



Kassel, den 16. Juli 2020

Terminbericht Nr. 27/20 (zur Terminvorschau Nr. 27/20)

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts berichtet über seine Sitzung vom 15. Juli 2020 in Angelegenheiten der Vertragsärzte.

1) 9.30 Uhr - B 6 KA 15/19 R - Dr. S. E. ./I. Kassenärztliche Vereinigung Hessen
2 Beigeladene

Vorinstanzen:

Sozialgericht Marburg - S 11 KA 655/13, 10.08.2016

Hessisches Landessozialgericht - L 4 KA 58/16, 20.02.2019

Die Revision der Klägerin ist zurückgewiesen worden.

Die von der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) durchgeführte Plausibilitätsprüfung der Abrechnung der Klägerin hatte in den Quartalen 2/2013 und 3/2013 Tagesprofile mit maximalen Arbeitszeiten von 22 bzw fast 23 Stunden ergeben, weswegen die Beklagte berechtigt war, den Gründen für diese Implausibilitäten nachzugehen. Dabei hat sich ergeben, dass die Klägerin in zahlreichen Fällen die Gebührenordnungsposition (GOP) 31822 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä - "Anästhesie und/oder Narkose im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen (...) 31351") zu Unrecht abgerechnet hatte. Die kurzzeitige Narkotisierung des Patienten mit dem Ziel, in diesem Zustand die für die Kataraktoperation notwendige Retrobulbäranästhesie (Injektion durch das Lid hinter den Augapfel) durchführen zu können, war schon bis zum Ende des Quartals 2/2016 nach dieser Position nicht berechnungsfähig; seit dem Quartal 3/2016 folgt das noch deutlicher als zuvor aus dem Wortlaut der Legende.

Die Klägerin hat die Narkose zwar im Zusammenhang, aber nicht - wie von der GOP 31822 EBM-Ä vorausgesetzt - "im Rahmen" der Durchführung einer Operation nach der GOP 31351 ("Intraocularer Eingriff der Kategorie X2") erbracht. Denn die Vollnarkose wurde weder über die gesamte Dauer der Operation aufrechterhalten noch mit dem Ziel verabreicht, das Bewusstsein des Patienten während des gesamten Eingriffs am Auge vollständig auszuschalten. Das Tatbestandsmerkmal "im Rahmen" hat hier auch eine zeitliche Dimension in dem Sinne, dass die Narkose bis zum Ende des eigentlichen Eingriffs der GOP 31351 EBM-Ä (Kalkulations- und Prüfzeit von 39 bzw 31 Minuten) aufrechterhalten worden sein muss. Soweit sich das nicht schon aus dem Wortlaut der Leistungslegende ergibt, sprechen die normativ vom Bewertungsausschuss festgelegten Kalkulations- und Prüfzeiten sowie die punktzahlmäßigen Bewertungen der maßgeblichen Positionen des EBM-Ä sowie systematische Erwägungen für diese Auslegung.

Der Abrechnungsausschluss der GOP 31820 ("Leitungsanästhesie eines Nerven oder Ganglions an der Schädelbasis") neben der GOP 31822 deutet darauf hin, dass die Kataraktoperation entweder vollständig unter Vollnarkose oder unter der Kombination von Sedierung und Lokalanästhesie im Augenbereich durchgeführt werden konnte. Eine Vollnarkose lediglich zur Vorbereitung der Lokalanästhesie war im EBM-Ä nicht abgebildet. Die GOP 31822 EBM-Ä durfte für diese Leistung selbst dann nicht angesetzt werden, wenn aus medizinischen

Gründen eine kurze Vollnarkose für die Tolerierung der Retrobulbäranästhesie durch den Patienten erforderlich war.

Die Beklagte durfte die Fehllansätze der GOP 31822 EBM-Ä berichtigen, die sich als Ursache der über die Zeitprofile ermittelten fehlenden Plausibilität der Abrechnung der Klägerin erwiesen haben. Insoweit bedurfte es weder einer Schätzung des unplausiblen Mehraufwandes noch des Nachweises einer grob fahrlässigen Falschabrechnung durch die Klägerin.

- 2) 9.30 Uhr - B 6 KA 24/19 R - Dr. J. W. ./.. Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Vorinstanzen:

Sozialgericht Marburg - S 12 KA 196/14, 02.12.2015

Hessisches Landessozialgericht - L 4 KA 3/16, 20.02.2019

Auch in diesem Verfahren ist die Revision der Klägerin zurückgewiesen worden. Auch hier war der Inhalt der GOP 31822 EBM-Ä nicht vollständig erbracht, da die Narkose von vornherein nicht dafür bestimmt war, den gesamten Eingriff am Auge in Vollnarkose abzusichern. Deshalb kam es im Ergebnis nicht darauf an, ob die Klägerin eine Maske eingesetzt hat, die den Anforderungen der GOP 31822 EBM-Ä entspricht.

