B 6 KA 37/03 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Potsdam (BRB)
Aktenzeichen
S 1 Ka 313/01
Datum
31.01.2001
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 5 KA 10/01
Datum
09.04.2003
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 37/03 R
Datum
08.09.2004
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Verabreicht der Arzt am Tag einer Dialysebehandlung dem Patienten über einen für die Dialyse bereits gelegten Zugang eine Medikamenteninfusion ist dafür die Nr 273 EBM-Ä nicht gesondert berechnungsfähig.
Auf die Revisionen der Beklagten und der Beigeladenen werden die Urteile des Landessozialgerichts für das Land Brandenburg vom 9. April 2003 und des Sozialgerichts Potsdam vom 31. Januar 2001 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen. Der Kläger hat die außergerichtlichen Kosten der Beklagten für alle Rechtszüge zu erstatten. Im Übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

Gründe:

I

Umstritten ist eine sachlich-rechnerische Berichtigung.

Der Kläger ist als Arzt für innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er betreibt eine Dialysepraxis. Die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) berichtigte seine Honorarabrechnung für das Quartal IV/1999, indem sie in elf Behandlungsfällen insgesamt 229 mal den Ansatz der mit 130 Punkten bewerteten Gebührennummer 273 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen - EBM-Ä - (Infusion) strich, soweit die nach dieser Position grundsätzlich berechnungsfähigen Infusionen neben Leistungen nach den Nr 790 bis 793 EBM-Ä (Dialyse) am selben Behandlungstag erbracht worden waren.

Die Beklagte wies den Widerspruch des Klägers zurück. Sie verwies darauf, dass Leistungen nach Kapitel C EMB-Ä (ua Infusionen nach Nr 273 EBM-Ä) neben Leistungen der Dialyse nach den Nr 790 bis 793 EBM-Ä nicht berechnungsfähig seien, soweit es sich um Maßnahmen zur Anlegung, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse handele. Im Übrigen sei das Einbringen von Medikamenten in einem bereits im Zuge der Dialyse gelegten Zugang bis zum 31. Dezember 1995 nach Nr 261 EBM-Ä berechnungsfähig gewesen. Diese Leistungsposition sei seit dem 1. Januar 1996 im "Verzeichnis nicht gesondert abrechnungsfähiger Leistungen" enthalten und mit der Ordinationsgebühr nach Nr 1 EBM-Ä abgegolten.

Das Sozialgericht (SG) hat die angefochtenen Bescheide aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, die Leistungen nach Nr 273 EBM-Ä nachzuvergüten (Urteil vom 31. Januar 2001). Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen. Die Honorarberichtigung sei nicht gerechtfertigt, weil der Kläger im Quartal IV/1999 in den streitigen Behandlungsfällen die Leistung nach Nr 273 EBM-Ä vollständig erbracht habe und ausdrücklich normierte Abrechnungsausschlüsse nicht eingriffen. Die Einbringung von Medikamenten durch Infusionen in einen bereits im Zuge der Dialyse liegenden Zugang erfülle den Leistungsinhalt der Nr 273 EBM-Ä vollständig. Nach dem Wortlaut der Leistungslegende werde nicht vorausgesetzt, dass ein Zugang neu zu legen sei. Daran ändere sich nichts dadurch, dass typischerweise das Legen des Zugangs Teil der Leistung nach Nr 273 EBM-Ä sei, ein solcher Zugang hier jedoch bereits vorhanden sei. Der Abrechnungsausschluss gemäß der Anmerkung zu Nr 793 EBM-Ä greife nicht ein, weil die Einbringung von Medikamenten hier keine Maßnahme zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse sei, die ausdrücklich nicht neben Dialyseleistungen berechnungsfähig sei. Auch der Abrechnungsausschluss für Teilleistungen sei nicht einschlägig, weil die Infusion von Medikamenten eine vollständige Leistungserbringung darstelle, selbst wenn ein bereits liegender Zugang genutzt werde. Die Regelung in der Präambel zu Abschnitt C II EBM-Ä, nach der bei Injektion, Infusion und Transfusion über denselben liegenden Zugang die Leistungsposition je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig sei, greife ebenfalls nicht ein. Dieser Abrechnungsausschluss gelte zwar für alle Injektionen, Infusionen und Transfusionen auch außerhalb des Abschnitts C II EBM-Ä, doch stelle eine Dialyse keine Injektion, Infusion

oder Transfusion im Sinne dieser Regelung dar. Deshalb sei die Infusion von Medikamenten als "weitere" Infusion neben der eigentlichen Dialyse berechnungsfähig (Urteil vom 9. April 2003).

