

L 12 KA 50/99

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 32 KA 1044/98

Datum

27.01.1999

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 50/99

Datum

25.10.2000

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 27. Januar 1999 wird zurückgewiesen.

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

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Absetzung einer Reihe von Gebührenordnungspositionen (Nrn.10, 11, 17, 18, 20, 60 und 75 BMÄ/E-GO) während des ärztlichen Notfalldienstes bzw. bei Notfallbehandlungen streitig. Die Kläger sind als Allgemeinärzte in ... niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

1.

Die Beklagte hat im Quartal 2/96 im Primärkassenbereich/Ersatzkassenbereich/sonstige Kostenträger mit Bescheid vom 17. Oktober 1996 die Abrechnung der Kläger sachlich und rechnerisch richtig gestellt und dabei unter anderem in 16 Fällen die Nrn.10 (7 x), 17 (1 x), 18 (1 x) und 60 (8 x) BMÄ/E-GO abgesetzt, da diese Nummern im Notarztdienst bzw. bei Notfallbehandlungen grundsätzlich nicht berechnungsfähig seien. Hiergegen richtet sich der Widerspruch vom 3. November 1996. Der Ausschluss der Gesprächsnummern 10 und 11 BMÄ/E-GO im ärztlichen Notdienst sei weder in der Gebührenordnung geregelt noch sei dies dem Inhalt der entsprechenden Nummern zu entnehmen. Die Nr.10 BMÄ/E-GO sei auch in besonderem Maße vom Patienten initiiert und es sei schwer einzusehen, dass man im Notdienst auf Fragen des Patienten nicht eingehen dürfe. Eine nochmalige Durchsicht der entsprechenden Fälle ergebe, dass die abgerechneten Leistungen in jedem Fall unumgänglich gewesen seien. Auch die Absetzung der Nr.60 BMÄ/E-GO im Notdienst sei weder formal noch inhaltlich der Gebührenordnung zu entnehmen. Von der Sache her sei gerade bei unbekannten Patienten im Notdienst eine eingehende Untersuchung notwendig. Die Beklagte hat mit Bescheid vom 28. Mai 1998 dem Widerspruch in einem Fall stattgegeben (Patient A.H., Kassen-Nr.64106 bezüglich der Absetzung der Nr.60), im Übrigen wurde der Widerspruch zurückgewiesen. Der ärztliche Notfalldienst stelle die Versorgung der Bevölkerung in akuten Krankheitsfällen, bei akuten Exacerbationen chronischer Erkrankungen außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten sicher, wenn der behandelnde Arzt nicht zu erreichen sei. Der Notfallarzt solle eine erste Versorgung bis zur Weiterbehandlung durch den kontinuierlich behandelnden Arzt durchführen (Notfalldienstordnung der KVB). Die Erbringung von Leistungen des Kapitels B II 1 des EBM setze voraus, dass der Arzt nicht nur aus den aktuellen Notwendigkeiten des Erkrankungsfalles heraus handle, sondern das familiäre, soziale und berufliche Umfeld kenne und seine Auswirkungen auf die Erkrankung und deren Verlauf angemessen beurteilen könne. Diese Leistungen seien deshalb nur von Hausärzten gemäß [§ 73 Abs.1a SGB V](#) berechnungsfähig. Im Notfalldienst werde ein Arzt nicht zum Hausarzt für fremde Patienten, da die entscheidende Voraussetzung für die hausärztliche Versorgung, die kontinuierliche ärztliche Betreuung fehle, selbst wenn der Notarzt aufgrund wiederholter Inanspruchnahmen durch den Patienten im Rahmen verschiedener Notfalldienste mittlerweile die Kenntnis der Krankheitsumstände und Lebensgewohnheiten etc. erworben haben sollte. Darüber hinaus könne der Arzt im Notfalldienst nicht den Status des Hausarztes beanspruchen, da der Patient im Notfall keine Möglichkeit der freien Arztwahl habe. Die Tatsache, dass ein hausärztlich tätiger Arzt im Notdienst und bei Urlaubs- oder Krankheitsvertretung nicht zum Hausarzt gemäß [§ 73 Abs.1a SGB V](#) werde, finde seinen Niederschlag auch darin, dass die hausärztliche Grundvergütung in diesen Fällen ausgeschlossen sei. Die Nr.10 BMÄ/E-GO sei deshalb zu Recht von der Vergütung abgesetzt worden. Auch die Absetzung der Nrn.17 und 18 BMÄ/E-GO im Notfalldienst sei zu Recht erfolgt. In der Regel komme es hierbei in den allermeisten Fällen zu einer einmaligen Arzt-Patienten-Begegnung. Demnach sei nicht davon auszugehen, dass z.B. ein einmaliger und erster Kontakt anlässlich eines Notfalldienstes dazu geeignet sei, eine intensive ärztliche Beratung und Erörterung zu den therapeutischen, familiären, sozialen oder beruflichen Auswirkungen und deren Bewältigung bei nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankungen zu führen. Hierzu bedürfe es eingehender Kenntnisse über den Krankheitsverlauf und die Lebensumstände des Patienten, die grundsätzlich nur aus einer fortwährenden

