



Sozialgericht Hannover

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

Verkündet am: 28. Mai 2014

A. als Urkundsbeamte der Geschäftsstelle

S 78 KA 15/09

In dem Rechtsstreit

B.

- Kläger -

Prozessbevollmächtigte:

C.

gegen

D.

- Beklagte -

hat die 78. Kammer des Sozialgerichts Hannover auf die mündliche Verhandlung vom 28. Mai 2014 durch den Vorsitzenden, Richter am Sozialgericht E., und die ehrenamtlichen Richter F. und G. für Recht erkannt:

- 1. Die Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale 4/2007 und 1/2008 in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 15. Dezember 2008, die Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale 2/2008 und 3/2008 in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 23. Juni 2009 und der Honorarbescheid der Beklagten für das Quartal 4/2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. November 2009 wird aufgehoben, soweit die Beklagte jeweils die vom Kläger in Ansatz gebrachten Gebührenordnungsziffern 18211 und 18212 EBM durch die Gebührenordnungsziffern 01311 und 01312 EBM ersetzt hat.**

- 2. Der Honorarbescheid der Beklagten für das Quartal 1/2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. November 2009 wird aufgehoben, soweit die Beklagte die vom Kläger in Ansatz gebrachten Gebührenordnungsziffern 18211 und 18212 EBM durch die Gebührenordnungsziffer 01321 EBM ersetzt hat.**
- 3. Die Beklagte wird verurteilt, das Honorar für die Quartale 4/2007 bis 1/2009 unter Berücksichtigung der vom Kläger in Ansatz gebrachten Leistungen nach den Gebührenordnungsziffern 18211 und 18212 EBM neu festzusetzen.**
- 4. Die Beklagte hat die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.**

Tatbestand:

Im Streit steht die Höhe des Honorars des zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Klägers in den Quartalen 4/2007 bis 1/2009.

Der Kläger ist als Chefarzt der Abteilung Orthopädische Chirurgie am H. in I. tätig. Mit Bescheid vom 1. Oktober 2007 ermächtigte der Zulassungsausschuss J. für die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung (Zulassungsausschuss) den Kläger für die Zeit vom 1. Oktober 2007 bis zum 30. September 2009 widerruflich zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, mit Ausnahme der prä- und poststationären Diagnostik / Behandlung als Institutsleistung des Krankenhauses. Den Umfang der Ermächtigung legte der Zulassungsausschuss wörtlich wie folgt fest:

„Auf Überweisung von Orthopäden und Chirurgen:

Uneingeschränkte Tätigkeit im Rahmen des Fachgebietes Orthopädie

(Kapitel 18 EBM*)

* in der jeweils gültigen Fassung.“

Der Bescheid enthält eine als „Abrechnungshinweis“ bezeichnete Erklärung des Inhalts, dass „neben den im Ermächtigungskatalog genannten Leistungen der Ordinationskomplex für ermächtigte Ärzte abrechenbar (Nrn. 01310 – 01312 EBM)“ sei. Außerdem seien im Ausnahmefall noch weitere EBM-Nummern abrechnungsfähig, soweit diese dem Ermächtigungsumfang entsprechen, zur Behandlung notwendig und der Fachgruppe laut EBM zugänglich sind.

Im Honorarbescheid für das Quartal 4/2007 änderte die Beklagte die vom Kläger in Ansatz gebrachten Leistungen nach Ziffer 18211 EBM in 66 Fällen in die Ziffer 01311 EBM sowie die in 130 Fällen Ansatz gebrachten Leistungen nach Ziffer 18212 EBM in die Ziffer 01312 EBM.

Zur Begründung seines hiergegen erhobenen Widerspruchs führte der Kläger aus, er erbringe seine kassenärztlichen Leistungen nach dem Inhalt der ihm erteilten Ermächtigung innerhalb des Fachgebiets Orthopädie. Dies werde mit dem Verweis auf das Kapitel 18 EBM nochmals ausdrücklich belegt. Die innerhalb dieses Kapitels erbrachten Leistungen müssten auch entsprechend abgerechnet werden. Der Ermächtigungsumfang entspreche dem eines zugelassenen Vertragsarztes. Die Frage, von wem eine Überweisung zu erfolgen habe, sei unerheblich, da nicht die Zuweisung, sondern die ärztliche Tätigkeit entlohnt werde.

Im Honorarbescheid für das Quartal 1/2008 änderte die Beklagte wiederum die vom Kläger in Ansatz gebrachten Leistungen nach Ziffer 18211 EBM in die Ziffer 01311 EBM (50 Fälle) so-

wie die Ansatz gebrachten Leistungen nach Ziffer 18212 EBM in die Ziffer 01312 EBM (95 Fälle); auch hiergegen erhob der Kläger Widerspruch.

