

L 12 KA 23/99

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 33 KA 667/97

Datum

21.01.1999

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 23/99

Datum

11.10.2000

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 21. Januar 1999 wird zurückgewiesen.

II. Die Kläger haben der Beklagten die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die sachlich und rechnerische Richtigstellung der Honorarabrechnungen der Kläger für das Quartal I/95 und eines Nachtrags aus dem Quartal IV/94 sowie der Quartale II, III und IV/95 streitig. Es geht dabei um die Frage, ob die Sonographie der Nebennieren in der Leistung nach der Nr.380 BMÄ/E-GO bereits enthalten ist und deshalb neben der Nr.380 BMÄ/E-GO für die Sonographie der Nebennieren nicht noch einmal die Nr.384 BMÄ/E-GO berechnet werden darf. Des Weiteren ist streitig, ob der Kläger berechtigt ist, endoskopische Untersuchungen und Eingriffe in Kurznarkose bzw. intravenöse Regionalanästhesie ohne Hinzuziehung eines Anästhesisten durchzuführen, und die Nrn.480, 481 und 490 BMÄ/E-GO dafür abrechnen kann.

Die Kläger waren im Jahr 1995 als Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie in einer Gemeinschaftspraxis in München niedergelassen und als Vertragsärzte zugelassen.

Mit Bescheid vom 25. Juli 1995 stellte die Beklagte die Honorarabrechnung der Kläger für das I. Quartal 95 sachlich und rechnerisch richtig. Unter anderem wurde dabei die Nr.384 BMÄ/E-GO (für Nebennieren) abgesetzt, da die Nebennieren in der Leistung nach der Nr.380 BMÄ enthalten seien. Im Primärkassenbereich wurde die Nr.384 BMÄ/E-GO in 146 Fällen gestrichen sowie in 3 Fällen aus dem Nachtrag zum Quartal IV/94. Im Ersatzkassenbereich wurde die Nr.384 E-GO in 125 Fällen gestrichen, sowie in 2 Fällen aus dem Nachtrag zu IV/94. Daneben wurde die Nr.384 BMÄ/E-GO noch in 4 Fällen von besonderen Kostenträgern gestrichen. Bei Gastro- oder Endoskopien wurden die Nr.480 BMÄ/E-GO bzw. auch die Nr.481 und die Nr.490 in die Nr.253 geändert, da bei Sedierung nur die Nr.253 BMÄ/E-GO zur Verrechnung kommen könne. Dies betraf 305 Primärkassenfälle aus dem Quartal I/95 sowie 3 Fälle aus dem Nachtrag zu IV/94. Im Ersatzkassenbereich wurde diese Umsetzung 139 mal vorgenommen, bei den besonderen Kostenträgern in 7 Fällen. Die streitigen Richtigstellungen der Honorarabrechnung der Kläger für das Quartal I/95 und den Nachtrag aus IV 94 minderte das an die Kläger ausgezahlte Honorar um 28.665,65 DM.

Zur Begründung des dagegen eingelegten Widerspruches führten die Kläger aus, in der Praxis würden seit dem 1. Januar 1995 solche endoskopische Untersuchungen und Eingriffe in Kurznarkose durchgeführt, bei denen eine Durchführung ohne Kurznarkose mit einer verminderten Qualität der Endoskopie verbunden wäre. Die Endoskopiearbeitsplätze seien so ausgerüstet, dass eine Kurzzeitnarkose nach allen Regeln der Kunst möglich sei. Die erforderliche Aus- und Weiterbildung sowie Erfahrung habe sich der Kläger zu 1) während der Facharztweiterbildung sowie der nachfolgenden Oberarztstätigkeit erworben. Die Kurzzeitnarkose sei fester Bestandteil der internistischen Intensivmedizin. Er sei fast 10 Jahre als verantwortlicher Oberarzt großer internistischer Intensivstationen tätig gewesen. Für eine Endoskopie, die höchsten Qualitätsstandards entspreche, sei die von ihm durchgeführten Kurzzeitnarkose unerlässlich. Bei der notwendigen Dosis an Midazolam werde ein Narkosestadium und nicht nur eine leichte Sedierung erzielt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 10. April 1997 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch der Kläger zurück. Zur Begründung wurde ausgeführt, die Leistung nach der Nr.380 BMÄ/E-GO vergüte die Sonographie des Oberbauches mit Untersuchung der Leber, der Gallenblase, der Gallenwege, der Milz, der Gefäße und/oder Lymphknoten sowie ggf. der Nieren, der im Oberbauch befindlichen Abschnitte des Magen-Darm-Traktes und von Teilen des Pankreas. Die Leistung nach Nr.384 BMÄ/E-GO vergüte einen "Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn.380, 382 oder 383, bei sonographischer Untersuchung weiterer Organe ...", die nicht in der Leistung nach der

Nr.380 enthalten sind. Die Kläger hätten die Nr.384 BMÄ/E-GO mit der Organangabe "Nebennieren" zusätzlich zur Nr.380 BMÄ/E-GO abgerechnet. Nur wenn im zeitlichen Zusammenhang weitere als die in der Nr.380 BMÄ/ E-GO aufgeführten Organe untersucht würde, sei hierfür die Nr.384 BMÄ/E-GO anzusetzen. Da die Nieren plus die Nebennieren als ein "Komplexorgan" angesehen würde, seien die Nebennieren in der Leistung nach der Nr.380 BMÄ/E-GO enthalten. Der zusätzliche Ansatz der Nr.384 BMÄ/E-GO sei somit nicht begründet. Eine andere Auslegung ließen die vertraglichen Bestimmungen der Gebührenordnung nicht zu.

