

B 6 KA 5/02 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
-

Datum
17.01.2001
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
-

Datum
28.11.2001
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 5/02 R

Datum
26.06.2002
Kategorie
Urteil

Die Revision der Kläger gegen das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 28. November 2001 wird zurückgewiesen. Die Kläger haben als Gesamtschuldner der Beklagten deren außergerichtliche Kosten auch für das Revisionsverfahren zu erstatten.

Gründe:

I

Die Beteiligten streiten um sachlich-rechnerische Richtigstellungen für sechs Quartale in der Zeit zwischen III/1996 und III/1998.

Die Kläger sind in Gemeinschaftspraxis als Fachärzte für Orthopädie bzw. zusätzlich (Kläger zu 2.) für Rheumatologie und Sportmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und führen ua ambulante Operationen durch. Für die Quartale III/1996, I/1997, II/1997, III/1997, II/1998 und III/1998 brachten sie gegenüber der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) in größerem Umfang die Leistung Nr 505 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen ((EBM-Ä) "Gezielte und kontrollierte Übungsbehandlung bei gestörter Gelenk- und/oder Muskelfunktion, ggf mit Anwendung von Geräten, je Sitzung ...", bewertet mit 50 Punkten) zur Abrechnung. Dies geschah regelmäßig auch in den Fällen, in denen die Kläger am selben Tag durchgeführte Operationen nach Nr 2449 EBM-Ä ("Rekonstruktive arthroskopische Operation ...", bewertet mit 6.500 Punkten) und die Zuschlags-Nr 86 EBM-Ä ("Zuschläge für die erforderliche Vor- und Nachsorge, einschließlich der Bereitstellung von Operationseinrichtungen, bei ambulanter Durchführung von Operationen ...", bewertet mit 3.600 Punkten) abgerechnet hatten.

Die Beklagte stellte die Abrechnung der Nr 505 EBM-Ä in den beschriebenen Fällen bei den Honorarabrechnungen für die streitbefangenen Quartale im Primär- und Ersatzkassenbereich insgesamt 2.752 mal sachlich-rechnerisch richtig (Bescheide vom 6. Februar 1997 (Quartal III/1996), 22. Juli 1997 (I/1997), 27. Oktober 1997 (II/1997), 27. Januar 1998 (III/1997), 23. Februar 1999 (II/1998) und vom 26. Januar 1999 (III/1998)). Die Leistung könne nicht in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer arthroskopischen Knieoperation oder anderen operativen Leistungen abgerechnet werden, weil die Gelenke danach noch nicht bewegt werden könnten bzw die Patienten von der Anästhesie zu benommen seien.

Die Widersprüche der Kläger blieben ohne Erfolg (Widerspruchsbescheide vom 28. Januar 1998, 21. September 2000, 26. Juli 2000, 7. November 2000, 25. August 2000 und vom 22. September 2000). Ihre Klagen sind allein hinsichtlich der 405 beanstandeten Fälle des Quartals III/1996 erfolgreich gewesen. Das Sozialgericht (SG) hat dazu ausgeführt, entsprechend den Angaben der Kläger müsse den betroffenen Patienten nach einer Ruhezeit im Anschluss an die Operation (zB vier Stunden nach einer Knieoperation) gezeigt werden, wie das operierte Gelenk und sonst beteiligte Gelenke zu belasten seien; die Entlassung sei ohne gezielte Demonstration der Bewegungsabläufe nicht möglich (Urteil vom 1. März 2000).

Mit fünf weiteren Urteilen (vom 17. Januar 2001) hat das SG die die anderen Quartale betreffenden Klagen demgegenüber sämtlich abgewiesen. Die Kammer habe in ihrem vorangegangenen Urteil nicht berücksichtigt, dass die Hinweise und Demonstrationen, die dem Patienten gegeben bzw an ihm durchgeführt würden, noch Teil der Operation als solcher seien. Nach einem Schreiben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) vom 8. Juni 2000 erfordere die Leistung Nr 505 EBM-Ä das aktive Mitwirken des Patienten. Daran fehle es in den streitigen Fällen, wie sich unter Berücksichtigung des Sachverständigen der ehrenamtlichen Richter ergebe.

