

L 5 KA 2882/10

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

5

1. Instanz

SG Stuttgart (BWB)

Aktenzeichen

S 11 KA 1674/07

Datum

20.05.2010

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 5 KA 2882/10

Datum

29.08.2012

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 20.05.2010 geändert und die Klage in vollem Umfang abgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten beider Rechtszüge.

Der Streitwert wird für das Berufungsverfahren auf 5.894,66 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Rechtmäßigkeit der Streichung der Gebührensnummern 462 und 463 EBM aus den Honorarabrechnungen des Klägers für die Quartale 1/03 bis 1/05 im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung.

Der Kläger nimmt als Facharzt für Orthopädie - Rheumatologie in T. an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Er führte in den streitgegenständlichen Quartalen wiederholt ambulant Radiofrequenzläsionen bei Patienten mit Facettensyndrom durch. Ausweislich der OP-Berichte wurde zu Beginn der Operation jeweils eine translaminiäre epidurale Regionalanästhesie angelegt, bevor die Kanüle zur Einführung der Thermo-sonde eingeführt wurde.

Die Beklagte ließ die Abrechnungen des Klägers anhand der vorgelegten OP-Berichte von einer medizinischen Sachverständigen, Frau Dr. P. (Spezielle Schmerztherapie, Notfallmedizin) überprüfen. Diese hielt ausweislich ihres Berichts vom 02.06.2004 unter anderem die Abrechnung der epiduralen Regionalanästhesie nach den Gebührennummern (GNR) 462 und 463 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für Ärzte (EBM) für sachlich nicht gerechtfertigt.

Die Leistungslegende der mit 950 Punkten bewerteten GNR 462 EBM in der Fassung vom 01.01.2001 lautet wie folgt:

"Plexusanästhesie (Plexus zervikalis, brachialis, axillaris, lumbalis, lumbosakralis) oder Spinal- oder Periduralanästhesie (auch kaudal), einzeitig oder mittels Katheder, ggf. einschl. Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums oder intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität einschl. Anlegen einer Bluteleere oder Kombinationsnarkose mit Maske, Larynxmaske oder endotrachealer Intubation, einschl. Anlegen eines i.v.- Zugangs, kontinuierlichem EKG-Monitoring und kontinuierlicher Pulsoxymetrie, ggf. einschl. Infusion(en) nach Nr. 273, gesteuerter Blutdrucksenkung, Legen einer Magensonde, Capnometrie und/oder Multigasmessung, bis zu 30 Minuten Dauer."

Die Leistungslegende der mit 450 Punkten bewerteten GNR 463 EBM in der Fassung vom 01.01.2001 lautet wie folgt:

"Fortsetzung einer Anästhesie/Narkose nach Nr. 462, je vollendete weitere 15 Minuten"

Im Anschluss an die GNR 463 EBM ist folgender Zusatz enthalten:

"Die Leistungen nach den Nrn. 461, 462 und ggf. Nr. 463 - ausgenommen die Plexusanästhesie oder die intravenöse Regionalanästhesie - können von dem die Narkose/ Anästhesie ausführenden Arzt nur dann berechnet werden, wenn er die Narkose/ Anästhesie während ihrer gesamten Dauer geleitet hat. Für den Operateur sind - von Notfällen abgesehen - diese Leistungen, mit Ausnahme der Plexusanästhesie oder der intravenösen Regionalanästhesie, nicht berechnungsfähig."

Mit Bescheid vom 24.10.2005 nahm die Kassenärztliche Vereinigung, Bezirksdirektion F., Regionalbüro K. auf der Grundlage des Berichts von Dr. P. sachlich-rechnerische Richtigstellungen für die Quartale 1/2003 bis 1/2005 vor und strich u.a. die GNRN 462 und 463 aus den Abrechnungen des Klägers. Diese Streichungen führten zu folgenden Kürzungsbeträgen:

(463) 1.848,53 EUR Quartal 1/03 (463) 1.347,13 EUR Quartal 2/03 (462) 260,21 EUR Quartal 3/03 (463) 790,88 EUR Quartal 3/03 (462) 75,62 EUR Quartal 4/03 (463) 214,90 EUR Quartal 4/03 (462) 226,86 EUR Quartal 1/04 (463) 214,91 EUR Quartal 1/04 (462) 75,62 EUR Quartal 2/04 (463) 248,40 EUR Quartal 2/04 (462) 151,24 EUR Quartal 3/04 (463) 139,28 EUR Quartal 3/04 (462) 75,62 EUR Quartal 4/04 (463) 32,72 EUR Quartal 4/04 (462) 75,62 EUR Quartal 1/05 (463) 69,64 EUR Quartal 1/05

Diese Berichtigungen der GNRN 462 und 463 machten einen Teilbetrag von 5.894,66 EUR an dem gesamten Kürzungsbetrag von 9.433,37 EUR aus.