Die Leistungslegende nach der Nr.480 BMÄ/E-GO vergüte die intravenöse, intramuskuläre und/oder rektale Narkose bis zu 15 Minuten Dauer. Gastro- und Koloskopien würden grundsätzlich in Sedierung/ Analgesie und nicht in Narkose erbracht. Eine Sedierung/Analgesie sei ausschließlich nach den Nrn.252 bzw. 253 BMÄ/E-GO abrechenbar und erfülle den Leistungsinhalt einer Narkose nicht. Der Vorstand der Beklagten habe beschlossen, dass rückenmarksnahe Regionalanästhesien (Spinal-/Beritualanästhesie) nach den Nrn.450, 451, 461 bis 467 BMÄ/E-GO sowie Narkosen nach den Nrn.480 bis 488 BMÄ/E-GO von dem die Narkose/Anästhesie ausführenden Arzt nur dann berechnet werden könnten, wenn er die Narkose/Anästhesie während ihrer gesamten Dauer geleitet habe. Für den Operateur seien - von Notfällen abgesehen - diese Leistungen nicht berechnungsfähig. Ab 1. Juli 1992 sei dies auch in die vertraglichen Bestimmungen des EBM aufgenommen worden. Diesen Beschluss des Vorstandes der Beklagten, der eine wesentliche qualitätssichernde Maßnahme darstelle und insbesondere die Patienten vor unsachgemäß durchgeführten Narkoseverfahren schützen solle, habe der Ausschuss "Ärztliche Weiterbildung der Bundesärztekammer" insofern bestätigt, als das nach seiner Stellungnahme die o.g. Anästhesien bzw. Narkosen bei einem operativen oder diagnostischen Eingriff nicht von dem Arzt durchgeführt werden können, der gleichzeitig den operativen/diagnostischen Eingriff durchführe. Des Weiteren stehe die Beklagte im Rahmen der Qualitätssicherung der ärztlichen Leistung auf dem Standpunkt, dass obige anästhesiologische Leistungen eigenverantwortlich nur von Fachärzten für Anästhesiologie erbracht werden könnten. Sollten somit im Einzelfall Narkosen aufgrund der Schwierigkeiten des diagnostischen oder therapeutischen Eingriffes erforderlich sein, so sei ein Arzt für Anästhesiologie hinzu zu ziehen. Die Umwandlung der Nrn.480 und 481 BMÄ/E-GO in die Nr.253 BMÄ/E-GO sei daher zu Recht erfolgt. Im Zusammenhang mit der unzutreffend abgerechneten Nr.480 BMÄ/E-GO entfalle auch die Leistung nach der Nr.490 BMÄ/E-GO, die nur im Anschluss an die Leistungen nach den Nrn.480 bis 488 BMÄ/E-GO und nur von dem Arzt abgerechnet werden könne, der die Leistungen nach den Nrn.480 bis 488 BMÄ/E-GO erbracht habe. Nachdem die Leistungen nach den Nrn.480 und 481 BMÄ/E-GO von den Kläger nicht abgerechnet werden könnten, sie auch die Absetzung der Nr.490 BMÄ/E-GO zu Recht erfolgt.

Die Honorarabrechnung für das Quartal II/95 stellte die Beklagte mit Bescheid vom 24. Oktober 1995 sachlich und rechnerisch richtig. Sie setzte dabei mit derselben Begründung wie im Vorquartal 234 mal die Nr.384 BMÄ/E-GO ab. Ebenso wurde die Nr.480 BMÄ/E-GO 655 mal, die Nr.481 BMÄ/E-GO 654 mal und die Nr.490 BMÄ/E-GO 652 mal abgesetzt und dafür die Nr.253 BMÄ/E-GO 654 mal abgerechnet. Durch diese sachlich, rechnerische Berichtigung vermindere sich der Honoraranspruch des Klägers um 26.447,86 DM. Den von den Klägern dagegen eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 17. Januar 1997 zurück.