Die von den Beteiligten wechselseitig eingelegten Berufungen hat das Landessozialgericht (LSG) zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden. Nach Anhörung des Klägers zu 1. in einem Erörterungstermin hat es auf die Berufung der Beklagten das Urteil des

SG vom 1. März 2000 aufgehoben und die Klage abgewiesen sowie die Berufungen der Kläger gegen die Urteile vom 17. Januar 2001 zurückgewiesen: Die Beklagte sei zu sachlich-rechnerischen Richtigstellungen berechtigt gewesen, da der Leistungsinhalt der Nr 505 EBM-Ä am Tag der ambulanten Operation nicht abgerechnet werden könne. Der Zuschlag der insoweit stets abgerechneten Nr 86 EBM-Ä gelte die vorgenommene Mobilisierung des Gelenks mit ab. Das folge aus dem Verhältnis der umfassend zu verstehenden Begriffe "Nachsorge" und "Sitzung" in Nr 80 ff EBM-Ä und Nr 505 EBM-Ä. Nach der Einleitung vor Nr 80 ff EBM-Ä deckten diese Zuschläge den "besonderen personellen und sachlichen Aufwand" bei ambulant durchgeführten Operationen ab. Der "Nachsorge"-Begriff erstreckte sich auf alle medizinisch erforderlichen Leistungen im Anschluss an eine solche Operation. Der Zuschlag falle zudem auch dann nur einmal an, wenn "in zeitlichem Zusammenhang" mehrere operative Leistungen an demselben Patienten erbracht würden. Sinn des Zuschlages sei es gerade, den Nebenaufwand einer Operation mit abzugelten. Diese Sichtweise decke sich mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) und des LSG Baden-Württemberg. Eine nachoperative Versorgung stehe nicht im Belieben der ausführenden Ärzte, diese müssten sich vielmehr bereits vor Beginn der Operation über die Möglichkeit ambulanter Durchführung vergewissert haben. Zu einer ambulanten Operation gehörten nicht nur die Entlassungsuntersuchung, sondern auch Belehrungen und notwendige motorische Übungen, jedenfalls wenn sie noch am selben Tage erbracht würden, in einem funktionellen Zusammenhang mit der Operation stünden und erfolgten, bevor der Patient aus der Obhut des Arztes in den häuslichen Bereich überwechsle. Darüber hinaus knüpfe Nr 505 EBM-Ä mit dem Tatbestandsmerkmal "je Sitzung" an einen eigenen Arzt-Patienten-Kontakt an, zu dem es erst an den Folgetagen kommen könne (Urteil vom 28. November 2001).

Hiergegen richtet sich die Revision der Kläger. Sie sind der Auffassung, das LSG sei bei den Nr 80 ff EBM-Ä von einem zu weiten Nachsorgebegriff ausgegangen. Mit der Beschränkung auf "postoperative" Nachsorge seien nur die unmittelbaren Folgen von Narkose und Operation angesprochen, dh das Abwarten des Abklingens der Narkosefolgen, die Überwachung der Vitalfunktionen, die Beobachtung einer eventuellen Nachblutung und die Kontrolle der postoperativen Schmerzen. Die streitigen Übungsbehandlungen fielen dagegen unter das Kapitel E, EBM-Ä, das sich unter der Überschrift "Krankengymnastik, Übungsbehandlungen, Extensionen" mit physikalisch-medizinischen Leistungen befasse. Solche Leistungen gehörten typischerweise zur (Früh-)Rehabilitation; sie (die Kläger) führten die Leistungen auch erst nach Ende der Operation bei dem bereits entlassungsfähigen Patienten durch. Die Maßnahmen seien nicht auf die Beseitigung unmittelbarer Operationsfolgen gerichtet, sondern leiteten eine gänzlich neue Behandlungsphase ein, nämlich die als Rehabilitation anzusehende Wiederherstellung der Funktion von Gelenken bzw Muskeln. Ebenso wie stationäre Krankenhausbehandlung von stationär durchgeführter Rehabilitation abzugrenzen sei, müsse im ambulanten Bereich unterschieden werden. Dass die Übungsbehandlung im Anschluss an die ambulante Operation durchgeführt werde, sei ohne Bedeutung, da sie auch am Folgetag hätte durchgeführt werden können, ggf von einem anderen Arzt. Auch eine Gehschulung nach endoprothetischem Ersatz sei zB unstrittig nach Nr 505 EBM-Ä abzurechnen. Der durch Nr 80 ff EBM-Ä erfolgende Ausgleich des besonderen personellen und sächlichen Aufwandes bei ambulanten Operationen sei insoweit thematisch nicht einschlägig.