intensiven Betreuung des Patienten erworben werden könnten. Daher werde es in der Regel der ständig betreuende Arzt sein, der diese Leistung in vollem Umfang erfülle, denn solche ausführlichen, die Therapie planenden und begleitenden Gespräche würden den Rahmen des ärztlichen Notfalldienstes im Allgemeinen sprengen. Die Leistung nach der Nr.60 BMÄ/E-GO verlange die Erhebung eines Ganzkörperstatus einschließlich Befragung, Beratung und Dokumentation. Je nach Symptomatik, Anamnese und Verlauf müssten einige Organsysteme vollständig, alle restlichen zumindest orientierend untersucht werden. Im Rahmen des Notfalldienstes habe der Arzt diejenigen Leistungen zu erbringen, die erforderlich seien, eine akute Gefahr für Leib und Seele des Patienten abzuwenden. In diesem Sinne übernehme der den Notfall versorgende Arzt die Erstversorgung des Patienten und unterrichte darüber den ständig behandelnden Arzt, der die Weiterbehandlung durchführe. Die Leistung nach der Nr.60 BMÄ/E-GO könne im Notfalldienst deshalb nur in ganz besonderen Ausnahmefällen - z.B. bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr - vollständig erbracht und abgerechnet werden (Hinweis auf Urteil des Sozialgerichts München, Az.: S 42 Ka 1263/90).

Hiergegen richtet sich die Klage vom 25. Juni 1998, die mit Schriftsatz vom 12. August 1998 näher begründet wurde. Der Beklagten stehe selbstverständlich zu, im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung gerade bei solchen Nummern einen strengen Maßstab anzulegen, wenn diese bei Einsätzen im Notfalldienst bzw. im ärztlichen Bereitschaftsdienst abgerechnet würden. Es stehe ihr aber nicht zu, ohne geeignete Prüfung ausnahmslos alle entsprechenden Nummern, wie im vorliegenden Fall, zu streichen. Bezüglich der Gesprächsleistungen beziehe die KV in ihrer Begründung eine Position, die nicht strittig sei, nämlich, dass während des Notdienstes oder ärztlichen Bereitschaftsdienstes die Gesprächsleistungen nach den Nummern 10 ff. BMÄ/E-GO regelmäßig nicht erbracht werden könnten. Regelmäßig heiße aber nicht ausnahmslos. Sie hätten nachweislich vom Ansatz der Gesprächsleistungsnummern sehr zurückhaltend Gebrauch gemacht, wenn man die Häufigkeit des Ansatzes in Beziehung setze zur Zahl der von ihnen betreuten Fälle während des ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Die Beklagte ignoriere darüber hinaus den Umstand, dass bei der Mehrzahl der umstrittenen Fälle die hausärztliche Betreuung gerade bei ihnen gelegen habe. Dieser Umstand sei auch regelmäßig bei der Abrechnung als Begründung angegeben worden. Es werde daher die Rücknahme der Streichung der Gesprächsnummern bei den Patienten gefordert, die von den Klägern ohnehin hausärztlich betreut würden. Soweit es um die Abrechnung von Gesprächsleistungen bei Patienten gehe, welche von den Klägern nicht kontinuierlich hausärztlich betreut würden, werde ebenfalls eine andere Auffassung vertreten, wenngleich wegen dieser Nummern allein der Klageweg nicht beschritten worden wäre. Hausärztliche Leistungen dürften nicht ohne jegliche Ausnahme an eine einzelne Person geknüpft werden. Bezüglich der Nr.60 BMÄ/E-GO sei darauf hinzuweisen, dass während des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in bestimmten Fällen die Notwendigkeit bestehe, die Leistung nach der Nr.60 BMÄ/E-GO zu erbringen. Es sei dahingestellt, ob diese Notwendigkeit manchmal auch im Rahmen des Notdienstes ("Blaulichtärzte") gegeben sei. Während des bei ihnen vorliegenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes komme die Notwendigkeit einer Ganzkörperuntersuchung sogar relativ häufig vor (z.B. fieberhafte Erkrankungen, nicht sofort einzuordnende Schmerzzustände im Bereich der Brust-/Bauchregion usw.).

2.