Die Honorarabrechnung für das Quartal III/95 wurde mit Bescheid vom 23. Januar 1996 sachlich und rechnerisch berichtigt. In diesem Quartal wurde die Nr.384 BMÄ/E-GO insgesamt 243 mal abgesetzt. Die Nr.480 BMÄ/E-GO wurde 557 mal abgesetzt, die Nr.481 BMÄ/E-GO 556 mal, die Nr.490 BMÄ/E-GO 555 mal; dafür wurde die Nr.253 BMÄ/E-GO 556 mal in Ansatz gebracht. Den von den Klägern dagegen eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 6. Februar 1997 zurück. Durch diese Berichtigung vermindere sich das klägerische Honorar um 28.833,76 DM.

Im Folgequartal IV/95 erfolgte die sachlich-rechnerische Berichtigung mit Bescheid vom 23. April 1996 Dabei wurde in 315 Fällen die Nr.384 BMÄ/E-GO neben der Nr.380 BMÄ/E-GO abgesetzt. Die Nrn.480, 481 und 490 BMÄ/E-GO wurden 716 mal in die Nr.253 umgesetzt. Durch diese Berichtigung vermindere sich das klägerische Honorar um 34.213,81 DM. Den dagegen eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 6. Februar 1997 zurück. In den 4 Quartalen des Jahres 1995 wurden durch die streitigen sachlich-rechnerischen Berichtigungen (Absetzungen bzw. Umsetzungen) das klägerische Honorar um insgesamt 118.160,53 DM gemindert.

Gegen den Widerspruchsbescheid vom 10. April 1997, der das Quartal I/95 betraf, erhoben die Kläger Klage, die am 24. April 1997 beim Sozialgericht München einging und das Aktenzeichen [S 33 KA 667/97](#) erhielt. Die gegen die Widerspruchsbescheide vom 17. Januar 1997 (Quartal II/95) und vom 6. Februar 1997 (jeweils Quartal III/95 und IV/95) erhobenen Klagen gingen alle am 21. Februar 1997 beim Sozialgericht München ein. Sie erhielten die Aktenzeichen S 33 KA 303/97 (Quartal II/95), S 33 KA 304/97 (Quartal III/95) und S 33 KA 305/97 (Quartal 4/95).

Zur Begründung der Klagen wurde übereinstimmend vorgetragen, die Umsetzung der Nrn.480, 481 und 490 BMÄ/E-GO in die Nr.253 BMÄ/E-GO sei rechtswidrig, da die Kläger keine Sedierungen, sondern in allen abgerechneten Fällen Kurzzeitrarkosen mittels intravenöser Injektion von Disopravin durchgeführt hätten und deshalb die Nr.480 BMÄ/E-GO zu Recht abgerechnet hätten. Die Beurteilung, ob eine Sedierung oder eine Narkose durchzuführen sei, obliege allein dem Arzt und sei nicht Sache der Beklagten. Disopravin sei unstreitig ein Narkosemittel. Nach einer Entscheidung des Sozialgerichts München vom 6. Februar 1996, Az.: S 39 KA 458/95 sei bei der Gabe eines Narkosemittels der Leistungsinhalt der Nrn.480, 481 und 490 BMÄ/E-GO voll umfänglich erfüllt. Die beklagte KV habe nicht das Recht der authentischen Interpretation des EBM (bzw. des BMÄ oder der E-GO). Eine sachlich und rechnerische Richtigstellung komme nur in Betracht, wenn sie sich in jedem Einzelfall eindeutig aus der Gebührenordnung ergäbe. Die Kläger hätten bei den durchgeführten Endoskopien in der Regel keine chirurgischen, sondern diagnostische Leistungen erbracht, so dass der Einwand, die Nr.480 BMÄ/E-GO könne vom Operateur nicht berechnet werden, die Umsetzung nicht begründen könne. Im Übrigen seien, dem Zweck dieser Regelung entsprechend, in den Fällen, in denen eine Narkose erfolgt sei, immer zwei Ärzte anwesend gewesen. Auch die Absetzung der Nr.384 BMÄ/E-GO sei rechtswidrig. Die Nebenniere und die Niere seien nicht ein Komplexorgan, sondern zwei verschiedene Organe mit verschiedenen Funktionen und separater Blutversorgung. Deshalb sei die Nebenniere ein weiteres Organ im Sinne der Nr.384 EBM bzw. BMÄ/E-GO. Hinzu komme, dass die sonographische Untersuchung der Nebenniere eines hochauflösenden Ultraschallgerätes bedürfe und mit Standardultraschallgeräten nicht durchgeführt werden könne.

In der mündlichen Verhandlung am 21. Januar 1999 verband das Sozialgericht die Streitsachen mit den Aktenzeichen [S 33 KA 667/97](#), S 33 KA 303/97, S 33 KA 304/97 und S 33 KA 305/97 zur gemeinsamen mündlichen Verhandlung und Entscheidung. Als führendes Aktenzeichen wurde [S 33 KA 667/97](#) benannt.