Der Kläger erhob am 23.11.2005 gegen den Kürzungsbescheid Widerspruch, der nicht begründet wurde.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 06.02.2007 gestützt auf den Bericht von Frau P. vom 02.06.2004 zurück. Im Einzelnen wurde zur Begründung hinsichtlich der GNR 462 und 463 ausgeführt, der Kläger habe bei der Diagnose "Facettensyndrom L3/4, L4/5 und L5/S1" Radiofrequenzläsionen der medialen Äste des Ramus dorsalis, mittels eines "NeuroTherm JK3 Gerätes der Fa. Sch. m. durchgeführt. Nach Angaben der Fa. Sch. m. werde den operativ tätigen Kollegen zunächst eine sensible Stimulation zum Nachweis der korrekten Katheterlage empfohlen, die ohne sensible Antwort erfolgen müsse, und anschließend eine motorische Stimulation. Finde keine Muskelkontraktion statt, seien die anterioren Anteile des Nerven nicht berührt und es könne die Thermokoagulation erfolgen. Laut eingereichten Operations- und Narkoseberichten gehe der Kläger so nicht vor. Zunächst werde von ihm eine translaminäre epidurale Regionalanästhesie (diese sei auf dem Narkosebericht nicht aufgeführt) mit Naropin 2 mg 10 ml, 2A Lipotalon (für diese Indikation nicht zugelassen) durchgeführt. Das Fehlen von Muskelkontraktionen und radikulären Irritationen könne nicht als Hinweis auf eine korrekte Nadellage gewertet werden, da durch die Periduralanästhesie Schmerz, Sensibilität und Motorik ausgeschaltet seien. Die Durchführung der Testung und v.a. die Gabe von Lidocain 1% sei ein eindeutiger Hinweis darauf, dass die Periduralanästhesie entweder nicht wirke, oder nicht lege artis durchgeführt worden sei. Da der Kläger standardmäßig so vorgehe, sei die Periduralanästhesie in keinem Fall erfolgreich durchgeführt worden. Eine Radiofrequenzläsion im Zusammenhang mit der GNRN 462 und 463 werde deshalb nicht für möglich gehalten. Sofern eine Periduralanästhesie korrekt durchgeführt worden sei, könne postoperativ nicht entschieden werden, ob die Periduralanästhesie oder die Frequenzkoagulation eine Schmerzbesserung bewirkt habe. Die Diagnose "Facettensyndrom" rechtfertige eindeutig die Radiofrequenzläsion, nicht aber eine Periduralanästhesie. Die Häufigkeit des Ansatzes der GNR 463 in Verbindung mit GNR 462 sei nicht gerechtfertigt. Als Anästhesie-/Narkosedauer bei Regionalanästhesien gelte die Zeit vom Eintritt der vollständigen Anästhesiewirkung bis 10 Minuten nach Beendigung des Eingriffes. Die Anästhesiezeiten lägen immer bei 180 Minuten, die Dauer des Eingriffs schwanke zwischen 70 und 90 Minuten.

Am 02.03.2007 erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht Stuttgart und ließ zur Begründung u.a. ausführen, die Streichung der GNRN 462 und 463 EBM sei nicht gerechtfertigt.