Die Beklagte hat im Quartal 4/96 mit Bescheid vom 24. April 1997 die Honoraranforderung der Kläger sachlich und rechnerisch richtig gestellt und dabei in 26 Fällen die Nrn.10 (18 x), 18 (1 x), 20 (1 x), 60 (6 x) und 75 (4 x) BMÄ/E-GO als im ärztlichen Notfalldienst bzw. im Rahmen eines Notfalles nicht berechnungsfähig abgesetzt. Hiergegen richtet sich der Widerspruch der Kläger vom 12. Mai 1997. Zur Streichung der Nr.75 BMÄ/E-GO wurde ausgeführt, dass es sich jeweils um Briefe an Krankenhäuser und nicht um das Ausfüllen des Notfallscheines gehandelt habe. Die Mitteilungen seien im Rahmen der Krankenhauseinweisung medizinisch erforderlich gewesen. Bezüglich der Nr.20 BMÄ/E-GO wurde ausgeführt, dass der Patient von ihnen hausärztlich betreut worden sei. Sie hätten lediglich die Ziffer an einem Wochenendtag aufgeschrieben, an dem sie zufällig Dienst gehabt hätten. Es gebe keine Bestimmung, die diesem Vorgehen entgegenstehe. Bezüglich der Absetzung der Nrn.10, 11, 18 und 60 BMÄ/E-GO sei eine nochmalige Überprüfung erfolgt und es sei eine entsprechende Liste mit Stichworten erstellt worden, die angefordert werden könne. Im Übrigen wurde im Wesentlichen dasselbe wie im Quartal 2/96 vorgetragen. Die Beklagte hat dem Widerspruch in zwei Fällen mit Bescheid vom 24. September 1998 abgeholfen (Nr.60 BMÄ/E-GO bis zum vollendeten 6. Lebensjahr), im Übrigen wurde der Widerspruch zurückgewiesen. Die Absetzung der Nrn.10 und 11 BMÄ/E-GO sei erfolgt, weil diese Leistungen nur von Hausärzten gemäß [§ 73 Abs.1a SGB V](#) berechnungsfähig seien. Die Erbringung dieser Leistungen setze voraus, dass der Arzt nicht nur aus den aktuellen Notwendigkeiten des Erkrankungsfalles heraus handle, sondern das familiäre, soziale und berufliche Umfeld kenne oder seine Auswirkungen auf die Erkrankung und deren Verlauf angemessen beurteilen könne. Der Zuschlag nach der Nr.18 BMÄ/E-GO sei entsprechend der Leistungslegende nur in Kombination mit den Nrn.10, 11 und 17 BMÄ/E-GO möglich. Da die angesetzte Hauptleistung (Nrn.10 bzw. 11) zu Recht abgesetzt worden sei, sei auch der Zuschlag nach der Nr.18 BMÄ/E-GO von der Vergütung auszuschließen. Die Nr.20 BMÄ/E-GO beinhalte gemäß ihrer Leistungsbeschreibung den Zusatz "einmal im Behandlungsfall". Aus dieser Formulierung sei zu erkennen, dass die Gebührenposition den im Verlaufe eines Quartals anfallenden Gesamtaufwand für die Betreuung des moribunden Kranken und der begleitenden Gespräche mit den versorgenden und unmittelbar betroffenen Personen abgelden solle. Zudem sei dem Wortlaut der Leistungsbeschreibung der Nr.20 BMÄ/E-GO zu entnehmen, dass es sich um eine Betreuung des Kranken bzw. seiner Bezugspersonen handeln müsse. Da der Notarztdienst lediglich die Erstversorgung der Bevölkerung darstelle, sei eine intensive ärztliche Beratung und Erörterung im Sinne einer Sterbegleitung im Notfalldienst nicht durchführbar. Auch der neu eingeführte 8. Absatz der Präambel zu Abschnitt B II des EBM 96 setze für den Ansatz der GO-Nr.20 mindestens fünf Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall voraus. Insofern sei klargestellt, dass die Erbringung der Leistung nach der GO-Nr.20 im ärztlichen Notfalldienst nicht möglich sei. Die Leistung nach der Nr.60 BMÄ/E-GO verlange die Erhebung eines Ganzkörperstatus einschließlich Befragung, Beratung und Dokumentation; je nach Symptomatik, Anamnese und Verlauf müssten einige Organsysteme vollständig, alle restlichen zumindestens orientierend untersucht werden. Die Leistung nach der Nr.60 könne im Notfall deshalb nur in ganz besonderen Ausnahmefällen - z.B. bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr - vollständig erbracht und abgerechnet werden. Diese Auffassung sei auch vom Sozialgericht München (Az.: S 42 Ka 1263/90) bestätigt worden. Die Nr.75 BMÄ/E-GO könne für die Weitergabe der Durchschrift (Teil B) des Notfallscheines (Muster 19) bzw. Erstellung eines ärztlichen Berichtes/Briefes ärztlichen Inhaltes im Notfalldienst nicht zum Ansatz gebracht werden. Die Eintragungen in den entsprechenden Spalten des Notfallscheines stellten nur eine kurze Information über das Vorliegen eines Erstbefundes und getroffene Maßnahmen bzw. die erhobene Anamnese und den Verlauf dar, ohne dass eine kritische Bewertung vorgenommen werde. Zwar komme es nicht auf die Länge der schriftlichen Darlegungen an, sondern lediglich auf die Charakteristik. Diese setze aber eine abwägende Prüfung und Erörterung der verschiedenen Möglichkeiten der Bewertung der erhobenen Befunde voraus, insbesondere die Erörterung differenzialdiagnostischer Zweifel. Der im Notfall tätig werdende Arzt könne nur eine sektorale oder punktuelle Abklärung des Gesundheits- bzw. Krankheitszustandes vornehmen, nicht aber den gesamten Krankheitsverlauf übersehen. Eine Behandlungsempfehlung sei für einen notfallmäßig tätigen Arzt in der Regel schon deshalb nicht möglich, weil ihm der Patient und die Art der gesamten Krankheiten nicht bekannt sei. Diese Auffassung sei bereits vom Sozialgericht München mit Urteil vom 18. Oktober 1995 (S 21 Ka 860/95) bestätigt worden. Das