Mit Urteil vom 21. Januar 1999 wies das Sozialgericht die Klagen ab. Die Streichung der Nr.384 BMÄ/E-GO sei zu Recht erfolgt, da die

Nebenniere kein weiteres Organ im Sinne von Nr.384 BMÄ/E-GO im Rahmen der Komplexuntersuchung "Sonographie des Oberbauches" sei, auch wenn die Nebenniere in Nr.380 BMÄ/ E-GO nicht ausdrücklich genannt sei. Aus dem Wortlaut der Nrn.380 BMÄ/E-GO gehe hervor, dass damit grundsätzlich alle im Oberbauch befindlichen Organe gemeint seien. Nach der Nr.384 BMÄ/E-GO könne demnach nur ein außerhalb dieser Region liegendes Organ zusätzlich berechenbar sein. Zwischen Nebenniere und Niere bestehe ein enger anatomischer Zusammenhang. Beide Organen erscheinen auf einem Bild bei demselben Untersuchungsgang. Es wäre deshalb nicht gerechtfertigt, in der Nebenniere ein zusätzliches Organ im Sinne der Ziffer 384 BMÄ/E-GO zu sehen.

Die Leistungen nach den Nrn.480, 481 und 490 BMÄ/E-GO seien ebenfalls zu Recht abgesetzt worden, da es sich bei diesen streitgegenständlichen Leistungen um Anästhesieleistungen handle, die für die Kläger als Internisten grundsätzlich fachfremd seien. Es sei daneben auch schon zweifelhaft, ob der Leistungsinhalt der gestrichenen Gebührenordnungspositionen erfüllt sei, dagegen spreche bereits die fehlende Indikation. Üblicherweise werde die endoskopische Diagnostik in Übereinstimmung mit den Regeln der medizinischen Kunst in Sedierung und nicht in Narkose durchgeführt, da eine Sedierung für diesen Eingriff völlig ausreichend sei und das bei einer Narkose nicht völlig auszuschließende Risiko gegen eine Kurzzeitrnarkose spreche. Die mit zwei Ärzten als ehrenamtliche Richter fachkundig besetzte Kammer könne sich nach Einsicht in die Abrechnungsunterlagen auch nicht des Eindrucks erwehren, dass das Abrechnungsverhalten des Klägers weniger von medizinischen als vielmehr von gebührenordnungsmäßigen Erwägungen beherrscht werde.

Die gegen das am 19. März 1999 zugestellte Urteil eingelegte Berufung ging am 24. März 1999 beim Bayerischen Landessozialgericht ein.

Zur Begründung wird ausgeführt, bei Nieren und Nebennieren handle es sich um zwei unterschiedliche Organe, deshalb sei die Sonographie der Niere mit der Nr.380 BMÄ/E-GO abzurechnen und die Sonographie der Nebenniere mit der Nr.384 BMÄ/E-GO. Der Unterschied zwischen Niere und Nebenniere werde allein aus der unterschiedlichen Funktion der beiden Organe deutlich. Bereits diese unterschiedliche Funktion zeige, dass es sich nicht um ein Organ im Sinne der Nr.380 BMÄ/E-GO handle. Im BMÄ oder der E-GO sei keine pauschale Aufzählung der mit der Leistung nach Nr.380 erfassten Organe gewählt worden, sondern diese sehr genau bezeichnet worden. Es seien keine "Komplexorgane" normiert worden, was sich daraus ergebe, dass die Gallenblase als Organ ausdrücklich aufgeführt werde, obwohl sie bereits im Oberbegriff der sowohl die Gallenblase als auch die Gallengänge umfassenden Gallenwege enthalten sei. Nieren seien demzufolge nur die paarig links und rechts der Wirbelsäule gelegenen, ca.160 g schweren Organe, nicht dagegen die davon völlig getrennt zu betrachtenden Nebennieren. Dem stehe auch nicht entgegen, dass sowohl Nieren als auch Nebennieren auf einem Bild zu sehen seien, da die Nr.384 BMÄ/E-GO bei sprachlich-grammatikalischer Auslegung ausschließlich besage, dass ein Zuschlag bei Untersuchung weitere als in Nr.380 BMÄ/E-GO genannter Organe erfolge. Die Leistungslegende zur Nr.384 BMÄ/E-GO gebe hierbei keinerlei Auskunft darüber, ob die Begutachtung der weiteren, von Nr.384 BMÄ/E-GO erfassten Organe auf anderen, nicht zusammen mit denen nach Nr.380 BMÄ/E-GO erhobenen Bildern erfolgen müsse. Es sei somit davon auszugehen, dass es keinen Unterschied mache, ob die von Nr.384 BMÄ/E-GO erfassten Organe bereits auf dem Bild zu sehen seien, das die in Nr.380 BMÄ/E-GO genannten Organe erfasse, oder nicht. Auch die Tatsache, dass zwischen Nebenniere und Niere ein enger anatomischer Zusammenhang bestehe, rechtfertige es nicht, eine Abrechnung der Untersuchung der Nebenniere nur unter der Nr.380 BMÄ/E-GO zuzulassen. Auch zwischen Gallenblase und Gallengänge bestehe ein solcher anatomischer Zusammenhang, trotzdem sei die Gallenblase ausdrücklich neben dem Oberbegriff Gallenwege normiert mit der Folge, dass sie als eigenes Organ anzusehen sei. Für die Nebenniere könne deshalb im Verhältnis zur Niere nichts anderes gelten.