Mit ihren Revisionen beanstanden die Beklagte und die beigeladene Kassenärztliche Bundesvereinigung (KÄBV) eine fehlerhafte Anwendung des EBM-Ä. Die Leistung nach Nr 273 EBM-Ä sei nicht gesondert berechnungsfähig, solange und soweit am Tag der Dialyse der für diese gelegte Zugang genutzt werde, um Medikamente in den Körper des Patienten zu bringen. Das ergebe sich zum einen daraus, dass in der Präambel zu Abschnitt C II EBM-Ä festgelegt sei, dass über denselben liegenden Zugang (Kanüle, Katheter) nur dann mehr als eine Injektion, Infusion oder Transfusion berechnet werden könne, wenn diese länger als einen Tag durchgeführt werde. Auch bei Dialysen handele es sich letztlich um eine "Infusion" bzw "Transfusion", da über eine punktierte Vene bzw aus einem sog Shunt dem Körper Blutflüssigkeit entnommen und diese nach Beendigung der Blutwäsche dem Körper wieder zugeführt werde. Bei Dialysen werde das entnommene Blut nach der Blutwäsche in den Organismus "reinfundiert". Daher sei der Abrechnungsausschluss der Präambel zu Abschnitt C II EBM-Ä auch gegenüber zusätzlichen Infusionen von Medikamenten nach Nr 273 EBM-Ä anzuwenden, wenn diese über den für die Dialyse bereits gelegten Zugang erfolgten.

Im Übrigen greife der Abrechnungsausschluss für Leistungen nach Nr 261 EBM-Ä in der bis zum 31. Dezember 1995 geltenden Fassung ein. Zu den nach der Neufassung des EBM-Ä ab Januar 1996 nicht mehr gesondert berechnungsfähigen Leistungen gehörten auch Injektionen, die an einen bereits liegenden Zugang angeschlossen würden. Diese Leistungen seien nunmehr durch die Ordinationsgebühr nach Nr 1 EBM-Ä abgegolten. Was für Injektionen ausdrücklich normiert sei, gelte der Sache nach auch für Infusionen.

Die Beklagte und die Beigeladene beantragen sinngemäß, die Urteile des Landessozialgerichts für das Land Brandenburg vom 9. April 2003 und des Sozialgerichts Potsdam vom 31. Januar 2001 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt, die Revisionen zurückzuweisen.

Die Gleichstellung von Injektionen und Infusionen sei sachlich nicht gerechtfertigt. Im Übrigen nehme die Beigeladene auf den bis zum Ende des Jahres 1995 geltenden Rechtszustand Bezug, der für eine Berichtigung im Jahre 1999 keine Bedeutung mehr habe. Injektionen seien eine Angelegenheit von Sekunden, während bei der Infusion zunächst die Lösung zubereitet, dann die Infusion vorbereitet und sodann der Patient bei der Durchführung in besonderer Weise überwacht werden müsse. Es sei unter ärztlichen Gesichtspunkten ausgeschlossen, eine Abrechnungsmöglichkeit für die Gebührenposition Nr 273 EBM-Ä dadurch künstlich zu schaffen, dass eine notwendige Medikamenteninfusion nicht über den bereits liegenden Zugang erfolge, der für die Dialyse benötigt worden sei, sondern eine zusätzliche Venenpunktion vorgenommen werde, um über diesen Zugang sodann die eigentliche Infusion laufen zu lassen. Ebenso wenig sei es aber gerechtfertigt, den mit den Infusionen verbundenen Aufwand unvergütet zu lassen.

Alle Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats durch Urteil ohne mündliche Verhandlung (§ 124 Abs 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG)) einverstanden erklärt.

II

Die Revisionen der Beklagten und der beigeladenen KÄBV sind zulässig.