Es sei unverständlich, dass die Beklagte die korrekte Durchführung der von ihm vorgenommenen Periduralanästhesien bestreite; Anhaltspunkte lägen hierfür nicht vor. Er habe in den streitigen Fällen eine Periduralanästhesie mit 2 mg Naropin vorgenommen und zwar im Anschluss an eine Radiofrequenzläsion. Diese Anästhesie sei eine Therapie gewesen zur Blockierung schmerzleitender Fasern ohne Ausschaltung der Motorik und eine von der Radiofrequenzläsion unabhängige Behandlungsmethode, die gleichwohl in derselben Sitzung durchgeführt worden sei. Dass der Hersteller des Radiofrequenzgeräts die von ihm gewählte Behandlungsmethode nicht beschreibe, liege damit auf der Hand. Es habe sich gerade um eine zusätzliche Therapie für den Patienten gehandelt, die von ihm für medizinisch notwendig erachtet worden sei. Diese Behandlungsstrategie sei insbesondere deshalb von ihm gewählt worden, da Kombinationen von epiduralen Anästhesien und Facettendeneration im klinischen Alltag allgemein gebräuchlich und verbreitet seien. Im Übrigen hätten die Patienten nach der Radiofrequenzläsion schmerzhafte innere Brandwunden, die durch sein Vorgehen deutlich gemindert seien, so dass die Periduralanästhesie zu einem positiven Nebeneffekt führe. Soweit die Verwendung von Lidocain 1% kritisiert werde, sei dem entgegenzuhalten, dass dieses Medikament schon vorher zur Austestung der Schmerzordnung gegeben werde und erst danach die Indikation zur Facettendeneration gestellt werde. Die Lidocaingabe schließe eine sachgerechte Durchführung der Periduralanästhesie nach der Facettendeneration nicht aus. Sämtliche der von ihm durchgeführten epiduralen Schmerztherapien hätten gewirkt und seien medizinisch indiziert gewesen. Zu Unrecht gehe die Beklagte davon aus, dass er als Operateur die GNRN 462 und 463 EBM nicht abrechnen dürfe. Dabei werde verkannt, dass er gerade kein Operateur im Sinne der Regelung bzw. Anmerkung sei. Die Periduralanästhesie sei kein zwingender Behandlungsschritt zur Durchführung der Facettendeneration; die Periduralanästhesie und die Radiofrequenzläsion stünden in keinem inneren Zusammenhang. Die Anästhesie sei vielmehr eine von der Facettendeneration unabhängige Behandlungsform. Diese solle vorrangig nicht die mit der Operation verbundenen Schmerzen lindern, sondern als eigenständige Form der Schmerztherapie einen Beitrag zur Gesundung der Patienten leisten, die unter multifokalen Rückenschmerzen litten. Diese Behandlung werde quasi zufällig bzw. aus Rationalisierungsgesichtspunkten bei der Operation "zusätzlich" ausgeführt, auch wenn sie positive Wirkungen auf das Ergebnis der Facettendeneration habe. Es handele sich um eine Anästhesie zur Schmerztherapie bei einer operativen Behandlung. Sämtliche Voraussetzungen und Definitionen des Katalogs D II. seien daher erfüllt. Die Ziffern seien daher abrechnungsfähig. Die Ansetzung der GNR 463 sei ebenfalls gerechtfertigt gewesen. Richtig sei, dass laut der Präambel zu Kapitel D als Anästhesiedauer die Zeit von Applikation des Anästhetikums bzw. Anästhesiewirkung bis 10 Minuten nach Beendigung des Eingriffes gelte und die Behandlung nach GNR 462 über 45 Minuten andauern müsse, um die GNR 463 ansetzen zu dürfen. Für je vollendete weitere 15 Minuten könne die GNR 463 abgerechnet werden. Die Beklagte selbst unterliege hier einem Interpretationsfehler, wenn sie unter dem Begriff des Eingriffes die Facettendeneration verstehe. Als Eingriff im Sinne der GNR 462 sei vielmehr die Schmerztherapiebehandlung durch die epidurale Anästhesie mittels Naropin anzusehen. Als grundsätzliche Anästhesiedauer sei daher auch die Wirkdauer des Naropin anzusetzen. Die Halbwertszeit von Naropin betrage bei intrathekalen Anwendung sechs Stunden, so dass er die Patienten nach der Behandlung und während der Wirkdauer der Anästhesie zumindest noch zwei Stunden in seiner Praxis unter Beobachtung gehabt habe. Dies entspreche auch der Dauer der Leistung bzw. des Eingriffes. Bei einer Leistungszeit von 120 Minuten sei er berechtigt, die GNR 463 fünfmal, ab 121 Minuten sogar sechsmal abzurechnen. So erklärten sich auch seine Abrechnungen.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten und führt aus, die korrekte Durchführung der Periduralanästhesie werde weiterhin bestritten.

Eine Erfüllung des Leistungsinhaltes der Nr. 462 EBM sei schon aus diesem Grunde nicht gegeben. Jedoch sei unabhängig von der Frage, ob die Periduralanästhesie lege artis durchgeführt worden sei, diese Anästhesie für den Kläger als Operateur nicht berechnungsfähig. Anästhesien seien durch den Operateur nur in seltenen Fällen in Personalunion möglich. Dies stelle ein berufsrechtlich zwingendes Erfordernis dar. Als Ausnahme von dieser Regel seien lediglich Leitungsanästhesien und Regionalanästhesien zu sehen, bei denen keine akute Interventionsnotwendigkeit jederzeit optional gegeben sein müsse. Diese Ausnahme treffe nach den Allgemeinen Bestimmungen zu den GNRN 461, 462 und ggf. 463 EBM lediglich für die Plexusanästhesie und die intravenöse Regionalanästhesie zu. Da der Kläger weder den Leistungsinhalt der Plexusanästhesie noch der intravenösen Regionalanästhesie zur Durchführung der Facettendenerivation nach GNR 2960 EBM erfülle, sei die GNR 462 EBM vom Kläger nicht berechnungsfähig. Die zutreffende Berichtigung der GNR 462 EBM bedinge die Absetzung der GNR 463 EBM als Fortsetzung einer Anästhesie/Narkose nach GNR 462 EBM, je vollendete weitere 15 Minuten. Unabhängig davon unterliege der Kläger hinsichtlich der Erfüllung des Leistungsinhaltes der GNR 463 EBM einem Interpretationsfehler. Gemäß der Präambel zu Kapitel D des EBM gelte als Anästhesie-/Narkosedauer die Zeit von der Applikation des Anästhetikums/Narkosemittels - bzw. bei Regionalanästhesie vom Eintritt der vollständigen Anästhesiewirkung - bis 10 Minuten nach Beendigung des Eingriffs. Gemäß der Kommentierung im Handkommentar von Wezel/Liebold zur GNR 463 EBM könne die Leistung nach GNR 463 EBM dann erstmals abgerechnet werden, wenn die Anästhesie/Narkose nach GNR 462 EBM mindestens 45 Minuten gedauert habe. Bei dem durchgeführten Eingriff der Facettendenerivation sei von einer geringen Eingriffszeit auszugehen. Die Angaben in den Operationsberichten schwankten zwischen 70 bis 90 Minuten. Dennoch werde beispielsweise in einem Behandlungsfall (K., E.) aus dem Quartal 1/03 die GNR 463 EBM insgesamt weitere 10-mal neben der GNR 462 EBM angesetzt. Selbst unter der Annahme, der Leistungsinhalt der GNR 462 EBM wäre bei Durchführung der Facettendenerivation erfüllt, wäre die GNR 463 EBM höchstens viermal daneben abrechenbar.