Es sei zwar zutreffend, dass die Anästhesieleistungen für Internisten grundsätzlich als fachfremd anzusehen seien. Sie seien jedoch als sog. Adnexleistungen zu den von der Kläger durchgeführten endoskopischen Untersuchungen abrechenbar, da sie im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit den zum Fachgebiet der Internisten/Gastroenterologen gehörenden endoskopischen Diagnostikleistungen zu sehen seien und daneben nur Nebenleistungen von untergeordneter Bedeutung im Rahmen der Behandlung darstellten.

Die Auffassung des Erstgerichtes, eine Sedierung sei bei einer endoskopischen Diagnostik ausreichend, seien in der vorgetragenen Allgemeinheit unzutreffend. Der Arzt habe den Weg zur Diagnose zu wählen, der ihm im Rahmen seiner Verantwortung für den Patienten ausreichend und angemessen erscheine. Dies hätten die Kläger in den vorliegenden Fällen getan, da sie mit den unter den Narkose durchgeführten diagnostischen Endoskopen die sonst häufig auftretenden Doppeluntersuchungen vermieden hätten und dadurch zur Qualitätssicherung beigetragen hätten. Sie hätten damit die Untersuchungsmethode gewählt, die für den untersuchten Patienten bei optimaler Effizienz die geringsten schädlichen Folgen habe oder haben könne. Im Übrigen sei die Frage der Notwendigkeit einer durchgeführten ärztlichen Leistung im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung von den zuständigen Prüfgremien zu beurteilen, nicht jedoch von der KV, geschweige denn von den Sozialgerichten.

Die Prozessbevollmächtigten der Kläger beantragen,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 21. Januar 1999 unter dem führenden Aktenzeichen [S 33 KA 667/97](#) sowie die Bescheide der Beklagten vom 25. Juli 1995 (Quartal I/95), vom 24. Oktober 1995 (Quartal II/95), vom 23. Januar 1996 (Quartal III/95) und vom 23. April 1996 (Quartal IV/95) in der Fassung der Widerspruchsbescheide vom 10. April 1997 (Quartal I/95), vom 17. Januar 1997 (Quartal II/95), vom 6. Februar 1997 (Quartal III/95) und vom 6. Februar 1997 (Quartal IV/95) werden aufgehoben. Die Beklagte wird verpflichtet, die abgesetzten Leistungen nachzuvergüten. Hilfsweise wird beantragt, die Revision zuzulassen.

Die Beklagte und der Beigeladene zu 4) beantragen,

die Berufung zurückzuweisen, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Dem Senat liegen zur Entscheidung die Verwaltungsakten der Beklagten zu den 4 Quartalen, die Klageakten des SG München, Az.: S 33 KA 303, 304, 305 und 667/97, sowie die Berufungsakte, Az.: [L 12 KA 23/99](#), vor. Auf deren Inhalt, insbesondere den der vorbereitenden Schriftsätze der Beteiligten sowie die zur Niederschrift erfolgten Feststellungen, wird ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte ([§ 151 Abs.1](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -) sowie statthafte ([§ 143](#), [144 Abs.1 SGG](#)) Berufung der Kläger

ist zulässig.

Die Berufung der Kläger vom 23. März 1999 richtet sich gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 21. Januar 1999 unter dem führenden Aktenzeichen S 33 Ka 667/97. Aus dem Berufungsschriftsatz vom 23. März 1999 lässt sich nicht entnehmen, dass die Berufung auf das Quartal I/95 beschränkt werden sollte. Wie sich aus den zum Schluss der mündlichen Verhandlung gestellten Anträgen sowie aus dem Schriftsatz der Prozessbevollmächtigten der Kläger vom 28. September 2000 ergibt, sollte die Berufung dadurch, dass sich die Berufungsbegründung sowie die zunächst angekündigten Anträge (versehentlich) nur auf das Quartal I/95 bezogen, nicht eingeschränkt werden, zumal in allen vier Quartalen des Jahres 1995 eine sachlich-rechnerische Berichtigung der Honorarabrechnungen der Kläger aus denselben Gründen erfolgte und die Absetzung bzw. Umwandlung der von den Klägern zur Abrechnung gebrachten Leistungen nach der Nr.384 BMÄ/E-GO betraf. Streitig im Berufungsverfahren sind also die sachlich-rechnerischen Berichtigungen der Honorarabrechnungen der Kläger für die vier Quartale des Jahres 1995.