Gericht schließe in diesem Urteil die Berechnungsfähigkeit der Nr.74 BMÄ/E-GO (kurzer ärztlicher Bericht über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung) im Notfalldienst generell aus. Somit sei auch die Leistung nach der Nr.75 BMÄ/E-GO nicht berechnungsfähig.

Hiergegen richtet sich die Klage zum Sozialgericht München vom 21. Oktober 1998. Zur Absetzung der Nr.75 BMÄ/E-GO wurde ausgeführt, dass die Briefe jeweils Patienten betroffen hätten, welche hausärztlich betreut worden seien. Die Tatsache, dass die Einweisung im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes erfolgt sei, sei unerheblich. Es sei darauf aufmerksam gemacht worden, dass es sich jeweils gerade nicht um das Ausfüllen des Notfallscheines gehandelt habe. Bei der Nr.20 BMÄ/E-GO handle es sich um einen Patienten, der Monate lang täglich besucht und behandelt worden sei. Die Nr.20 BMÄ/E-GO könne an jedem Tag des Quartals abgerechnet werden. Sie sei eben an einem Tag in Ansatz gebracht worden, an dem sie ärztlichen Bereitschaftsdienst gehabt hätten. Dies sei zulässig. Der Leistungsinhalt (z.B. mindestens fünf Patientenkontakte) sei jedenfalls erfüllt. Die Beklagte hätte mindestens die Vergütung zu einem Punktwert von 1,14 Pfennig vornehmen müssen. Bezüglich der Nrn.10, 11 und 18 bzw. 60 BMÄ/E-GO wurde auf das Schreiben vom 12. August 1998 zum Quartal 2/96 verwiesen.

3.

Die Beklagte hat im Quartal 1/97 Primärkassen/Ersatzkassen die Honoraranforderung der Kläger sachlich und rechnerisch richtig gestellt und dabei unter anderem in 46 Fällen die Nrn.10 (36 x), 11 (2 x) und 60 (27 x) BMÄ/E-GO als im ärztlichen Notfalldienst nicht abrechenbar abgesetzt. Hiergegen haben die Kläger mit Schreiben vom 14. August 1997 Widerspruch eingelegt. Wie in den vorhergehenden Quartalen seien die Nrn.10, 11 und 60 BMÄ/E-GO ohne Ausnahme gestrichen worden, welche während des organisierten Notfalldienstes in Ansatz gebracht worden seien. In Ausnahmefällen müsse es möglich sein, diese Nummern im Zusammenhang mit Leistungen während des Notfalldienstes abzurechnen. Dies gelte insbesondere dann, wenn es sich bei den Notfallpatienten um hausärztlich betreute Patienten handle. Die Zahl der abgerechneten Nummern sei im Vergleich zu den Notfällen so gering, dass bereits von daher erkennbar sei, dass es sich um Ausnahmesituationen gehandelt habe. Die Beklagte hat mit Bescheid vom 10. Dezember 1998 dem Widerspruch in 15 Fällen abgeholfen (Nr.60 bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr), im Übrigen wurde der Widerspruch zurückgewiesen. Die Begründung des Widerspruchsbescheides zu den abgesetzten Nrn.10, 11 und 60 BMÄ/E-GO entspricht den Quartalen 2 und 4/96.

Hiergegen richtet sich die Klage vom 8. Januar 1999 zum Sozialgericht München. Die Klage richte sich dagegen, dass ausnahmslos alle im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Ansatz gebrachten Nrn.10, 11 und 60 BMÄ/E-GO gestrichen worden seien. Der Rechtsstreit sei mit den bereits anhängigen Verfahren zu den Quartalen 2/96 und 4/96 praktisch deckungsgleich.

Das SG hat die Verfahren mit den Az.: [S 32 KA 1044/98](#), S 32 KA 1920/98 und S 32 KA 27/99 zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden.

Mit Urteil vom 27. Januar 1999 hat das SG die Klagen abgewiesen. Die Kammer stütze sich hierbei im Wesentlichen auf die Begründungen der Widerspruchsbescheide.