Mit zwei gesonderten Widerspruchsbescheiden vom 15. Dezember 2008 wies die Beklagte die Widersprüche des Klägers gegen die Honorarbescheide für die Quartale 4/2007 und 1/2008 zurück. Gemäß Nummer 2.3 der allgemeinen Bestimmungen des EBM könne einem ermächtigten Arzt durch den Zulassungsausschuss anstelle der Gebührenordnungspositionen (GOP) 01310 bis 01312 EBM die Berechnung einer in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Pauschalen ermöglicht werden, wenn der Ermächtigungsumfang dem eines zugelassenen Vertragsarztes entspreche. Das sei bei dem Kläger nicht der Fall, da der Zugang auf Überweisung von Orthopäden oder Chirurgen beschränkt und somit kein freier Zugang von Patienten möglich sei. Der Zulassungsausschuss habe dem Kläger auch keine Genehmigung erteilt, aus dem Kapitel 18 (Orthopädie) den Ordinationskomplex abzurechnen.

Gegen diese Entscheidungen für die Quartale 4/2007 und 1/2008 erhob der Kläger am 30. Januar 2009 Klage.

In den Honorarbescheiden für die Quartale 2/2008 bis 4/2008 änderte die Beklagte ebenfalls die in Ansatz gebrachten Leistungen nach Ziffer 18211 EBM in die Ziffer 01311 EBM (Gesamtfallzahl in den Quartalen 2/2008: 77, 3/2008: 56, 4/2008: 49) bzw. die Leistungen nach Ziffer 18212 EBM in die Ziffer 01312 EBM (Gesamtfallzahl in den Quartalen 2/2008: 147, 3/2008: 105, 4/2008: 93). Im Honorarbescheid für das Quartal 1/2009 änderte die Beklagte die Leistungen nach den Ziffern 18211 EBM (52 Fälle) und 18212 EBM (117 Fälle) in die neue Ziffer 01321 EBM.

Die Widersprüche des Klägers gegen die Honorarbescheide für die Quartale 2/2008 und 3/2008 wies die Beklagte mit gesonderten Widerspruchsbescheiden vom 23. Juni 2009 zurück; hiergegen erhob der Kläger am 22. Juli 2009 Klage (ursprüngliches Aktenzeichen des Sozialgerichts: S 61 KA 343/09).

Die Widersprüche gegen die Honorarbescheide für die Quartale 4/2008 und 1/2009 wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheiden vom 23. November 2009 zurück. Auch hiergegen erhob der Kläger Klage, indem er seine unter dem Aktenzeichen S 61 KA 343/09 anhängigen Klagen erweiterte (Schriftsatz vom 23. Dezember 2009).

Mit Beschluss vom 22. April 2010 hat das Gericht die Verfahren S 61 KA 15/09 und S 61 KA 343/09 zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden.

Zur Begründung seiner Klagen verweist der Kläger auf den Wortlaut des im Bescheid des Zulassungsausschusses vom 1. Oktober 2007 geregelten Umfangs der Ermächtigung. In der Ermächtigung sei ausdrücklich auf das Kapitel 18 EBM verwiesen worden. Damit habe der Zulassungsausschuss in der Ermächtigung zugleich die Berechtigung des Klägers festgelegt, Leistungen nach den Gebührenordnungsziffern 18211 und 18212 EBM abzurechnen. Dem entspreche der Abrechnungshinweis im Bescheid des Zulassungsausschusses, nach dessen Inhalt der Ordinationskomplex für ermächtigte Ärzte (Nrn. 01310 bis 01312 EBM) neben den im Ermächtigungskatalog genannten Leistungen abrechenbar sei.

Der Kläger beantragt,

1. die Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale 4/2007 und 1/2008 in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 15. Dezember 2008, die Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale 2/2008 und 3/2008 in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 23. Juni 2009 sowie den Honorarbescheid der Beklagten für das Quartal 4/2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. November 2009 insoweit aufzuheben, als die Beklagte jeweils die vom Kläger in Ansatz gebrachten Gebührenordnungsziffern 18211 und 18212 EBM durch die Gebührenordnungsziffern 01311 und 01312 EBM ersetzt hat,
2. den Honorarbescheid der Beklagten für das Quartal 1/2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. November 2009 insoweit aufzuheben, als die Beklagte die vom Kläger in Ansatz gebrachten Gebührenordnungsziffern 18211 und 18212 EBM durch die Gebührenordnungsziffer 01321 EBM ersetzt hat und
3. die Beklagte zu verurteilen, das Honorar für die Quartale 4/2007 bis 1/2009 unter Berücksichtigung der vom Kläger in Ansatz gebrachten Leistungen nach den Gebührenordnungsziffern 18211 und 18212 EBM neu festzusetzen.