- 3) 11.00 Uhr - B 6 KA 19/19 R - Dr. M. T. ./.. Kassenärztliche Vereinigung des Saarlandes
1 Beigeladene

Vorinstanzen:

Sozialgericht für das Saarland - S 2 KA 21/16, 03.06.2016

Landessozialgericht für das Saarland - L 3 KA 4/16, 12.04.2019

Die Revision des klagenden Facharztes für Physikalische und Rehabilitative Medizin hatte ganz überwiegend Erfolg. Er hat - soweit er die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium nach § 14 Abs 6 Ultraschall-Vereinbarung nachweist - Anspruch auf die begehrte Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von sonographischen Leistungen am Bewegungsapparat nach der GOP 33050 EBM-Ä. Entsprechend waren das Urteil des LSG und die angegriffenen Bescheide aufzuheben. Das Urteil des SG war dahingehend zu ändern, dass die beklagte KÄV den Kläger zunächst zu einem Kolloquium nach § 14 Abs 6 Ultraschall-Vereinbarung zulassen muss; nach erfolgreichem Abschluss dieses Kolloquiums hat der Kläger Anspruch auf die beantragte Genehmigung.

Der Kläger erfüllt die in der Ultraschall-Vereinbarung normierten fachlichen Voraussetzungen. Der Erteilung der Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung sonographischer Leistungen steht auch nicht der Gesichtspunkt der Fachfremdheit entgegen. Grundsätzlich ist zwischen der Erteilung von Fachkundegenehmigungen im Anwendungsbereich des § 135 Abs 2 SGB V und der Beurteilung, ob bestimmte Leistungen für einen Arzt fachfremd sind, zu unterscheiden. Nur dann wenn von vornherein ausgeschlossen werden kann, dass bestimmte fachübergreifende Leistungen von dem Arzt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden können, sind Fachkundegenehmigungen nicht zu erteilen. Ein solcher Ausnahmefall kommt nach der Rechtsprechung des Senats jedenfalls nur bei rein methodenbezogenen Fachgebieten (Radiologie, Nuklearmedizin, Laboratoriumsmedizin, Pathologie) in Betracht. Bei organbezogenen Fächern (zB Gynäkologie) kann kaum ausgeschlossen werden, dass Leistungen wie die Sonographie, die in den meisten organbezogenen Fächern eingesetzt wird, zumindest in einzelnen Behandlungsfällen dem jeweiligen Fachgebiet zuzuordnen sind.

Das Fachgebiet der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin ist zwar nicht rein organbezogen, weil sowohl allgemein somatische wie auch psychische Störungen behandelt werden, es ist aber

auch nicht rein methodenbezogen. Insoweit kann nicht ausgeschlossen werden, dass sonographische Leistungen in besonderen Konstellationen vom Kläger erbracht werden können. Dies gilt auch deshalb, weil die Musterweiterbildungsordnung (MWBO) des Deutschen Ärztetages in der Fassung des Jahres 2018 die Sonographie der Bewegungsorgane zu den Handlungskompetenzen zählt, die in der Weiterbildung auf diesem Gebiet erworben werden sollen. Diese Fassung der MWBO ist inzwischen in den meisten Kammerbezirken umgesetzt worden, wie es der Zielsetzung der MWBO entspricht.

- 4) 12.00 Uhr - B 6 KA 4/19 R - BAG S. ua ./ Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Vorinstanzen:

Sozialgericht Hamburg - S 3 KA 140/14, 02.08.2017

Landessozialgericht Hamburg - L 5 KA 33/17, 18.10.2018

Die Klägerin hat die Revision zurückgenommen, nachdem der Senat auf die fehlende Erfolgsaussicht hingewiesen hat.

- 5) 13.30 Uhr - B 6 KA 12/19 R - BAG Dr. B. ua ./ Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein

Vorinstanzen:

Sozialgericht Kiel - S 2 KA 663/14, 14.06.2016

Schleswig-Holsteinisches Landessozialgericht - L 4 KA 57/16, 15.01.2019

Die Revision der beklagten KÄV hat keinen Erfolg gehabt. Die vorinstanzlichen Gerichte haben zutreffend entschieden, dass die zum 1.4.2013 in Kraft getretene Differenzierung bei der Zuweisung von RLV und QZV zwischen Ärzten mit voller Zulassung und solchen mit "anteiligen Arztstellen" mit dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit unvereinbar ist.