In der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht führte der Kläger nach der Darstellung im Urteil des Sozialgerichts aus, er sei Mitglied der International Spinal Injection Society (ISIS), wo die von ihm durchgeführte Facettendenerivationen bei gleichzeitiger Periduralanästhesien anerkannt sei. Die Reihenfolge zwischen Facettendenerivation und Anästhesie sei nicht zwingend; er habe aber in der Regel zunächst die Anästhesie durchgeführt. Bei der Radiofrequenzläsion werde eine Kanüle gelegt, durch die zusätzlich ein Lokalanästhetikum verabreicht werde; dies komme immer zusätzlich zur Periduralanästhesie zum Einsatz. Die parallel durchgeführten Facettendenerivationen bei gleichzeitiger Periduralanästhesie dienten der Behandlung der multifokalen Schmerzen; bei der Facettendenerivation verbleibe immer ein Restschmerz. Die Periduralanästhesie wirke als Narkose ca. 12 Stunden; zusätzlich verabreiche er dabei aber Cortison, welches eine Depotwirkung von mehreren Wochen habe, innerhalb derer der Patient keine oder deutlich weniger Schmerzen habe. In den von ihm vorgenommenen Periduralanästhesien liege zugleich eine Anästhesie des Plexus lumbalis.

Mit Urteil vom 20.05.2010 hob das Sozialgericht den Bescheid der Beklagten vom 24.10.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 06.02.2007 hinsichtlich der GNRN 462 und 463 auf und wies die Klage im Übrigen ab. Die Beklagte sei grundsätzlich für die sachlich-rechnerische Berichtigung zuständig gewesen. Die Bestimmungen über die Befugnis einer K. V., vertragsärztliche Honoraranforderungen und Honorarbescheide wegen sachlich-rechnerischer Fehler nachträglich zu korrigieren, verdrängten in ihrem Anwendungsbereich die Regelung des [§ 45 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch \(SGB X\)](#). Sie stellten von den Vorschriften des SGB X abweichende Regelungen i.S. des [§ 37 S. 1 SGB I](#) dar, die auf gesetzlicher Grundlage, nämlich auf Grund der Normen der Reichsversicherungsordnung (RVO) und später des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch (SGB V), erlassen worden seien (Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 30.06.2004 - [B 6 KA 34/03 R SozR 4-2500 § 85 Nr. 11](#)). Nach [§ 75 Abs. 2 Satz 2 1. Halbs. SGB V](#) hätten die Kassenärztlichen Vereinigungen die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Zu den Pflichten der Vertragsärzte gehöre auch eine ordnungsgemäße Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen. Die Kassenärztliche Vereinigung stelle die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest; dazu gehöre auch die - hier erfolgte - arztbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten ([§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Es obliege deshalb nach [§ 45 des Bundesmantelvertrages-Ärzte \(BMV-Ä\)](#) bzw. [§ 34 des Ersatzkassenvertrages-Ärzte \(EKV-Ä\)](#) der Beklagten, die vom Vertragsarzt eingereichten Honoraranforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. zu berichtigen. Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Abrechnung erstreckte sich auf die Frage, ob die abgerechneten Leistungen ordnungsgemäß - somit ohne Verstoß gegen gesetzliche oder vertragliche Bestimmungen mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebotes - erbracht worden seien. Solche Verstöße könnten z. B. darin liegen, dass die Leistungen überhaupt nicht, nicht in vollem Umfang, ohne die zur Leistungserbringung erforderliche spezielle Genehmigung oder unter Überschreitung des Fachgebietes erbracht worden seien (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 75 Nr. 10](#) m.w.N.). Die Befugnis zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Honoraranforderung auf bundesmantelvertraglicher Rechtsgrundlage bestehe aber nicht nur im Falle rechnerischer und gebührenordnungsmäßiger Fehler, sondern erfasse auch Fallgestaltungen, in denen der Vertragsarzt Leistungen unter Verstoß gegen Vorschriften über formale oder inhaltliche Voraussetzungen der Leistungserbringung durchgeführt und abgerechnet habe (vgl. BSG, Urteile vom 08.09.2004, [SozR 4-2500 § 39 Nr. 3](#) Rdnrn. 