Die zulässige Berufung der Kläger ist jedoch unbegründet. Die Bescheide der Beklagten vom 25. Juli 1995 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. April 1997, vom 24. Oktober 1995 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. Januar 1997, vom 23. Januar 1996 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. Februar 1997 sowie vom 27. Juni 1996 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. Februar 1997 sind rechtlich nicht zu beanstanden. Das Sozialgericht München hat deshalb mit Urteil vom 21. Januar 1999 die dagegen erhobenen Klagen zu Recht abgewiesen.

Rechtsgrundlage für die sachlich-rechnerischen Berichtigungen sind § 45 Abs.1 des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä), § 10 Abs.1 Gesamtvertrag (GV), § 34 Abs.4 Arzt-Ersatzkassenvertrag (EKV-Ä) sowie § 6 des Honorarverteilungsmaßstabes der Beklagten (HV) jeweils in der zum Zeitpunkt des Erlassens der Bescheide maßgeblichen Fassung. Nach § 3 des Honorarverteilungsmaßstabes der Beklagten sind abrechnungsfähig nur Leistungen, die zur vertragsärztlichen Versorgung gehören und auf der Grundlage der für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Bestimmungen erbracht worden sind (insbesondere Bundesmantelvertrag Ärzte, Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen, Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und der kassenärztlichen Bundesvereinigung, Verträge auf Bundesebene und Landesebene). Die Honoraranforderung für Ärzte sind deshalb richtig zu stellen, soweit darin Leistungen enthalten sind, die nicht erbracht worden sind, weil sie bereits Bestandteil einer anderen Leistung sind, oder weil der Arzt die Leistungen nicht erbringen durfte, weil sie nicht zu seinem Fachgebiet gehören. Abgerechnete Leistungen sind ebenfalls abzusetzen bzw. umzusetzen, wenn vom Arzt die in der Leistungslege der jeweiligen Gebührenordnungsposition angeführten Voraussetzungen nicht erfüllt wurden. Dagegen sind im Rahmen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung keine Korrekturen möglich, wenn die Erbringung einer Leistung als nicht notwendig, weil unwirtschaftlich, angesehen wird. Diese Beurteilung obliegt allein den zuständigen Prüfungsgremien, nicht jedoch der Kassenärztlichen Vereinigung (BSG, [SozR 3-2500 § 75 Nr.10](#)).

Zu Recht hat die Beklagte den Ansatz der Nr.384 BMÄ/E-GO gestrichen, mit der die Kläger eine sonographische Untersuchung der "Nebenniere" abrechneten. Nach den Allgemeinen Bestimmungen zum EBM A I 1 Satz 2 ist eine Leistung nämlich dann nicht berechnungsfähig, wenn sie Teil des Leistungsinhaltes einer anderen berechnungsfähigen Leistung ist. Wie das Sozialgericht zutreffend ausgeführt hat, waren im Jahre 1995 in dem bis zum 31.12.1995 geltenden EBM, der die Grundlage für BMÄ und E-GO bildet, die sonographischen Untersuchungen in der Weise geregelt, dass es sich um komplexe Untersuchungen handelte. Nach der Nr.380 BMÄ/E-GO wurde die Sonographie des Oberbauches mit Untersuchung der Leber, der Gallenblase, der Gallenwege, der Milz, der Gefäße und/oder Lymphknoten sowie ggf. der Nieren, der im Oberbauch befindlichen Abschnitte des Magen-Darm-Traktes und von Teilen der Pankreas, einmal im Behandlungsfall mit 440 Punkten vergütet. Die Nr.384 BMÄ/E-GO sieht einen Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn.380, 382 oder 383 BMÄ/E-GO, bei sonographischer Untersuchung weiterer Organe, insgesamt, einmal im Behandlungsfall in Höhe von 70 Punkten vor.