Auch die Beigeladene ist befugt, das berufungsgerichtliche Urteil mit der Revision anzugreifen. Die für Rechtsmittel von Beigeladenen erforderliche materielle Beschwer ist in der hier zu beurteilenden Konstellation gegeben. Nach der Rechtsprechung des Senats sind die Partner der Bundesmantelverträge (BMVe), die an der Vereinbarung des Normsetzungsvertrages EBM-Ä gemäß § 87 Abs 1 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) beteiligt und im gerichtlichen Verfahren einfach beigeladen sind (§ 75 Abs 1 SGG), in Fällen, in denen die Gültigkeit einer Regelung des EBM-Ä in Frage stand, durch solche gerichtlichen Entscheidungen materiell beschwert, durch die Vorschriften des EBM-Ä inzident verworfen werden (BSGE 78, 98, 99 = SozR 3-2500 § 87 Nr 12 S 34 für die KÄBV; BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 3 für den Bewertungsausschuss). Der Bewertungsmaßstab nach § 87 Abs 1 SGB V wird von den Partnern der BMVe durch den Bewertungsausschuss als Vertragsorgan vereinbart (BSGE 90, 61, 64 = SozR 3-2500 § 87 Nr 35 S 203) und ist Bestandteil der BMVe. Deshalb ist es sachgerecht, die Partner der BMVe zu solchen Streitverfahren einfach beizuladen (§ 75 Abs 1 SGG), in denen inzident über die Gültigkeit einer Bestimmung dieser Verträge gestritten wird. Nach der Rechtsprechung des Senats steht den Partnern der BMVe im Fall der Normverwerfung seitens des Gerichts die Befugnis zu, wegen der Betroffenheit in der ihnen gesetzlich zugewiesenen Verantwortung für die vertragsärztliche Versorgung insgesamt Rechtsmittel einzulegen (BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 3 RdNr 6). Diese Grundsätze gelten entsprechend, wenn nicht unmittelbar über die Gültigkeit einer Bestimmung des EBM-Ä gestritten wird, sondern vorrangig die Auslegung eines Abrechnungsausschlusses im Streit steht. Sofern die Auslegung eines Abrechnungsausschlusses seitens eines Gerichts dazu führt, dass dieser Ausschluss nicht die ihm von den Partnern des Bewertungsausschusses zugedachte Funktion erfüllen kann und weitgehend leer läuft, sind die Partner der BMVe durch ein entsprechendes Urteil nicht anders beschwert, als wenn das Gericht die Gültigkeit der Regelung insgesamt in Frage gestellt hätte.

Die Revisionen sind auch begründet. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig. Die Beklagte hat die Berechnung der Leistung nach Nr 273 EBM-Ä im streitbefangenen Quartal zu Recht beanstandet. In den betroffenen Behandlungsfällen hat der Kläger insgesamt 229-mal die Leistung nach Nr 273 EBM-Ä ("Infusion, intravenös oder in das Knochenmark, von mindestens 10 Minuten Dauer"; bewertet mit 130 Punkten) angesetzt, wenn er den Patienten über den für die Dialyse bereits geschaffenen Zugang am selben Tag Medikamente verabreicht hat. Dazu ist er nicht berechtigt.

Nach der Rechtsprechung des Senats ist für die Auslegung der vertragsärztlichen Gebührenordnung in erster Linie der Wortlaut der Leistungslegende maßgeblich (vgl BSG SozR 3-5533 Nr 505 Nr 1 S 3; BSG SozR 4-5533 Nr 40 Nr 1 RdNr 6; s zuletzt Urteil vom 28. April 2004 - B 6 KA 19/03 R - zur Veröffentlichung in SozR 4 vorgesehen). Das vertragliche Regelwerk dient nämlich dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen zwischen Ärzten und Krankenkassen (vgl BSG SozR 3-2500 § 87 Nr 5 S 22 ff 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 im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Gebührenregelungen vorzunehmen (vgl BSG SozR

3-5533 Nr 115 Nr 1 S 3; s auch BSG SozR aaO Nr 2145 Nr 1 S 3). Eine entstehungsgeschichtliche Auslegung unklarer oder mehrdeutiger Regelungen kommt nur in Betracht, wenn Dokumente vorliegen, in denen die Urheber der Bestimmungen diese in der Zeit ihrer Entstehung selbst erläutert haben (vgl BSG SozR 3-5535 Nr 119 Nr 1 S 6). Leistungsbeschreibungen dürfen weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewandt werden (vgl BSG SozR 3-5535 Nr 119 Nr 1 S 5; SozR 3-5555 § 10 Nr 1 S 4; SozR 3-5533 Nr 2449 Nr 2 S 7).