7, 14, m.w.N. und vom 28.09.2005 - [B 6 KA 14/04 R SozR 4-5520 § 32 Nr. 2](#)). Maßgebende Gebührenordnung sei dabei der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), den die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse als Bestandteile der Bundesmantelverträge vereinbart habe ([§ 87 Abs. 1 SGB V](#)). Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) seien Vergütungstatbestände entsprechend ihrem Wortlaut und -sinn auszulegen und anzuwenden (vgl. u.a. BSG, Urteile vom 28.04.2004 - [B 6 KA 19/03 R](#) - und vom 08.09.2004 - [B 6 KA 46/03 R](#) -). Dieser sei maßgebend (vgl. BSG, Urteil vom 02.04.2003 - [B 6 KA 28/02 R](#) -) und könne nur in engen Grenzen durch die systematische und/oder entstellungsgeschichtliche Interpretation ergänzt werden. Eine ausdehnende Auslegung oder gar eine Analogie seien unzulässig (vgl. BSG [SozR 3-5555 § 10 Nr. 1](#), [SozR 3-5533 Nr. 2449 Nr. 2](#), [SozR 3-2500 § 87 Nrn. 2 und 5](#) sowie [MedR 2000, 201, 202](#); zum Ganzen auch BSG [SozR 3-5533 Nr. 505 Nr. 1](#) m.w.N.). Darüber hinaus seien ausschließlich betriebswirtschaftliche Aspekte aus den Praxen der betroffenen Arztgruppe ebenso wenig geeignet, die Rechtswidrigkeit einer EBM-Regelung zu begründen wie von einer bestimmten Fachgruppe vorgebrachte fachmedizinische Argumente (vgl. BSG, Urteil vom 16.05.2001 - [B 6 KA 20/00 R](#) -). Auf dieser Grundlage habe die Beklagte nach Überzeugung der fachkundig besetzten Kammer zu Unrecht die Gebührenansätze der GNRN 462 und 463 EBM gestrichen. Die Ansätze der übrigen streitigen Gebührensätze seien demgegenüber zu Recht gestrichen bzw. umgewandelt worden. Die Ansätze der GNRN 462 und 463 EBM durch den Kläger seien berechtigt gewesen. Der Kläger habe in der mündlichen Verhandlung schlüssig dargelegt, dass er eine komplexe Behandlung der multifokalen Schmerzen durchführe, bestehend aus der Facettendenerivationen mittels Radionfrequenzläsion - bei der mittels einer Kanüle zusätzlich ein Lokalanästhetikum verabreicht werde - und der Periduralanästhesie, die nicht nur eine Anästhesie insbesondere des Plexus lumbalis für 12 Stunden bewirke, sondern aufgrund der Depotwirkung des zugleich gegebenen Cortisons eine Schmerzausschaltung oder -reduktion für mehrere Wochen. Dies sei nach Auffassung der fachkundig besetzten Kammer eine Vorgehensweise, die in Ausführung und Wirkung der lokalen Plexusanästhesie, also der Blockade mehrerer schmerzverursachender Bahnen eines Nervenstranges - hier des Plexus lumbalis - jedenfalls gleich zu erachten sei. Die Abrechnungsfähigkeit dieser Form der zu schmerztherapeutischen Zwecken eingesetzten Lokalanästhesie sei daher nicht über die Allgemeine Bestimmung des EBM zu GNRN 461 ff.

für den Kläger als - gleichzeitigen - Operateur ausgeschlossen. Der Kläger sei auch nicht an der Abrechnung der GNR 463 in den streitigen Fällen gehindert gewesen. Stelle man für den zeitlichen Ansatz der GNR 462 (Dauer mindestens 45 Minuten) auf die epidurale Anästhesie mittels Naropin ab, so ergebe sich nach dem schlüssigen Vorbringen des Klägers eine Halbwertszeit von Naropin bei intrathekalen Anwendung von sechs Stunden. Bei einer Fortsetzung und Beobachtung der Anästhesie von zumindest zwei Stunden (120 Minuten) in der Praxis war der Kläger daher nicht am Ansatz der GNR 463 gehindert, die er - soweit ersichtlich - jeweils ca. 6 Mal pro Ansatz der, also für jeweils 75 Minuten geltend gemacht hat.