Der mit zwei Ärzten als ehrenamtlichen Richtern fachkundig besetzte Senat schließt sich der Auffassung des Erstgerichtes und der Beklagten an, dass die Nebenniere kein weiteres Organ im Sinne von Nr.384 BMÄ/E-GO im Rahmen der Komplexuntersuchung "Sonographie des Oberbauches" ist, auch wenn die Nebenniere in der Nr.380 BMÄ/E-GO nicht ausdrücklich genannt ist. Aus dem Wortlaut dieser Nummer geht hervor, dass damit grundsätzlich alle im Oberbauch befindlichen Organe gemeint sind. Nach Nr.384 BMÄ/E-GO kann demnach nur ein außerhalb dieser Region liegendes Organ zusätzlich berechenbar sein. Zwischen Nebenniere und Niere besteht ein enger anatomischer Zusammenhang; beide Organe erscheinen auf einem Bild bei demselben Untersuchungsgang. Darauf, ob Niere und Nebenniere unterschiedliche Funktionen haben, kann es bei der Vergütung der Sonographieleistungen der Nebenniere nicht ankommen, hier ist maßgeblich die Lage der Nebenniere, die somit von der Sonographie des Oberbauches mit umfasst wird. Auch die Absetzung bzw. Umsetzung der Nrn.480, 481 und 490 BMÄ/E-GO durch die Beklagte ist nicht zu beanstanden. Bei den Anästhesieleistungen handelt es sich um Leistungen, die für die Kläger als Internisten grundsätzlich fachfremd sind. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes und des Senates wird der Tätigkeitsbereich eines Gebietsarztes durch die auf landesrechtlicher Grundlage beruhende Gebietsbezeichnung in verfassungsrechtlich unbedenklicher Weise bestimmt und begrenzt (so schon [BVerfGE 33, 125](#), 167; BSG, Urteil vom 29. September 1999, [SozR 3-2500 § 95 Nr.21](#) S.85 f., mit weiteren Nachweisen und Urteile des Senats vom 31. Juni 1996, Az.: L 12 KA 62/95, und vom 15. Januar 1997, Az.: L 12 KA 61/96 sowie vom heutigen Tag in der Parallelstreitsache [L 12 KA 13/99](#)). In Art.34 Abs.1 des Gesetzes über die Berufsausübung, die Berufsvertretungen und die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker (Heilberufes-Kammergesetz, HKaG) vom 12. Juli 1994 (GVBl., S.835) i.V.m. § 21 der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns - Neufassung vom 1. Oktober 1993 - ist ausdrücklich geregelt, dass der Arzt, der eine Facharztbezeichnung führt, grundsätzlich nur in diesem Gebiet tätig sein darf. Dieses berufsrechtliche Gebot gilt für den Arzt auch in seiner Eigenschaft als Vertragsarzt. Dieser ist zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung grundsätzlich nur im Rahmen seines Fachgebietes berechtigt. Infolgedessen hat er keinen Anspruch auf Vergütung der Leistungen, mit denen er in unzulässiger Weise sein Fachgebiet überschreitet (vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 29. September 1999, a.a.O.). Dies ist vorliegend bei der Abrechnung der Nrn.480 BMÄ/E-GO, 481 und 490 in der in den streitigen Quartalen geltenden Fassung durch Internisten, wie den Klägern, der Fall. Die Leistungslegende der Nr.480 BMÄ/E-GO lautete in den streitigen vier Quartalen des Jahres 1995: "Intravenöse, intramuskuläre und/oder rektale Narkose bis zu 15 Minuten Dauer" und war mit 250 Punkten bewertet. Die Nrn.481 und 490 BMÄ/E-GO sind Folgeziffern zur Nr.480 BMÄ/E-GO. Die Nr.480 BMÄ/E-GO vergütet die intravenöse, intramuskuläre und/oder rektale Narkose für jede weiteren zehn Minuten mit jeweils 140 Punkten. Die Nr.490 vergütet die Leistung der postnarkotischen Überwachungsphase über mindestens 15 Minuten Dauer im Anschluss an die Leistungen nach den Nrn.480 bis 488 ... mit 280 Punkten. Die Nrn.480, 481 und 490 BMÄ/E-GO finden sich in Kapitel D "Anästhesieleistungen". Bereits diese Zuordnung spricht dafür, dass diese Nummern zum Fachgebiet des Arztes für Anästhesiologie gehören. Nach der Definition in Abschnitt I Ziffer 2 der Weiterbildungsordnung