Hiergegen richtet sich die Berufung zum Bayer. Landessozialgericht vom 19. Mai 1999, die mit Schreiben vom 19. Juli 1999 näher begründet wurde. Zur Streichung der Nr.20 BMÄ/E-GO habe sich das SG überhaupt nicht geäußert. Es sei nicht einzusehen, warum die Leistungen der Nr.20 BMÄ/E-GO überhaupt nicht honoriert würden. Die Streichungen der Nr.75 BMÄ/E-GO sei zunächst mit der Begründung erfolgt, es sei lediglich der Vordruck "Notfallschein" ausgefüllt worden. Es sei darauf hingewiesen worden, dass tatsächlich ein gesonderter Arztbrief geschrieben und in Ansatz gebracht worden sei. Jetzt werde im Urteil plötzlich eine völlig andere Begründung vorgeschoben, nämlich, es sei ein Computerausdruck erstellt worden. Diese Bezeichnung sei irreführend. Die geschriebenen Arztbriefe seien lediglich computergestützt. Die Briefe würden jedenfalls voll den Umfang der Leistungslegende der Nr.75 BMÄ/E-GO erfüllen. Ein wichtiger Streitpunkt sei die Frage, ob Streichungen - wie im vorliegenden Fall geschehen - im Rahmen der "sachlich-rechnerischen Richtigstellung" erfolgen hätten dürfen oder nur im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung. Sie seien der Auffassung, dass eine Prüfung im Rahmen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung nicht rechtens sei (Hinweis auf Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 21. Januar 1998, Az.: S 10 KA 1784/97). Bezüglich der Gesprächsziffern (Nrn.10, 11 und 18 BMÄ/E-GO) sei darauf hingewiesen worden, dass es sich um Einzelfälle handle. Es werde gerichtlich nur die Vergütung derjenigen Nummern angestrebt, die hausärztlich betreute Patienten betreffen. Bezüglich der Abrechnung der Nr.60 BMÄ/E-GO sei für die Kläger bis Anfang 1997 überhaupt kein ersichtlicher Grund vorhanden gewesen, weshalb während des Bereitschaftsdienstes in Ansatz gebrachte Abrechnungsziffern anders behandelt bzw. zu begründen gewesen wären als Abrechnungsziffern außerhalb des Bereitschaftsdienstes.

Der in der mündlichen Verhandlung anwesende Kläger zu 2) beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 27. Januar 1999 und die Bescheide der Beklagten vom 17. Oktober 1996 (Quartal 2/96), vom 24. April 1997 (Quartal 4/96) und vom 17. Juli 1997 (Quartal 1/97) in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 28. Mai 1998, 24. September 1998 und 10. Dezember 1998 werden insoweit aufgehoben, als dort die BMÄ/E-GO-Nrn.10, 11, 17, 18, 20, 60 und 75 abgesetzt werden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beigeladene zu 1) schließt sich dem Antrag der Beklagten an.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakten (sachlich-rechnerische Richtigstellung der Abrechnungen 2/96, 4/96 und 1/97), die Klageakten (Az.: [S 32 KA 1044/98](#), S 32 KA 1920/98 und S 32 KA 27/99) sowie die Berufungsakte, Az.: [L 12 KA 50/99](#) vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren sonstigen Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte sowie gemäß [§ 151 Abs.1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist

unbegründet.

Das SG hat im Ergebnis zu Recht mit Urteil vom 27. Januar 1999 die Honorarberichtigungsbescheide der Beklagten in den Quartalen 2/96, 4/96 und 1/97 abgewiesen.

Die rechtliche Grundlage für die sachlich-rechnerische Richtigstellung der Honorarabrechnung der Kläger durch die Beklagte ergibt sich im Primärkassenbereich aus § 45 Abs.1 BMV-Ä in der ab 1. Januar 1995 geltenden Fassung vom 19. Dezember 1994 und im Ersatzkassenbereich aus § 34 Abs.4 EKV-Ä in der ab 1. Juli 1994 geltenden Fassung vom 7. Juni 1994. Die Beklagte hat auch inhaltlich zu Recht die von den Klägern im Rahmen der Notfallbehandlung erbrachten und abgerechneten Leistungen im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung berichtigt und nicht in einem Verfahren der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise der Kläger (zur Abgrenzung diesbezüglich zuletzt BSG SozR 3-2500 § 75 SGB V Nr.10 S.43). Die sachlich-rechnerische Berichtigung umfasst im Wesentlichen die Berichtigung von Rechenfehlern, von Fehlern bei der Anwendung der Gebührenordnung und sonstigen derartigen Fehlern. Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigstellung der Abrechnung zielt auf die Frage, ob die abgerechneten Leistungen ordnungsgemäß - also ohne Verstoß gegen gesetzliche oder vertragliche Bestimmungen mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebotes - erbracht worden sind, während die Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß § 106 SGB V bei der Menge der erbrachten Leistungen ansetzt. Die sachlich-rechnerische Richtigstellung betrifft Fälle, in denen der Leistungsinhalt überhaupt nicht, nicht in vollem Umfang, ohne die zur Leistungserbringung erforderliche spezielle Genehmigung oder unter Überschreitung des Fachgebietes erbracht worden sind und ähnliche Fälle.