Einen Rechtsverstoß gegen höherrangiges Recht durch die Fassung des Leistungsinhalts der einschlägigen EBM-Ziffern sei nicht zu erkennen. Es sei vorrangig Aufgabe des Bewertungsausschusses, im EBM auftretende Unklarheiten und Regelungslücken zu beseitigen. Die Bestimmungen des EBM seien Akte der Normsetzung durch Vertrag. Wie jedem anderen Normgeber stehe dabei auch dem Bewertungsausschuss Gestaltungsfreiheit zu (vgl. z.B. [BVerfGE 97, 271](#), 290 f. 90, 22, 26 m.w.N.; [69, 150](#), 159 f. m.w.N.; vgl. auch [BSGE 88, 126](#), 133 f.), die grundsätzlich auch von der Rechtsprechung zu respektieren sei und von dieser nur in Ausnahmefällen korrigiert werden dürfe. Die Gerichte seien grundsätzlich nicht befugt zu überprüfen, ob der Normgeber jeweils die zweckmäßigste, vernünftigste und gerechteste Lösung gefunden habe (BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 15](#)). Anhaltspunkte dafür, dass der Bewertungsausschuss hier seine Regelungskompetenz "missbräuchlich", d.h. von sachfremden Erwägungen getragen, ausgeübt habe (vgl. [BSGE 83, 205](#), 208; [84, 235](#), 237; [79, 239](#), 245 f.; Urteil vom 16.05.2001 - [B 6 KA 47/00 R](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 30](#)), bestünden nicht.

Gegen das ihr am 09.06.2010 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 21.06.2010 Berufung eingelegt. Die sachlich- rechnerischen Richtigstellungen der GNRN 462, 463 EBM seien zu Recht erfolgt. Entgegen der Entscheidung des Sozialgerichts Stuttgart seien die GNRN 462, 463 EBM für den Kläger als Operateur nicht abrechenbar. Der Kläger habe selbst ausgeführt, dass er in den umstrittenen Fällen Periduralanästhesien und keine Plexusanästhesien oder intravenöse Regionalanästhesien, die für ihn als Operateur gegebenenfalls berechnungsfähig gewesen wären, durchgeführt habe. In der vom Kläger in der mündlichen Verhandlung beschriebenen Vorgehensweise sei - entgegen der Auffassung des Sozialgerichts - keine in Ausführung und Wirkung der lokalen Plexusanästhesie vergleichbare Behandlung zu sehen. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sei für die Auslegung in erster Linie der Wortlaut der Regelungen maßgeblich, da das vertragliche Regelwerk zum einen dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen von Ärzten und Krankenkassen diene und es vorrangig Aufgabe des Bewertungsausschusses selbst sei, Unklarheiten zu beseitigen. Zum anderen folge die primäre Bindung an den Wortlaut aus dem Gesamtkonzept des Bewertungsmaßstabs als einer abschließenden Regelung, die keine Ergänzung oder Lückenfüllung durch Rückgriff auf andere Leistungsverzeichnisse bzw. Gebührenordnungen oder durch analoge Anwendung zulasse. (vgl. z. B. BSG, [B 6 KA 1/08 R](#)). Die Frage, ob die vom Kläger als Operateur erbrachten Periduralanästhesien nach den GO-Nrn. 462, 463 EBM berechnungsfähig seien, könne zwar nicht allein anhand des Wortlauts der Leistungslegenden selbst entschieden werden. Jedoch ergebe sich aus dem Wortlaut der allgemeinen Abrechnungsbestimmungen zu den GO-Nrn. 461, 462, 463 EBM eindeutig, dass Periduralanästhesien vom Operateur nicht berechnungsfähig seien. Die Absetzungen seien daher zu Recht erfolgt. Auch aus medizinischen Gründen könne eine Periduralanästhesie nicht mit einer Plexusanästhesie gleich gesetzt werden. Die Beschränkung für den Operateur diene insbesondere dem Patientenschutz. Insoweit könne nicht entscheidend sein, ob das Sozialgericht Stuttgart das Risikopotential und die Wirkungsweise der Periduralanästhesie gegenüber der Plexusanästhesie als vergleichbar einschätze. Die Bestimmung des EBM hebe ausdrücklich darauf ab, dass diese Leistungen für den Operateur nur im Falle einer Plexusanästhesie oder der intravenösen Regionalanästhesie berechnungsfähig seien. Eine Gleichsetzung beider Anästhesien erfolge ausdrücklich nicht. Vielmehr werde in abschließenden Aufzählungen der berechnungsfähigen Anästhesie-/Analgesieverfahren insoweit zwischen Periduralanästhesie und Plexusanästhesie unterschieden. Dies sei medizinisch auch dadurch begründet, dass die Einsatzgebiete unterschiedlich seien. Eine korrekte Plexusanästhesie könne nur zur Analgesie im plexusversorgten Bereich einer Körperhälfte führen. Bei der Periduralanästhesie hingegen werde bei korrekter Durchführung immer der jeweilige Einzugsbereich beider Körperhälften analgisiert/anästhesiert. Es könne daher offen bleiben, ob der Kläger die Periduralanästhesien korrekt durchgeführt habe. Dies werde lediglich hilfsweise unter Bezugnahme auf die zutreffenden Ausführungen im Widerspruchsbescheid vom 06.02.2007 bezweifelt. Ebenso hilfsweise sei zu beanstanden, dass die Ausführungen des Sozialgerichts Stuttgart zur Berechnungsfähigkeit der GO-Nr. 463 EBM nicht durchgreifen könnten. Die Beklagte wiederholte hierzu ihr Vorbringen aus dem erstinstanzlichen Verfahren.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 20.05.2010 abzuändern und die Klage insgesamt abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die GNR 462 und 463 EBM seien abrechnungsfähig gewesen. Die Ziffer 462 stehe wie die Ziffer 463 in dem Abschnitt "Anästhesien/Narkosen bei operativen Eingriffen". Aus diesem Oberabschnitt lasse sich entnehmen, dass die Narkose nicht zwingend für den operativen Eingriff erforderlich sein müsse, um in diesem Kapitel abrechnungsfähig zu sein. Mit der Wortwahl der Präposition "bei" werde ausdrücklich zum Ausdruck gebracht, dass auch Narkosen und Anästhesien, die nur einen (anderen) operativen Eingriff begleiten würden bzw. eine eigene schmerztherapeutische Wirkung neben der Operation hätten, grundsätzlich unter dieses Kapitel fallen würden. Wären in diesem Kapitel lediglich Narkosen/Anästhesien abrechnungsfähig, die die Operation als solche erst ermöglichen, weil sie ohne Anästhesie oder Narkose nicht durchführbar wären, wäre die Präposition "für" (operative Eingriffe) zu erwarten gewesen.