Die Kläger beantragen,

das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 28. November 2001 aufzuheben und

1. die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 1. März 2000 zurückzuweisen sowie
2. die fünf Urteile des Sozialgerichts Karlsruhe vom 17. Januar 2001 und die Bescheide der Beklagten vom 22. Juli 1997 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. September 2000, vom 27. Oktober 1997 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Juli 2000, vom 27. Januar 1998 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. November 2000, vom 23. Februar 1999 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. August 2000 und vom 26. Januar 1999 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. September 2000 aufzuheben, soweit es die vorgenommenen Absetzungen der Nr 505 EBM-Ä anbelangt.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend, da es im Ergebnis mit der Auffassung der KÄBV übereinstimme. Hinweise an den Patienten zur Belastung der Gelenke seien keine gezielte und kontrollierte Übungsbehandlung, weil es noch an einer aktiven Mitwirkung des Patienten fehle. Die von den Klägern gegebenen Hinweise seien mit den Operationszuschlägen als Nachsorge abgegolten. Wie die Kläger gegenüber dem LSG bestätigt hätten, sei den Patienten lediglich die Muskelanspannung zur Thromboseprophylaxe gezeigt und das Ausmaß der Beweglichkeit des entsprechenden Gelenkabschnitts sowie die Belastbarkeit der entsprechenden Extremität unter Erlernen des Maßes der zulässigen Belastbarkeit demonstriert worden.

II

Die zulässige Revision der Kläger ist unbegründet.

Das LSG hat im Ergebnis zutreffend entschieden, dass die sachlich-rechnerischen Richtigstellungen der Beklagten zu Nr 505 EBM-Ä nicht zu beanstanden sind, und hat zu Recht das entgegenstehende SG-Urteil vom 1. März 2000 aufgehoben sowie die klageabweisenden erstinstanzlichen Urteile vom 17. Januar 2001 bestätigt.

Rechtsgrundlage für die sachlich-rechnerischen Richtigstellungen, die bei den Klägern in den streitigen Quartalen III/1996, I/1997, II/1997, III/1997, II/1998 und III/1998 vorgenommen worden sind, war für den Primärkassenbereich § 45 Abs 1 und 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte ((BMV-Ä) idF vom 19. Dezember 1994, DÄ 1995, A-625) und für den Ersatzkassenbereich § 34 Abs 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen ((EKV-Ä) idF vom 7. Juni 1994, DÄ 1994, A-1967). Nach diesen übereinstimmenden Vorschriften überprüft die KÄV die von den Vertragsärzten eingereichten Abrechnungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig und stellt sie nötigenfalls richtig (vgl dazu BSG, Urteil vom 12. Dezember 2001, [BSGE 89, 90](#), 93 f = [SozR 3-2500 § 82 Nr 3](#)). Die auf dieser Grundlage erfolgten sachlich-rechnerischen Richtigstellungen des Ansatzes der Nr 505 EBM-Ä sind rechtmäßig.

Die Kläger haben keinen Anspruch auf Honorierung ihrer Tätigkeit nach Nr 505 EBM-Ä. Ihre im Anschluss an die chirurgisch-arthroskopischen Eingriffe vorgenommene Mobilisierung von Gelenken und Muskeln erfüllt nach der mit diesen Verrichtungen verfolgten Zielrichtung, wie sie im Verfahren zum Ausdruck gekommen ist, den Leistungsinhalt dieser Bestimmung nicht.

Für die Auslegung der vertragsärztlichen Gebührenordnungen ist nach der ständigen Rechtsprechung des Senats in erster Linie der Wortlaut