Für die Leistungserbringung im Rahmen des ärztlichen Notfalldienstes bzw. von Notfallbehandlungen ist neben dem im Einheitlichen Bewertungsmaßstab enthaltenen ausdrücklichen Leistungsausschluss (vgl. 6. Absatz der Präambel zum Kapitel B II - Beratungs- und Betreuungsgrundleistungen) vor allem auch die einschlägige Notfalldienstordnung zu beachten.

Gemäß § 1 Abs.4 der Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns vom 27. März 1993 ist die Behandlung im Rahmen des Notfalldienstes darauf ausgerichtet, den Patienten bis zur nächstmöglichen ambulanten oder stationären Behandlung ärztlich zweckmäßig und ausreichend zu versorgen, wobei die Versorgung auf das hierfür Notwendige zu beschränken ist. Die Tätigkeit des Arztes im Rahmen des Notfalldienstes ist nach dieser Vorschrift - was die Abrechnungsfähigkeit der erbrachten Leistungen betrifft - ausschließlich auf den konkreten Notfall und dessen erste Versorgung bis zur nächstmöglichen ambulanten oder stationären Behandlung bezogen und begrenzt. Die Erbringung weiterer über diese Zielsetzung hinausgehender Leistungen ist nicht nur unwirtschaftlich, sondern grundsätzlich ausgeschlossen. Der Notfalldienstordnung kommt insoweit daher auch eine gebührenrechtliche Bedeutung insofern zu, als sie Art und Umfang der im Rahmen einer Notfallbehandlung abrechenbaren Leistungen bestimmt.

Unter Zugrundelegung dieser Grundsätze sind die von der Beklagten im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Leistungs-Nrn.10, 11, 17, 18, 20, 60 und 75 BMÄ/E-GO vorgenommenen Absetzungen nicht zu beanstanden.

Mit der Nr.10 BMÄ/E-GO wird das therapeutische hausärztliche Gespräch zu komplexen erkrankungsbedingten Patientenproblemen und/oder die Beratung und Instruktion der Eltern und/oder Bezugspersonen von Kindern oder Jugendlichen mit Verhaltensstörungen oder Suchtproblemen vergütet. Der Begriff "komplexe Patientenprobleme" zeigt schon, dass hier über die durch die Erkrankung direkt bedingten Symptome und Beschwerden hinaus die aus der Erkrankung gegebenenfalls resultierenden vielfältigen - insbesondere auch familiären und beruflichen - Fragestellungen im Gespräch mit zu erörtern sind. Es sollen die Probleme des Patienten in ihrer ganzen Komplexität erfasst und im Gespräch entsprechend berücksichtigt werden. Die aus einem derartigen Gespräch notwendigerweise erwachsende gemeinsame Planung der weiteren Behandlung sollte neben der therapeutischen Wirkung des Gesprächs selbst alle weiteren in Frage kommenden Therapieformen von chirurgischen Eingriffen, von der Pharmakotherapie über diätetische Maßnahmen, Maßnahmen der Lebensführung, Kur- und Rehabilitationsvorhaben bis zur Bewegungstherapie usw. umfassen. Es können auch Empfehlungen zur Gestaltung zeitlicher Abläufe im Berufsleben (z.B. Schichtarbeit), zur familiären oder sozialen Situation (z.B. unzureichende Wohnmöglichkeiten), zur gesundheitsfördernden Freizeit- und Urlaubsgestaltung (z.B. sportliche Aktivitäten, klimatische Bedingungen im Urlaubsland) in Frage kommen. Der so beschriebene Leistungsinhalt der Nr.10 BMÄ/E-GO - auch was die Beratung und Instruktion der Eltern und/oder Bezugspersonen betrifft - geht über die Erstversorgung einer Notfallsituation deutlich hinaus, so dass diese Ziffer im Rahmen des Notfalldienstes grundsätzlich nicht abrechenbar ist. Es liegen auch keinerlei Anhaltspunkte dafür vor, dass ausnahmsweise zur Notfallbehandlung selbst, also zur Erstversorgung des akuten Geschehens, eine Erörterung und Planung in der von der Leistungslegende der Nr.10 BMÄ/E-GO geforderten Art notwendig war. Hierzu haben weder die Kläger etwas vorgetragen noch ergibt die Einsicht in die Behandlungsscheine eine Rechtfertigung für die Abrechnung der Nr.10 BMÄ/E-GO im Rahmen der Notfallbehandlung. Auf die Unterscheidung, ob die Kläger zufällig auch Hausarzt der betroffenen Notarztpatienten sind, kommt es dabei nicht an.

