ("GoNr. 01775 geändert in Nr. 33044") in der Verwaltungsakte der Beklagten. Alsdann ist der Klägerin die Honorardifferenz nachzuvergüten.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs. 1 SGG](#) in Verbindung mit [§§ 155 Abs. 1 Satz 1, 162 Abs. 1](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache hat die Kammer die Berufung zugelassen ([§ 144 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).&8243;

Diese Entscheidung greift die Beklagte fristgerecht mit der Berufung an. Sie trägt vor: Das SG habe zu Recht festgestellt, dass die sachlich-rechnerische Berichtigung der GOP 01772 EBM und 01775 EBM dem Grunde nach rechtmäßig sei. Der Abrechnungsausschluss der Leistungen der Mutterschaftsvorsorge im Notfall gemäß dem Wortlaut der Präambel 1.7.4 EBM beziehe sich auf alle Leistungserbringer, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung tätig würden und gelte demzufolge auch für die Klägerin. Soweit das SG ausführe, die GOP 01772 EBM und 01775 EBM hätten in die GOP 33074 und 33075 EBM umgewandelt werden müssen, sei dem nicht zu folgen. Zum einen habe die Klägerin keinen Rechtsanspruch auf eine Umwandlung einer zuvor sachlich-rechnerisch berechtigten Ziffer. Zum anderen sei eine Umwandlung der GOP 01772 EBM in die GOP 33074 EBM nicht sachgerecht. Die GOP 01772 EBM betreffe eine weiterführende Diagnostik mit dem obligaten Leistungsinhalt sonographische Untersuchungen zur differentialdiagnostischen Abklärung und/oder Überwachung von pathologischen Befunden bei Vorliegen der Indikationen gemäß Anlage 1 c I. der Mutterschafts-Richtlinien. Gemäß Anlage 1c könnten weitere Ultraschall-Untersuchungen mittels B-Mode oder auch mit anderen sonographischen Verfahren angezeigt sein, wenn sie der Abklärung und/oder Überwachung von pathologischen Befunden dienten und eine der dort aufgeführten Indikationen vorliege. Demgegenüber sei Leistungsinhalt der GOP 33074 EBM die sonographische Untersuchung der Gefäße des weiblichen Genitalsystems mittels Duplex-Verfahren. Die der GOP 01772 EBM entsprechende kurative Gebührenordnungsposition sei die GOP 33044 EBM (Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer weiblicher Genitalorgane, ggfs. einschl. Harnblase, mittels B-Mode-Verfahren). Diese Annahme werde gestützt durch die Anmerkung hinter GOP 01772 EBM, wonach diese im Behandlungsfall nicht neben den GOP 33040, 33042 bis 33044, 33050 und 33081 EBM berechnungsfähig sei. Die GOP 33074 EBM sei bei den Abrechnungsausschlüssen nicht aufgeführt. Die Honorardifferenz zwischen der vorgenommenen Umwandlung in die GOP 33044 EBM und der Umwandlung in die GOP 33074 bzw. 33075 EBM betrage 324,83 EUR.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichtes Düsseldorf vom 21.09.2011 insoweit abzuändern, als der Bescheid der Beklagten vom 11.07.2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.01.2010 aufgehoben wurde und die Klage insgesamt abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Die sachlich-rechnerische Berichtigung der GOP 01772 EBM und 01775 EBM sei nicht rechtmäßig. Jedenfalls Krankenhäuser, die Patienten zuvor nicht im Vorlauf der Mutterschaftsvorsorge behandelt bzw. untersucht hätten, seien zur Abrechnung der GOP 01772 ff. EBM berechtigt. Der vom SG und von der Beklagten gesehene Ausschluss nach der Präambel 1.7.4 EBM erfasse nicht das Krankenhaus. Im Übrigen könne aus einer Präambel nicht hergeleitet werden, dass ein Leistungserbringer von einer Abrechnungsbefugnis ausgeschlossen sei. Ob ein Leistungserbringer die erbrachten Leistungen nach einer bestimmten Gebührenordnungsposition abrechnen dürfe, richte sich allein nach deren Inhalt und Zielsetzung. Folge man dennoch dem SG, sei die Umwandlung in die GOP 33074 und 33075 EBM aus den im angefochtenen Urteil angeführten Gründen zutreffend. Die Leistung der GOP 33074 EBM sei in der GOP 01772 EBM enthalten. Bei Farbcodierung könne die GOP 33075 EBM zusätzlich berechnet werden. Sofern man die sachlich-rechnerische Berichtigung der GOP 01772 EBM und 01775 EBM als gerechtfertigt ansehe, sei jedenfalls die Umwandlung in die GOP 33074 EBM und 33075 EBM zutreffend.