der Leistungslegenden maßgeblich (vgl zuletzt Urteile des Senats vom 12. Dezember 2001 - [B 6 KA 88/00 R](#) (zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen) und vom 16. Mai 2001 - [B 6 KA 20/00 R](#) = [BSGE 88, 126, 127](#) = [SozR 3-2500 § 87 Nr 29](#) S 146 mwN sowie [B 6 KA 87/00 R](#) - SozR 3-5533 Nr 2449 Nr 2 S 7). Das vertragliche Regelwerk dient nämlich dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen zwischen Ärzten und Krankenkassen (vgl BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr 5](#) S 22 f sowie [SozR 3-5555 § 10 Nr 1](#) S 4 (zum zahnärztlichen Bereich)), und es ist vorrangig Aufgabe des Bewertungsausschusses selbst, darin auftretende Unklarheiten zu beseitigen. Ergänzend ist es statthaft, zur Klarstellung des Wortlauts der Leistungslegende eine systematische Interpretation iS einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Gebührenregelungen vorzunehmen (vgl BSG SozR 3-5533 Nr 115 Nr 1 S 3; SozR aaO Nr 1460 Nr 1 S 2; vgl auch SozR aaO Nr 2145 Nr 1 S 3). In eingeschränktem Maße kommt auch eine entstehungsgeschichtliche Auslegung unklarer oder mehrdeutiger Regelungen in Betracht (BSG SozR 3-5535 Nr 119 Nr 1 S 6). Leistungsbeschreibungen dürfen indessen weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewandt werden (vgl BSG SozR 3-5535 Nr 119 Nr 1 S 5; SozR aaO Nr 1460 Nr 1 S 2; [SozR 3-5555 § 10 Nr 1](#) S 4).

Nach diesen Überprüfungsmaßstäben ist es rechtmäßig, dass die Beklagte in den streitigen Quartalen die Honorierung der von den Klägern vorgenommenen Gelenk- bzw Muskelmobilisierung nach Nr 505 EBM-Ä abgelehnt hat. Diese Leistung erfasst nur eine vom Arzt oder - von ihm verantwortet - von einem seiner nichtärztlichen Mitarbeiter erbrachte therapeutische Maßnahme, die thematisch in Kapitel E, Abschnitt II EBM-Ä "Physikalisch-medizinische Leistungen" unter "Krankengymnastik, Übungsbehandlungen, Extensionen" angesiedelt ist. Sie hat die "gezielte und kontrollierte Übungsbehandlung bei gestörter Gelenk- und/oder Muskelfunktion, ggf mit Anwendung von Geräten" zum Gegenstand und ist "je Sitzung" mit 50 Punkten bewertet worden. Die Leistungslegende dieser Gebühren-Nr ist in den streitigen Fällen schon nach Art der Ausführung und im Hinblick auf ihre Zielrichtung nicht erfüllt. Zu Recht hat die Beklagte den Klägern nur die von ihnen abgerechnete (Haupt-)Leistung nach Nr 2449 EBM-Ä vergütet.

Der Kläger zu 1. selbst hat ausweislich der Akten des Berufungsverfahrens in einem bei dem LSG am 19. September 2001 durchgeführten Erörterungstermin zum Inhalt der Behandlung angegeben, dass den Patienten noch am Tag der Operation die Muskelanspannung zur Thromboseprophylaxe gezeigt werde; ihnen werde zudem das Ausmaß der Beweglichkeit des entsprechenden Gelenkabschnittes sowie die Belastbarkeit der entsprechenden Extremität, je nach durchgeführter Operation (ua mit Gehstöcken) unter Erlernen des Maßes der zulässigen Belastbarkeit, demonstriert. Bei den gezeigten Übungen handele es sich um solche, die die Patienten "auch in der Folgezeit ... bei der Krankengymnastik" durchführen sollten, "später natürlich in größerem, gesteigerten Umfang". Die derart umschriebene bloße kurze Anleitung der Patienten, die noch wenige Stunden zuvor einem körperlichen Eingriff ausgesetzt waren, stellt - im Ergebnis in Übereinstimmung mit den Ausführungen der KÄBV (Stellungnahmen vom 30. September 1999 und 8. Juni 2000) - ersichtlich nicht schon eine "gezielte und kontrollierte Übungsbehandlung" iS von Nr 505 EBM-Ä dar. Nach der Leistungslegende der Bestimmung darf es sich nämlich nicht um nur "einfache" oder "normale" Maßnahmen des Vertragsarztes handeln, sondern es muss eine in der umschriebenen Weise qualifizierte vertragsärztliche Leistung mit besonderer Handlungstendenz und unter ärztlicher bzw ärztlich verantworteter Kontrolle erbracht worden sein.