Die Nr.11 BMÄ/E-GO vergütet die Diagnostik und/oder Behandlung einer psychischen Destabilisierung oder psychischen Krankheit durch hausärztliches Gespräch mit einer Dauer von mindestens zehn Minuten. Durch die Verwendung des Begriffes "hausärztliches Gespräch" (vgl. Art und Inhalt der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs.1 Satz 2 Nrn.1 bis 4 SGB V) wird auch in dieser Nummer klargestellt, dass diese Leistung nur vom Hausarzt und grundsätzlich auch nur im Rahmen der hausärztlichen Versorgung - nicht aber im Rahmen einer Notfallbehandlung - erbracht werden kann. Die Durchsicht der drei gegenständlichen Behandlungsausweise hat zunächst in einem Fall ergeben, dass die Kläger schon nicht zugleich den betroffenen Patienten hausärztlich betreuen. Von daher liegt schon keine Diagnostik bzw. keine Behandlung durch ein hausärztliches Gespräch vor. Aber auch in den beiden anderen Fällen konnte der mit zwei Ärzten sachkundig besetzte Senat weder aus den Ausführungen der Kläger noch aus den Angaben in den Behandlungsausweisen erkennen, dass ausnahmsweise gerade im Rahmen der Erstversorgung des akuten Geschehens die Führung eines mindestens zehnminütigen Gesprächs mit dem Leistungsinhalt der Nr.11 BMÄ/E-GO zur Notfallbehandlung nötig war.

Auch die Nr.17 BMÄ/E-GO (intensive ärztliche Beratung und Erörterung zu den therapeutischen, familiären, sozialen oder beruflichen Auswirkungen und deren Bewältigung bei nachhaltig lebensverändernder oder lebensbedrohender Erkrankung, gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen und fremdanamnestischen Angaben mit einer Dauer von mindestens zehn Minuten) geht weit über die Erstversorgung im Rahmen einer Notfallbehandlung hinaus und ist zum großen Teil in die Zukunft gerichtet (Auswirkungen der Krankheit und deren Bewältigung). Der eine streitgegenständliche Fall im Quartal 4/96 lässt im Übrigen schon nicht erkennen, dass es sich bei den aufgeführten Diagnosen (Atemnotsyndrom, Hypertonus) um eine nachhaltig lebensverändernde bzw. lebensbedrohende Erkrankung

handelt.

Die Nr.18 BMÄ/E-GO ist eine Zuschlagsziffer zu den Leistungen nach den Nr.10, 11 und 17 BMÄ/E-GO bei einer Gesprächsdauer von mehr als 30 Minuten. Nachdem die Nrn.10, 11 und 17 BMÄ/E-GO als Grundleistungen im Rahmen des Notdienstes nicht vergütungsfähig sind, gilt dies zwingend auch für die Zuschlagsziffer.

Auch die mit der Nr.20 BMÄ/E-GO (Betreuung eines moribunden Kranken unter Einbeziehung der Gespräche mit den versorgenden und unmittelbar betroffenen Personen zu einem dem Zustand und Verlauf angemessenen Umgehen mit dem Sterbenden und zu seiner abgestimmten humanen, sozialen, pflegerischen und ärztlichen Versorgung, einmal im Behandlungsfall) vergütete Sterbebegleitung ist im Rahmen der Erstversorgung eines Notfalles nicht abrechenbar. Dies gilt auch dann, wenn der Patient im Rahmen der Notfallbehandlung verstirbt. Die Sterbebegleitung der Nr.20 BMÄ/E-GO setzt einen länger dauernden Sterbeprozess voraus. Die Sterbebegleitung umfasst neben den noch möglichen medizinischen Leistungen (Linderung von Schmerzzuständen, verschiedene palliative Behandlungsmaßnahmen, Anleitung der betreuenden Personen) vor allem auch die erforderlichen Gespräche mit den Angehörigen des Sterbenden bzw. den unmittelbar betroffenen Personen mit dem Ziel eines dem Zustand und dem Verlauf angemessenen Umganges mit dem Sterbenden und der abgestimmten humanen, sozialen, pflegerischen und ärztlichen Versorgung des Sterbenden. Dieser komplexe Leistungsinhalt ist, wie in Absatz 6 der Präambel zum Kapitel B II - Beratungs- und Betreuungsgrundleistungen - ausdrücklich festgehalten wird, im Rahmen einer Notfallbehandlung nicht abrechenbar.