Der Kläger erreiche durch die von ihm angewandte Technik in der Wirkung für den Patienten immer eine komplette Anästhesie des Plexus lumbosacralis und erfülle durch seine Schmerztherapie aus objektiver medizinischer Sicht den Leistungsinhalt der Plexusanästhesie in GNR 462 EBM. Die von ihm durchgeführte Anästhesie finde zentral im Wirbelkanal statt. Unter Röntgen-C-Bogen-Kontrolle werde der Epiduralraum gezielt aufgesucht, wobei je nach Platzierung der Nadel links oder rechts von der Median-Linie eine vermehrte Wirkung auf den rechten oder linken Plexus lumbosacralis bewirkt werde. Diese Wirkung auf den rechten und linken Plexus lumbosacralis werde zusätzlich beeinflusst dadurch, dass nach den anatomischen Gegebenheiten die Rückenmarkshäute in der Mittellinie durch einen ligamentären Halteapparat annähernd geteilt würden. Zudem werde eine regionale Wirkung durch die Konzentration der Medikamente und durch die Menge in Milliliter gesteuert. Dies führe zu einem Ausschalten verschiedener Nervenbahnen und zentral auch des - bzw. großer Anteile des - Plexus lumbosacralis. Würden aber durch diese Art und Weise der Therapie Nervenkomplexe des Plexus lumbosacralis

ausgeschaltet, liege aus objektiver ärztlicher Sicht eine Plexusanästhesie in ihrer Wirkung vor. Die Anästhesie des Plexus lumbosacralis sei komplex und häufig nicht durch eine einzige Injektion zu erreichen. Eine Anästhesie des Plexus lumbosacralis sei dementsprechend dann am sichersten (für den Patienten) und am komplexesten (d. h. zum Erreichen einer Analgesie aller gewollten Nervenstränge), wenn diese Analgesie in der Technik einer epiduralen Infiltration ausgeführt werde. So gehe der Kläger vor und habe damit in der Schmerztherapie großen Erfolg. Durch welche Behandlungstechnik die Blockierung des Plexus lumbosacralis erreicht werde, sei für die Abrechnungsfähigkeit der GNR 462 irrelevant. Im Übrigen sei es mit dem von ihm praktizierten Verfahren sogar möglich, eine gezielte Analgesie der rechten oder der linken Körperhälfte vorzunehmen, je nachdem, ob die Infiltrationsnadel links oder rechts der Körpermitte platziert werde. Insoweit habe sein Vorgehen sogar Vorteile gegenüber dem konventionellen Erasten und Platzieren der Nadel in den paravertebralen Weichteilgeweben, wie dies bei der klassischen Plexusanästhesie erfolge, die aber unsicherer sei in puncto anatomische Lage und Wirkung für den Patienten. Die schmerztherapeutische Wirkung der Vorgehensweise des Klägers sei auch seitens der sachverständigen Beisitzer, die als kompetente Ratgeber fungierten, im erstinstanzlichen Verfahren bestätigt worden.