Die Beklagte beantragt,

die Klagen abzuweisen.

Sie verteidigt die angefochtenen Entscheidungen. Aus dem Abrechnungshinweis im Bescheid des Zulassungsausschusses ergebe sich, dass auch der Zulassungsausschuss nicht der Auffassung gewesen sei, der Ermächtigungsumfang würde dem eines zugelassenen Arztes entsprechen. Anderenfalls hätte der Zulassungsausschuss die ausdrückliche Feststellung treffen können, dass der Kläger anstelle der Ziffern 01310 ff. EBM die Ziffern 18211 EBM ff. abrechnen könne. Eine ausdrückliche Genehmigung zur Abrechnung der Ziffern 18211 und 18212 EBM sei nicht erteilt worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Prozessakte und der Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidungsfindung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat gemäß § 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus dem Kreis der Vertragsärzte und Psychotherapeuten verhandelt und entschieden, da Angelegenheiten der Vertragsärzte und Psychotherapeuten streitgegenständlich sind.

Die Klagen gegen die Honorarbescheide für die Quartale 4/2007 bis 1/2009 sind als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklagen statthaft (§ 54 Abs. 4 SGG) und auch im Übrigen zulässig, insbesondere formgerecht innerhalb der jeweiligen Klagefristen erhoben worden.

Die Klagen sind auch begründet. Die Honorarbescheide für die Quartale 4/2007 und 1/2008 in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 15. Dezember 2008, die Honorarbescheide für die Quartale 2/2008 und 3/2008 in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 23. Juni 2009 und die Honorarbescheide für die Quartale 4/2008 und 1/2009 in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 23. November 2009 sind rechtswidrig und verletzen den Kläger in seinen Rechten, soweit die Beklagte die vom Kläger in Ansatz gebrachten Gebührenordnungspositionen (GOP) 18211 und 18212 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) durch die GOP 01311 und 01312 EBM bzw. 01321 EBM ersetzt hat. Der Kläger hat Anspruch auf vertragsärztliche Vergütung für die Quartale 4/2007 bis 1/2009 unter Berücksichtigung der Leistungen nach den GOP 18211 und 18212 EBM.

Rechtsgrundlage für die sachlich-rechnerische Richtigstellung der Honoraranforderungen der Vertragsärzte sind § 106a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) und § 45 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä). Gemäß § 106a Abs. 1 SGB V prüfen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und die Krankenkassen die Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Die KV stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest (§ 106a Abs. 2 Satz 1, 1. Halbsatz SGB V; § 45 Abs. 1 BMV-Ä). Bei Fehlern hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit berichtigt die KV nach § 45 Abs. 2 Satz 1 BMV-Ä die Honorarforderung des Vertragsarztes.

Ausgehend von diesen rechtlichen Grundlagen halten die angefochtenen Entscheidungen der Beklagten der gerichtlichen Überprüfung nicht stand, da keine Abrechnungsfehler vorliegen. Der Kläger war zur Abrechnung der erbrachten Leistungen nach den GOP 18211 und 18212 EBM berechtigt.

Mit dem bestandskräftigen Bescheid des Zulassungsausschusses Aurich vom 1. Oktober 2007 ist der Kläger zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung auch in den hier streitigen Quartalen ermächtigt worden. Die Ermächtigung umfasste nach ihrem ausdrücklichen Wortlaut die „uneingeschränkte Tätigkeit im Rahmen des Fachgebietes Orthopädie (Kapitel 18 EBM in der jeweils gültigen Fassung)“ auf Überweisung von Orthopäden und Chirurgen. Abschnitt II, Ziffer 1.3 der in den Quartalen 4/2007 bis 4/2008 geltenden Fassungen des EBM sah als allgemeine Leistung den nach Lebensalter des Versicherten gestaffelten Ordinationskomplex für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser und Institute vor (Ziffern 01310 bis 01312). Diese GOP wurden ab dem Quartal 1/2009 durch die Grundpauschalen für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser und Institute ersetzt (Ziffern 01320 und 01321). In einer Anmerkung zu diesen GOP heißt es jeweils, anstelle der Leistungen nach den Nrn. 01310 bis 01312 könne die Berechnung eines in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Ordinationskomplexes bzw. anstelle der GOP 01321 könne die Berechnung einer in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen genehmigt werden, wenn der Ermächtigungsumfang dem eines zugelassenen Vertragsarztes entspricht. Nach der jeweils ersten Anmerkung zum Ordinationskomplex bzw. zur Grundpauschale für ermächtigte Ärzte richtet sich die Berechnung dieser Leistungen im Übrigen nach den Allgemeinen Bestimmungen. Nach Ziffer 2.3 der Allgemeinen Bestimmungen (Abschnitt I EBM) kann anstelle der Leistungen nach den Nrn. 01310 bis 01312 die Berechnung eines in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Ordinationskomplexes bzw. anstelle der GOP 01320 und 01321 die Berechnung einer in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Pauschale durch den Zulassungsausschuss ermöglicht werden.