Hinsichtlich des Sach- und Streitstandes im Übrigen wird auf die Streitakte und den beigezogenen Verwaltungsvorgang der Beklagten Bezug genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist statthaft und auch im Übrigen zulässig. Form und Frist sind gewahrt. Zwar wird der Wert des Beschwerdegegenstandes von 750,00 EUR nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) nicht erreicht. Indessen hat das SG die Berufung zugelassen ([§ 144 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Die Beklagte ist durch die angefochtene Entscheidung des SG beschwert. Der Senat teilt nicht dessen Auffassung, dass die von der Klägerin abgerechneten GOP 01774 EBM und 01775 EBM in die GOP 33074 bzw. 33075 EBM hätten umgewandelt werden müssen.

1. Die Beklagte ist zu sachlich-rechnerischen Richtigstellungen befugt. Die maßgebenden Rechtsgrundlagen und die Voraussetzung für die Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen hat das SG zutreffend dargestellt. Hierauf wird Bezug genommen ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

2. Im Einklang mit dem SG ist auch der Senat der Auffassung, dass die sachlich-rechnerische Berichtigung der GOP 01772 EBM und 01775 EBM dem Grunde nach rechtmäßig war. Die Leistungs- und Abrechnungsvoraussetzungen waren nicht erfüllt. Auf die Entscheidung des SG wird wiederum Bezug genommen ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Soweit die Klägerin meint, der Abrechnungsausschluss nach Präambel 1.7.4 EBM beziehe sich nicht auf sie als Krankenhaus, ist dies schon im Ansatz verfehlt. Der EBM als Bestandteil des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) bestimmt normativ Umfang und Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen (hierzu BSG, Urteil vom 13.11.1996 - [6 RKa 31/95](#) -: Akt der Normsetzung), bindet mithin auch die bezogen auf den Streitgegenstand innerhalb des GKV-Systems (hierzu [§§ 82 ff. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB V\)](#)) tätige Klägerin (vgl. BSG, Urteil vom 20.12.1995 - [6 RKa 25/95](#) -). Im Übrigen hat die Klägerin das Urteil des SG weder mit der Berufung noch mit der Anschlussberufung angegriffen, so dass es insoweit rechtskräftig geworden ist ([§ 144 Abs. 1 SGG](#)) und es weiterer Ausführungen hierzu nicht bedarf.

3. Nicht zu folgen vermag der Senat der Auffassung des SG, die abgesetzte GOP 01772 EBM hätte statt in die GOP 33044 EBM in die GOP 33074 EBM umgewandelt werden müssen. Der GOP 01772 EBM entspricht eher die kurative GOP 33044 EBM, was sich zur Überzeugung des Senats unschwer aus dem Abgleich der Leistungslegenden ergibt. Auf die Anmerkung zur GOP 01772 EBM ist überdies zu verweisen. Danach ist diese GOP im Behandlungsfall nicht neben den GOP 33040, 33042 bis 33044, 33050 und 33081 EBM berechnungsfähig. Die GOP 33074 EBM ist insoweit nicht aufgeführt. Dahinstehen kann letztlich, ob die Voraussetzungen der GOP 33044 EBM im Einzelnen erfüllt sind. Die Beklagte hat in diese GOP umgewandelt. Eine Verböserung ist nicht zulässig.

Soweit es die Umwandlung der von der Klägerin angesetzten GOP 01775 EBM in die GOP 33075 anstelle der GOP 33044 EBM anlangt, gilt nichts anderes. Die GOP 33075 bestimmt nur einen Zuschlag zu den GOP 33070 bis 33074 EBM für die Durchführung der Untersuchung als farbcodierte Untersuchung. Entfällt der Ansatz der GOP 33074 EBM, entfällt auch die Berechtigung, die GOP 33075 EBM abrechnen zu dürfen.

Nach alledem musste die Berufung der Beklagten Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

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

Erstellt am: 18.10.2012

Zuletzt verändert am: 18.10.2012