Für die Zeit bis zum Ende des Quartals 3/2013 verteilte die Beklagte für die Mehrzahl der Arztgruppen das Honorar nach der für die Jahre 2009 bis 2012 bundesrechtlich vorgegebenen und vom Senat mehrfach gebilligten RLV-/QZV-Systematik. Danach war eine Abstufung der Fallwerte im RLV erst ab einer Überschreitung der durchschnittlichen Zahl der RLV-relevanten Fälle der jeweiligen Arztgruppe um 150% vorgesehen. Daran hat der HVM ab dem Quartal 2/2013 allerdings nur für Ärzte mit vollem Versorgungsauftrag festgehalten, während die Abstufungen bei Ärzten mit "anteiliger Arztstelle" sofort bei Überschreitungen der anteiligen Durchschnittsfallzahl einsetzt. Zudem ist der Abstufungseffekt, der sich vor allem bei den Ärzten auswirkt, deren Fallzahl im maßgeblichen Vorjahresquartal deutlich überdurchschnittlich war, bei Ärzten mit "anteiliger Arztstelle" sehr viel schärfer, da deren Honoraranforderungen oberhalb der Obergrenze um 90% vermindert werden, während die Abstufung der Fallwerte bei vollem Versorgungsauftrag in der ersten Stufe nur 25% beträgt.

Diese Differenzierung steht mit Bundesrecht nicht in Einklang. Es war nie umstritten, dass die Berechnung von RLV und QZV in der Zeit bis Ende 2012 für Ärzte mit vollem und mit anteiligem Versorgungsauftrag nach denselben Grundsätzen zu erfolgen hatte. Auch hinsichtlich der Plausibilitätsprüfung nach Tages- und Quartalsprofilen ist durch den Senat geklärt worden, dass beide Gruppen von Ärzten gleich zu behandeln sind. Soweit eine KÄV der Auffassung ist, Ärzte weiteten ihre Tätigkeit zu sehr aus, ist sie nach dem seit 2013 geltenden Recht nicht gehindert, darauf im HVM durch mengenbezogene Abstufungsregelungen deutlich unterhalb der Plausibilitätsgrenzen zu reagieren. Allerdings muss sie dies für Ärzte mit vollen und mit anteiligen Versorgungsaufträgen in gleicher Weise umsetzen.

Da die Beklagte deutlich gemacht hat, für Ärzte mit vollem Versorgungsauftrag jedenfalls für die Zeit bis zum Beginn des Quartals 4/2013, ab dem eine ganz neue Vergütungssystematik gilt, keine Beschränkungen über die Abstaffelungsregelungen im Beschluss des Bewertungsausschusses hinaus einführen zu wollen, ist es hier - anders als in anderen Konstellationen des gleichheitswidrigen Begünstigungsausschlusses - nicht geboten, der Beklagten allein für die Quartale 2/2013 und 3/2013 die Möglichkeit zu einer rückwirkenden Neugestaltung zu geben. Sie muss - wie das SG richtig gesehen hat - das Honorar der Klägerin dergestalt berechnen, dass die durch die nur zeitanteilig tätigen Ärzte erwirtschafteten Honorare so berücksichtigt werden, als hätten die ursprünglichen Vorgaben zu den RLV und den QZV für diese Ärzte uneingeschränkt gegolten.

- 6) 13.30 Uhr - B 6 KA 4/20 R - A. gGmbH ./.. Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein

Vorinstanzen:

Sozialgericht Kiel - S 2 KA 469/14, 29.08.2017

Schleswig-Holsteinisches Landessozialgericht - L 4 KA 55/17, 01.10.2019

Auch in diesem Verfahren hat die Revision der beklagten KÄV keinen Erfolg.

Im Grundsatz gelten hinsichtlich der Differenzierung zwischen Ärzten mit vollem Versorgungsauftrag und solchen mit "anteiligen" Arztstellen für die hier betroffenen Pathologen und Transfusionsmediziner dieselben Erwägungen wie im vorangegangenen Fall 5. Diese beiden Arztgruppen unterfielen keinem RLV. Ihre Leistungen wurden im streitbefangenen Quartal 3/2013 ungekürzt mit den Punktwerten der Euro-Gebührenordnung vergütet. Abweichend davon galt für Ärzte mit anteiligen Arztstellen eine Obergrenze, die durch den Durchschnittsumsatz der Arztgruppe im Vorjahresquartal und die Quote des Beschäftigungsumfangs gebildet wurde. Über diese Obergrenze hinaus erbrachte Leistungen wurden nur mit 10% des Preises der Gebührenordnung honoriert.