Die Abrechnung der Nr.60 BMÄ/E-GO (Ganzkörperstatus, "Untersuchung von Kopf bis Fuß") ist ebenfalls grundsätzlich nicht im Rahmen des Notfalldienstes abrechenbar, weil es hier nicht um die punktuelle Erstversorgung eines Notfallgeschehens geht, sondern der Ganzkörperstatus soll Auskunft geben über den Gesamtzustand des Patienten. Die Beklagte räumt allerdings, indem sie die Nr.60 im Rahmen des Notfalldienstes bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr vergütet, selbst ein, dass ausnahmsweise die Erbringung dieser Nummer im Rahmen des Notfalldienstes möglich ist. Voraussetzung für die Abrechnung der Nr.60 BMÄ/E-GO im Rahmen des Notfalldienstes ist aber, dass die Erhebung des Ganzkörperstatus zur Erstversorgung des akuten Notfallgeschehens erforderlich war. Es kann insbesondere bei Vorliegen eines unklaren Krankheitsbildes erforderlich werden, eine vollständige Untersuchung des ganzen Körpers, vergleichbar einer Aufnahmeuntersuchung auf der inneren Station eines Krankenhauses, durchzuführen. Zum Vorliegen der Voraussetzungen für die Durchführung einer Ganzkörperuntersuchung haben die Kläger keine weiterführenden Ausführungen gemacht, auch bei der Einsichtnahme in die streitgegenständlichen Behandlungsausweise konnte der mit zwei Ärzten fachkundig besetzte Senat keine für die Kläger günstigen Erkenntnisse gewinnen. Nach den Eintragungen in den Behandlungsausweisen handelt es sich um gängige Krankheitsbilder (z.B. Infekt/Fieber; Urtikaria/Gastroenteritis; Atemnotsyndrom, Hypertonus; akuter Unterbauchschmerz; Herzrhythmusstörung; rechtsseitige Bronchitis oder Bronchopneumonie usw.), wobei die Kläger in den Quartalen 4/96 und 1/97 zudem auch - mit Ausnahme von drei Fällen - die hausärztliche Betreuung der notfallmäßig versorgten Patienten innehatten.

Die Absetzung der Nr.75 BMÄ/E-GO (Brief ärztlichen Inhalts in Form einer individuellen schriftlichen Information des Arztes an einen anderen Arzt über den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand des Patienten - Anamnese, Befunde, epikritische Bewertung, gegebenenfalls Therapieempfehlung -) im Rahmen einer Notfallbehandlung ist ebenfalls nicht zu beanstanden. Die Rechtfertigung für die Absetzung ergibt sich aus den einschlägigen Bestimmungen der BMVe sowie den dazu vereinbarten Ausführungsregelungen (vgl. hierzu BSG, SozR 3-5540 § 36 BMV-Ärzte Nr.1). § 34 Abs.1 BMV-Ä in der ab 1. Januar 1995 geltenden Fassung bestimmt, dass Abrechnungs- und Verordnungsvordrucke sowie Vordrucke für schriftliche Informationen als verbindliche Muster in der Vordruckvereinbarung festgelegt werden (Anlage 2 zum BMV-Ä). Für den Ersatzkassenbereich findet sich eine entsprechende Regelung in § 6 Abs.1 EKV-Ä. Die Vertragspartner des Bundesmantelvertrages bzw. des Arzt-Ersatzkassenvertrages haben in § 36 Abs.2 BMV-Ä bzw. § 6 Abs.3 EKV-Ä i.V.m. der Vordruckvereinbarung (Ziffer 2.19 des Abschnittes 2 der Vordruckvereinbarung) für die Abrechnung der Leistungen des ärztlichen Notfalldienstes die Verwendung des Musters 19 vorgeschrieben. Damit ist verbindlich geregelt, in welcher Form der weiterbehandelnde Arzt über die notfallmäßig durchgeführten Behandlungen seitens eines anderen Arztes zu informieren ist. Hierbei handelt es sich um eine abschließende Regelung, die festlegt, dass die Information des weiterbehandelnden Arztes, die auf dem zweiten Teil des "Muster 19" erfolgt, nicht gesondert berechnungsfähig ist. Diese abschließende Regelung kann nicht dadurch umgangen werden, dass auf dem Muster 19 eine den Inhalt der Nr.74 oder 75 BMÄ/E-GO erfüllende Mitteilung erfolgt bzw. neben oder anstelle der Ausfüllung des Musters 19 ein Arztbericht erstellt wird. Es widerspräche dem Ziel einer Vereinfachung der Abrechnung der im Notfall zu erbringenden Leistungen, wenn die KÄV gehalten wäre, jeden einzelnen Notfall daraufhin zu überprüfen, ob die Mitteilung des tätig gewordenen Arztes an den weiterbehandelnden Arzt über den Umfang dessen hinausgeht, was üblicherweise auf dem Teil "b" des "Musters 19" eingetragen wird.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs.1 und Abs.4 SGG](#) und auf der Erwägung, dass die Kläger auch im Berufungsverfahren mit ihrem Klagebegehren nicht erfolgreich waren.

Gründe, die Revision gemäß [§ 160 Abs.2 Nrn.1](#) und [2 SGG](#) zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2007-01-30