Der Zulassungsausschuss hat dem Kläger eine solche Abrechnung der orthopädischen Grundleistungen, mithin auch des Ordinationskomplexes nach den Ziffern 18210 bis 18212 EBM (Quartal 4/2007) bzw. der Orthopädischen Grundpauschalen nach denselben Ziffern (Quartale 1/2008 bis 1/2009) ermöglicht, indem er bei der Festlegung des Ermächtigungsumfangs im Bescheid vom 1. Oktober 2007 ausdrücklich das Kapitel 18 EBM in der jeweils gültigen Fassung genannt hat. Diese Erwähnung des arztgruppenspezifischen Kapitels des vertragsärztlichen Vergütungswerks lässt nur die Auslegung zu, dass der Zulassungsausschuss dem Kläger die Berechtigung zur Abrechnung nach diesem Kapitel eingeräumt hat. Einen anderen Grund für den ausdrücklichen Verweis auf das Kapitel 18 EBM hat die Beklagte selbst nicht nachvollziehbar darlegen können; ein solcher ist für die Kammer auch nicht erkennbar. Der EBM enthält Abrechnungsbestimmungen für den Vertragsarzt. Bei der Festlegung des Umfangs der Ermächtigung an sich bedarf es aber keiner Erwähnung arztgruppenspezifischer Abrechnungstatbestände, sondern lediglich einer Bezeichnung der Tätigkeit bzw. der Leistungen, zu deren Erbringung der Arzt ermächtigt werden soll. Den Umfang der Ermächtigung hat der Zulassungsausschuss mit den Worten „Uneingeschränkte Tätigkeit im

Rahmen des Fachgebietes Orthopädie“ auch hinreichend klar und ausreichend bezeichnet. Der weitere Inhalt der Ermächtigung „Kapitel 18 EBM in der jeweils gültigen Fassung“ betrifft somit allein die Frage der Abrechnung der Leistungen, zu denen der Kläger ermächtigt worden ist. Dieses Auslegungsergebnis wird durch den Wortlaut des Abrechnungshinweises in dem Ermächtigungsbescheid bestätigt, nach dessen Inhalt neben den im Ermächtigungskatalog genannten Leistungen der Ordinationskomplex für ermächtigte Ärzte abrechenbar sei. Hiermit hat der Zulassungsausschuss ausdrücklich erklärt, dass (auch) die im Ermächtigungskatalog genannten Leistungen abrechenbar sind. Dass der Hinweis insoweit unrichtig ist, als neben dem arztgruppenspezifischen Ordinationskomplex bzw. der Orthopädischen Grundpauschale nicht der Ordinationskomplex für ermächtigte Ärzte abrechenbar ist, ändert an diesem Erklärungsgehalt nichts.

Da der Zulassungsbescheid vom 1. Oktober 2007 bestandskräftig geworden ist, kommt es auch nicht darauf an, ob der Ermächtigungsumfang des Klägers dem eines zugelassenen Arztes entspricht. Denn diese Voraussetzung für eine Ermöglichung oder Genehmigung der Abrechnung nach dem arztgruppenspezifischen Kapitel 18 für orthopädische Leistungen hatte allein der Zulassungsausschuss gemäß Ziffer 2.3 der Allgemeinen Bestimmungen EBM zu prüfen. Wäre dem Umstand, dass der Kläger nur auf Überweisung von Orthopäden und Chirurgen vertragsärztlich tätig werden durfte, ein gegenüber einem zugelassenen Vertragsarzt eingeschränkter Ermächtigungsumfang zu entnehmen, würde dies nichts daran ändern, dass der hierfür zuständige Zulassungsausschuss dem Kläger die Abrechnung nach Kapitel 18 EBM ermöglicht hat.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung mit §§ 161 Abs. 1, 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Danach trägt die Beklagte als unterliegender Teil die Kosten des Verfahrens.

RECHTSMITTELBELEHRUNG

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb **eines Monats** nach Zustellung des Urteils bei dem Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Georg-Wilhelm-Str. 1, 29223 Celle, oder bei der Zweigstelle des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem Sozialgericht Hannover, Calenberger Esplanade 8, 30169 Hannover, schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Monatsfrist bei einem der vorgenannten Gerichte eingehen. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Auf Antrag kann vom Sozialgericht durch Beschluss die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Hannover, Calenberger Esplanade 8, 30169 Hannover, schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Ist das Urteil **im Ausland** zuzustellen, so gilt **anstelle** der obengenannten Monatsfrist eine Frist von **drei Monaten**.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden.

E .