Die Differenzierung zwischen beiden Gruppen von Ärzten ist insoweit noch schärfer als bei den dem RLV unterfallenden Arztgruppen, bei denen auch die "Vollzeitärzte" einer Abstaffelung unterlagen. Dass sich eine Rechtfertigung für diese Ungleichbehandlung nicht daraus ergibt, dass bei der Klägerin nur angestellte Ärzte und keine Vertragsärzte tätig sind, liegt ebenfalls - spätestens seit dem Urteil des Senats vom 30.10.2019 - B 6 KA 9/18 R - zur Plausibilitätsprüfung und Vertretungsregelungen im MVZ klar zu Tage.

Der Senat lässt offen, ob der Spielraum der Beklagten bei der Neubescheidung so groß ist, wie das LSG angenommen hat. Da lediglich die Beklagte Revision eingelegt hat, ist der Senat gehindert, den Ausspruch des LSG durch Maßgaben zu ersetzen, die sich zu Lasten der Beklagten auswirken würden. Deshalb muss sich der Senat auf eine Zurückweisung der Revision beschränken.

- 7) 13.30 Uhr - B 6 KA 5/20 R - A. gGmbH ./.. Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein

Vorinstanzen:

Sozialgericht Kiel - S 2 KA 449/14, 29.08.2017

Schleswig-Holsteinisches Landessozialgericht - L 4 KA 56/17, 01.10.2019

Die Beklagte hat die Revision im Hinblick auf das Ergebnis der beiden vorangegangenen Verfahren zurückgenommen.

8) 15.00 Uhr - B 6 KA 13/19 R - BAG Dr. H. ua ./ . Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Vorinstanzen:

Sozialgericht München - S 38 KA 305/15, 15.05.2017

Bayerisches Landessozialgericht - L 12 KA 93/17, 31.10.2018

Die Revision der Klägerin hat im Sinne der Zurückverweisung an das LSG Erfolg.

Soweit die Klägerin den Patienten, die unter ihrer anästhesistischen Mitwirkung ambulant operiert worden sind, eine Mobiltelefonnummer zur Verfügung stellt, unter der im Bedarfsfall ein Arzt zuverlässig zu erreichen ist, und über diesen Service auch auf ihrer Homepage informiert, stellt das keinen organisierten Bereitschaftsdienst dar, der den Ansatz der sog Unzeitgebühr nach GOP 01100 EBM-Ä ("Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten zwischen 19:00 und 22:00 Uhr, an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen ... zwischen 7:00 und 19:00 Uhr...") ausschließen würde. Nach der fachkundigen Stellungnahme des Berufsverbandes der Anästhesisten ist mit postoperativen Komplikationen, die die Folgen der Anästhesie betreffen, nur in seltenen Fällen zu rechnen. Ob das durch die Abrechnungspraxis der Klägerin bestätigt wird, ist im Zusammenhang mit der Auslegung des Merkmals "unvorhergesehen" nicht relevant.

Die außerordentlich hohe Ansatzhäufigkeit der GOP 01100 EBM-Ä bei gleichzeitig verhältnismäßig geringer Ansatzhäufigkeit der GOP 01101 ("Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch den Patienten zwischen 22:00 und 7:00 Uhr ...") weckt allerdings gerade angesichts der überzeugenden Stellungnahme des Berufsverbandes gravierende Zweifel an der Richtigkeit der Abrechnung, denen das LSG nachzugehen haben wird. Das betrifft zunächst die Frage, ob die Ärzte der Klägerin - wie in der Leistungslegende zur GOP 01100 EBM-Ä vorausgesetzt - "durch einen Patienten" in Anspruch genommen worden sind. Daran würde es fehlen, wenn der Operateur einen bei der Klägerin tätigen Anästhesisten telefonisch zum Aufsuchen seiner Praxis aufgefordert hätte. Auch wenn der Anästhesist anschließend in der Praxis des Operateurs auf einen Patienten trifft, liegt darin keine "unvorhergesehene Inanspruchnahme" durch einen Patienten im Sinne der GOP 01100 EBM-Ä. Ferner wäre der Ansatz dieser GOP ausgeschlossen, wenn die Klägerin ihre Patienten dazu aufgefordert hätte, unter der zur Verfügung gestellten Telefonnummer in dem in der Leistungslegende genannten Zeitraum anzurufen. Bei der danach erforderlichen Aufklärung des entscheidungserheblichen Sachverhalts (ua Person des Anrufers, Zeitpunkt und Grund des Anrufs), wird der ärztlichen Dokumentation besondere Bedeutung zukommen. Angesichts der genannten Hinweise auf eine Unrichtigkeit der Abrechnung sind hohe Anforderungen an die Darlegungen der Klägerin zu stellen. Trägt die Klägerin dazu nicht substantiiert vor, geht das zu ihren Lasten.