umfasst die Anästhesiologie die allgemeine und lokale Anästhesie einschließlich deren Vor- und Nachbehandlung, die Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen während operativer Eingriffe, die Wiederbelebung sowie die Intensivmedizin und die Schmerztherapie in Zusammenarbeit mit den für das Grundleiden zuständigen Ärzten. Nach Abschnitt II Ziffer 2 der Bayerischen Weiterbildungsordnung werden für das Gebiet der Anästhesiologie eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in einer Mindestzahl selbständig durchgeführter Anästhesien ... und in einer Mindestzahl selbständig durchgeführter peripherer Regionalanästhesien und rückenmarksnaher Regionalanästhesien gefordert (Nr.1 14. und 15. Spiegelstrich). In den gemäß § 4 Abs.4 der Weiterbildungsordnung vom Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer im November 1994 beschlossenen Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung ist in I 2.2 ein Leistungskatalog der im Rahmen der Weiterbildung selbständig durchzuführenden Anästhesieverfahren enthalten. Damit gehören die Anästhesieleistungen eindeutig zum Fachgebiet des Anästhesisten. In Abschnitt I, Ziffer 13 der Bayerischen Weiterbildungsordnung ist das Gebiet der Inneren Medizin definiert und der Inhalt und das Ziel der Weiterbildung angegeben. Eingehende Kenntnisse und Erfahrungen bezüglich der Anästhesien/Narkosen werden dabei für das Gebiet der Inneren Medizin nicht gefordert. Damit sind diese Leistungen für die Kläger als Internisten fachfremd. Dies wird im Prinzip von den Klägern im Berufungsverfahren auch eingeräumt. Darauf, dass der Kläger zu 1) als früherer Oberarzt einer Intensivstation die erforderlichen Kenntnisse zur Erbringung der Anästhesie-/Narkoseleistungen besitzt, kommt es nicht an. Der Kläger ist als Internist mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie zugelassen und darf im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nur Leistungen erbringen, die zu seinem Fachgebiet gehören. Die Leistungen nach den Nrn.480, 481 und 490 BMÄ/E-GO kann der Kläger auch nicht als sog. Adnexeleistungen abrechnen. Das ergibt sich schon daraus, dass Anästhesie-/Narkoseleistungen auch von einem Anästhesisten grundsätzlich nur in einem unmittelbaren sachlichen und zeitlichen Zusammenhang mit einer Operation oder mit diagnostischen Untersuchung erbracht werden können, es sei denn es handelt sich um eine sogenannte Schmerztherapie. Im BMÄ/E-GO war für die Zeit vom 1. Oktober 1994 bis 31. Dezember 1995 nach der Nr.488 ausdrücklich geregelt, dass rückenmarksnahen Regionalanästhesien nach den Nrn.450, 451, 461 bis 467 BMÄ/E-GO sowie Narkosen nach den Nrn.480 bis 488 BMÄ/E-GO von dem die Narkose/Anästhesie ausführenden Arzt nur dann berechnet werden können, wenn er die Narkose/Anästhesie während ihrer gesamten Dauer geleitet hat. Für den Operateur sind - von Notfällen abgesehen - diese Leistungen nicht berechnungsfähig. Der die endoskopische Untersuchung durchführende Arzt steht dem Operateur gleich. Er selbst kann damit die Leistungen nach den Nrn.480, 481 BMÄ/E-GO und den Zuschlag nach 490 BMÄ/E-GO nicht abrechnen. Dies ergibt sich auch aus einem Zusatz zur Nr.490 BMÄ/E-GO. Der nach den Angaben der Kläger bei der Durchführung der endoskopischen Untersuchungen stets anwesende zweite Arzt kann aber dann nur Anästhesist sein, da ein Internist diese anästhesistischen Leistungen im Rahmen seines Fachgebietes nicht abrechnen darf. Die Kläger hätten deshalb, wenn sie die diagnostischen Untersuchungen nur unter Narkose oder Anästhesie durchführen wollten, stets einen Anästhesisten hinzuziehen müssen.

Die Überlegung, dass üblicherweise Gastro- und Koloskopien in Sedierung/Analgesie und nicht in Narkose erbracht werden, rechtfertigt dagegen die Absetzung dieser Nummern nicht. Wenn die Kläger erklären, dass sie ihre endoskopischen Untersuchungen üblicherweise in Narkose bzw. Anästhesie erbringen, so ist davon auszugehen, dass sie tatsächlich Narkoseleistungen bzw. Anästhesieleistungen erbracht haben. Ob dies unter dem Gesichtspunkt der Notwendigkeit und Erforderlichkeit, also der Wirtschaftlichkeit, angezeigt war, kann dagegen nur von den dafür zuständigen Prüfinstanzen gewürdigt werden. Die Kläger hätten aber diese Leistungen, da sie für sie fachfremd sind, nicht persönlich erbringen oder abrechnen dürfen.

Auch aus dem von den Klägern in der mündlichen Verhandlung vorgelegten Schreiben der Beklagten vom 2. November 1994 können die Kläger keine Berechtigung zur Abrechnung von Anästhesieleistungen herleiten. Dieser Bescheid erging gemäß § 9 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren und betraf die Abgabefristen für eine Erklärung, dass die apparativ-technischen, hygienischen und personellen Anforderungen gemäß § 4 Abs.3, 4 und 5 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gemäß § 14 des Vertrages nach [§ 115b Abs.1 SGB V](#) (Deutsches Ärzteblatt, Heft 31/32, vom 8. August 1994) erfüllt sind. Eine Genehmigung zur Abrechnung fachfremder Leistungen kann diesem Schreiben nicht entnommen werden. Das ebenfalls vorgelegte Schreiben der Beklagten vom 12. April 1996 konnte für die streitigen Quartale des Jahres 1995 einen Vertrauensschutz in die Abrechenbarkeit von Leistungen schon deshalb nicht begründen, weil es nach Ablauf des streitigen Zeitraumes erging. Im Übrigen wurde darin auch nur allgemein festgestellt, dass der Kläger zu 1) berechtigt sei, ambulante Operationen/Anästhesien im Rahmen seines Fachgebietes in den in seiner Erklärung genannten Operationseinrichtungen durchzuführen und abzurechnen. Die streitigen Anästhesieleistungen gehören aber, wie dargelegt, nicht zum Fachgebiet der Kläger.

Insgesamt erweist sich somit die Berufung der Kläger als unbegründet und ist deshalb zurückzuweisen.

Bei der Entscheidung über die Kosten gemäß § 193 ist berücksichtigt, dass auch die Berufung der Kläger erfolglos bleibt.

Gründe für eine Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich, zumal es sich um nicht mehr gültige Bestimmungen des EBM handelt.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-09-25