Aus den Ausführungen der Kläger im Revisionsverfahren ergibt sich nichts Gegenteiliges. Sie vertreten die Auffassung, die dem Patienten gezeigten Übungen könnten nicht - mit dem LSG - als bloße postoperative Behandlung eingeordnet werden, weil sich solche Nachsorge im Wesentlichen auf die Kontrolle von Herz- und Kreislauffunktion sowie von Verbänden beschränke, der Patient hier aber in die Lage versetzt werden solle, vor Verlassen der Praxis die erforderlichen Übungen durchzuführen. Von beginnender gezielter "Krankengymnastik" oder gar "Rehabilitation" kann bei den in der beschriebenen Weise noch am Tage des körperlichen Eingriffs durchgeführten Maßnahmen indessen nicht gesprochen werden. Dahinstehen kann, ob - wie das LSG angenommen hat - bei ambulant durchgeführten Operationen ohnehin eine weite Sichtweise in Bezug auf Beginn und Abschluss der den Kern der Behandlung ausmachenden vorgenommenen chirurgischen Maßnahme angezeigt ist. Ebenso kommt es nicht darauf an, ob die streitigen Maßnahmen noch vor oder erst nach der Entlassungsuntersuchung stattgefunden haben. Entscheidend ist allein, dass mit den dem Patienten noch am Tag der Operation demonstrierten Maßnahmen in Form von Übungen zur Mobilisierung von Muskeln und Gelenken hier jedenfalls erst eine wesentliche Voraussetzung für den erfolgreichen Abschluss der Operation geschaffen wurde. Bei der durch den Arzt oder Hilfspersonal vorgenommenen Bewegung der noch durch den kurz zuvor vorgenommenen Eingriff erheblich beeinträchtigten Körperteile stand die Absicherung des Operationserfolges und das Einstellen des Patienten auf die erst künftig einsetzende nachhaltige Krankengymnastik im Vordergrund.

Gegen die Abrechenbarkeit der Nr 505 EBM-Ä spricht ergänzend das nach deren Leistungslegende bestehende Erfordernis einer "Sitzung", dh eines auf den Leistungsinhalt bezogenen Arzt-Patienten-Kontaktes. Zwar erscheint es nicht generell ausgeschlossen, eine solche "Sitzung" mit anderen ärztlichen Leistungen (zB Beratung) zu verbinden. Ist der Arzt-Patienten-Kontakt am Tag der Leistungserbringung indessen bereits durch eine von ihrem zeitlichen Rahmen und ihrem Aufwand her deutlich dominierende und speziell abgerechnete Operation hergestellt und geprägt worden, tritt die kurze Übungsmaßnahme wertungsmäßig hinter das umfassende Operationsgeschehen zurück und lässt sich nicht als eigenständige, einen gesonderten Vergütungsanspruch des Vertragsarztes auslösende "Sitzung" qualifizieren.

Darüber hinaus stehen hier allgemeine Grundsätze des EBM-Ä einer Vergütungsfähigkeit der streitigen Leistungen nach Nr 505 EBM-Ä entgegen. Gemäß der Regelung in den Allgemeinen Bestimmungen in Abschnitt A I Teil A Nr 1 Abs 1 Satz 2 EBM-Ä ist eine Leistung nicht neben einer anderen Leistung berechnungsfähig, wenn sie Teil des Leistungsinhalts einer anderen berechnungsfähigen Leistung ist. Ist die Berechnung von Leistungen derart ausgeschlossen, kann selbst dann, wenn es für die untergeordnete Verrichtung eine eigene Gebühren-Nr gibt, (nur) die jeweils höher bewertete Leistung berechnet werden (ebenda Abs 3). Ähnlich verhält es sich hier (vgl bereits BSG [MedR 2000, 201](#), 203 mwN). Denn die von den Klägern im Anschluss an eine arthroskopische Operation bei dem Patienten am selben Tag vorgenommene einfache Mobilisierung der davon (mit) betroffenen Gelenke stellt sich nach ihrer konkreten Zielrichtung im Rechtssinne quasi als bloßer unselbstständiger Bestandteil der nach Nr 2449 EBM-Ä mit 6500 Punkten bewerteten rekonstruktiven arthroskopischen Operation dar und darf - unabhängig davon, ob die Operation ambulant oder (belegärztlich) stationär durchgeführt wurde - nicht gesondert berechnet werden.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs 1](#) und 4 des Sozialgerichtsgesetzes in der bis 1. Januar 2002 gültigen und hier noch anzuwendenden Fassung (vgl dazu Senatsurteile vom 30. Januar 2002 - [B 6 KA 12/01 R](#) und [B 6 KA 73/00 R](#) (jeweils zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB
Saved
2003-08-28