Von diesen Maßstäben ist auch das LSG ausgegangen und hat zunächst zutreffend ausgeführt, dass dem gesonderten Ansatz der Nr 273 EBM-Ä neben der Berechnung der Leistungen für die Dialyse nach Abschnitt F V des EBM-Ä nicht der Abrechnungsausschluss des Satzes 3 der Leistungslegende zu Nr 793 EBM-Ä entgegensteht. Danach sind die Leistungen nach Kapitel C EBM-Ä, zu dem auch Infusionen nach Nr 273 EBM-Ä zählen, nicht neben den Leistungen nach den Nr 790 bis 793 EBM-Ä (Dialyse) berechnungsfähig, soweit es sich "um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse handelt". Zu diesen Begleitleistungen der Dialyse zählt jedenfalls eine solche Verabreichung von Medikamenten nicht, die weder mit der technischen Durchführung der Dialyse noch mit der der Dialyse zu Grunde liegenden Erkrankung (Niereninsuffizienz) in Zusammenhang steht. Das LSG hat - von den Revisionen unbeanstandet und deshalb für den Senat gemäß § 163 SGG bindend - festgestellt, dass der Kläger in den umstrittenen Behandlungsfällen die Patienten medikamentös wegen anderer Gesundheitsstörungen als der Niereninsuffizienz behandelt hat. In diesem Fall stellen die Beklagte und die beigeladene KÄBV zu Recht nicht in Frage, dass sich aus der Leistungslegende der Nr 793 EBM-Ä kein Ausschluss für eine gesonderte Berechnung von Infusionen ergibt.

Dem LSG kann aber nicht gefolgt werden, soweit es auch der Regelung der Präambel zu Abschnitt C II EBM-Ä in Verbindung mit Teil A, Abschnitt A I Nr 1 EBM-Ä keinen Ausschluss der gesonderten Berechnungsfähigkeit der Nr 273 EBM-Ä in der hier zu beurteilenden Konstellation entnommen hat. Die gebotene Zusammenschau beider Bestimmungen ergibt, dass Nr 273 EBM-Ä nicht angesetzt werden darf, wenn der Patient während oder nach der Dialyse über einen Zugang, der für die Dialyse gelegt worden ist, zusätzlich eine Infusion erhält.

Die Verabreichung einer Infusion über einen im Zuge der Dialysebehandlung bereits gelegten bzw liegenden Zugang wird zunächst teilweise von dem Leistungsausschluss in, Teil A, Abschnitt A I Nr 1 Satz 2 EBM-Ä erfasst. Danach ist eine Leistung nicht berechnungsfähig, wenn sie Bestandteil einer anderen berechnungsfähigen Leistung ist. Dieser Abrechnungsausschluss regelt nicht nur den Fall der so genannten Spezialität, bei der ein Leistungstatbestand notwendigerweise zugleich mit einem anderen erfüllt wird. Er erfasst vielmehr auch die Situation, dass eine ärztliche Leistung im Zuge einer anderen typischerweise miterbracht wird, und der für sie erforderliche Zusatzaufwand im Regelfall hinter dem Aufwand für die andere Leistung - die Hauptleistung - zurücktritt. In einem solchen Fall ist die eine Leistung mit der Vergütung für die andere mitabgegolten, weil sie nur einen unselbstständigen Anhang darstellt (BSG Urteil vom 25. August 1999 - B 6 KA 57/98 R -, MedR 2000, 201, 203 sowie BSG SozR 5535 Nr 12 Nr 1 S 2, 4 und aaO Nr 49 Nr 1 S 3 - für den zahnärztlichen Bereich). Diese Grundsätze erfassen im Kern auch den hier zu beurteilenden Fall. Mit der Hauptleistung "Dialyse" ist notwendig das Legen eines Zugangs verbunden, der dann auch für die Infusion benutzt wird. Der eine Leistungsbestandteil einer intravenösen Infusion, nämlich das Legen des Zugangs, ist Teil des Hauptleistungskomplexes "Dialyse", die am selben Behandlungstag durchgeführt wird. Deshalb ist es nicht gerechtfertigt, für eine Infusion mittels eines bereits liegenden Zugangs das Honorar nach Nr 273 EBM-Ä zu gewähren, das auch - und vor allem - das Legen des Zugangs vergütet.

Allerdings weist das LSG zu Recht daraufhin, dass bei dieser Betrachtungsweise der Teil der Infusionsleistung, der sich an das Legen des Zugangs anschließt, unberücksichtigt bleibt. Das Honorar des Arztes für den Leistungskomplex "Dialyse" (Nr 790 ff EBM-Ä) erhöht sich auch dann nicht, wenn dem Patienten am selben Behandlungstag noch Medikamente infundiert werden. Diese Vergütungsminderung haben die Partner des Bewertungsmaßstabs bei mehreren Infusionen pro Behandlungstag jedoch ausdrücklich normiert. In der Präambel zu Abschnitt C II EBM-Ä ist bestimmt: "Erfolgen über denselben liegenden Zugang (zB Kanüle, Katheter) mehr als eine Injektion, Infusion oder Transfusion, sind die Leistungspositionen je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig." Dem liegt die Erwägung zu Grunde, dass die mehrfache Berechnung von Infusionsleistungen pro Tag nicht gerechtfertigt ist, wenn nur einmal ein Zugang gelegt und für die Infusion vorbereitet werden muss. Dieser Gesichtspunkt beansprucht Geltung auch bei der Dialyse, unabhängig davon, ob diese vom Begriff der "Transfusion" im Sinne der Präambel zu Abschnitt C II EBM-Ä erfasst wird, wie dies die beigeladene KÄBV annimmt. Die Wertung des EBM-Ä, dass eine Infusion nicht gesondert berechnungsfähig ist, wenn kein Zugang (neu) gelegt werden muss, oder dessen Anlegen schon nach einer anderen Position der Gebührenordnung honoriert ist, darf auch beim Zusammentreffen von Dialyse und Infusion nicht übergangen werden.

Daran ändert sich nichts deshalb, weil der vollständige Ausschluss jedweder Vergütung für eine neben einer anderen Infusion oder einer Dialyse anfallenden Überwachung einer weiteren Infundierung von Medikamenten am selben Tag von den betroffenen Ärzten als unbillig empfunden werden kann. Der Normgeber des EBM-Ä hat diese Konsequenz bei der "Einbringung von Medikamenten durch Injektion in einen parenteralen Katheter" selbst ausdrücklich gezogen. Diese Leistung war bis zum 31. Dezember 1995 nach Nr 261 EBM-Ä abzurechnen. Seit dem 1. Januar 1996 ist sie Bestandteil des Katalogs der nicht mehr gesondert berechnungsfähigen Leistungen, die mit der Ordinationsgebühr nach Nr 1 EBM-Ä abgegolten sind. Im Übrigen ist es Sache des Normgebers, eine spezielle Leistungsposition für intravenöse Infusionen über einen bereits liegenden Zugang zu schaffen, wenn der sich aus dem gegenwärtigen Rechtszustand ergebende vollständige Ausschluss einer zusätzlichen Vergütung als unbefriedigend angesehen wird. Auf die alleinige Verantwortung der Partner der Bewertungsausschüsse für die Schließung von tatsächlichen oder vermeintlichen Vergütungslücken hat der Senat bereits in einem Urteil zum zahnärztlichen Bereich vom 13. Mai 1998 (BSG SozR 3-5555 § 10 Nr 1 S 5 f) hingewiesen. Nur der Bewertungsausschuss ist berechtigt, zu entscheiden und ggf punktmäßig zu bewerten, ob und ggf mit welcher Punktzahl der Aufwand des Arztes für die Überwachung einer Medikamenteninfundierung über den für die Dialyse bereits angelegten Zugang gesondert bewertet werden soll. Nach dem im streitbefangenen Quartal maßgeblichen Rechtszustand ist eine solche Vergütung über den Ansatz der Nr 273 EBM-Ä ausgeschlossen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 1 und 4 SGG in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung (vgl BSG SozR 3-2500 § 116 Nr 24 S 115 ff).
Rechtskraft
Aus
Login
BRD
Saved
2005-03-07