Der für die streitgegenständlichen Behandlungsleistungen aus dem Jahre 2003 maßgebliche EBM datiere aus dem Jahre 1995 und habe zum Abrechnungszeitpunkt bereits unverändert über sieben Jahre gegolten. Er sei nicht an den aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst worden und habe deshalb das von dem Kläger praktizierte Vorgehen, das im Behandlungszeitpunkt international anerkannten Behandlungsstandards in der Schmerztherapie entsprochen habe, nicht gesondert in der Legende beschrieben. Es sei nicht nachvollziehbar, dass sich die Beklagte einer international anerkannten Methode und deren Wirkungen verschließe, die gerade im Sinne einer nachhaltigen Versorgung der Patienten angewandt werde. Dass die Beklagte weiterhin das korrekte Vorgehen des Klägers bei der Durchführung der Anästhesie - wenn auch nur hilfsweise - in Frage stelle, sei ebenfalls nicht mehr nachvollziehbar, müsse der Beklagten doch im Laufe des erstinstanzlichen Verfahrens das Behandlungsverfahren des Klägers verständlich geworden sein.

Die Abrechnungen der Ziffer 463 seien ebenfalls nicht zu beanstanden. Die Beklagte gehe weiterhin vom falschen Ansatz aus, wenn sie die Dauer der Facettendenerivation als maßgebliche Narkosedauer heranziehe. Richtigerweise müsse auf die analgetische Wirkung des applizierten Naropins abgestellt werden, die nachweislich bei ca. sechs Stunden liege. Werde der Patient während der Wirkung des Anästhetikums in der Praxis noch für mindestens zwei Stunden überwacht und beobachtet, seien einerseits die Leistungsvoraussetzungen der Ziffer 463 grundsätzlich erfüllt, andererseits sei der Kläger auch berechtigt, die Ziffer für jede angefangenen 15 Minuten anzusetzen. Die Urteilsgründe des Sozialgerichts Stuttgart seien auch insoweit nicht zu beanstanden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist gem. [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne Zulassung durch das Sozialgericht statthaft, da ein Rückforderungsbetrag von 5.894,66 EUR in Streit steht. Sie ist auch sonst zulässig ([§ 151 SGG](#)).

Da der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts, soweit es die weiteren im Bescheid der Beklagten vom 24.10.2005 verfügten Streichungen für rechtmäßig erachtet hat, Berufung nicht eingelegt hat, ist das Urteil insoweit rechtskräftig geworden. Streitig ist somit im Berufungsverfahren allein die Rechtmäßigkeit des Ansatzes der GNRN 462 und 463 in den Quartalen 1/03 bis 1/05.

Die Berufung der Beklagten ist auch begründet. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 24.10.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 06.02.2007 ist auch insoweit rechtmäßig, als darin die Honoraranforderungen des Klägers für die Quartale 1/2003 bis 1/2005 um den Ansatz der GNRN 462 und 463 EBM gekürzt wurden. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Vergütung nach diesen Gebührentatbeständen des EBM. Das Sozialgericht hat den Berichtigungsbescheid insoweit zu Unrecht aufgehoben.

Rechtsgrundlage für eine sachlich-rechnerische Richtigstellung der Abrechnungen der Vertragsärzte ist [§ 106a Abs. 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Danach stellt die Kassenärztliche Vereinigung die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest. Die Befugnis der Kassenärztlichen Vereinigung ergibt sich ferner aus den auf [§ 82 Abs. 1 SGB V](#) beruhenden bundesmantelvertraglichen Bestimmungen in [§ 45 Abs. 2 Satz 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte \(BMV-Ä\)](#) und [§ 34 Abs. 4 Satz 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen \(EKV-Ä\)](#), wonach die Kassenärztliche Vereinigung die Honorarforderung des Vertragsarztes bei Fehlern der sachlich-rechnerischen Richtigkeit berichtigt. Dies gilt insbesondere für die Anwendung des Regelwerkes. Der abweichende Wortlaut des [§ 34 Abs. 4 EKV-Ä](#) enthält in der Sache keine andere Regelung. Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Abrechnung erstreckt sich auch auf die Frage, ob die abgerechneten Leistungen ordnungsgemäß - also ohne Verstoß gegen gesetzliche oder vertragliche Bestimmungen mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebotes - erbracht worden sind (vgl. Senatsbeschluss vom 05.04.2007, - [L 5 KA 28/06](#) -; auch BSG, Urt. v. 18.08.2010, - B 6 23/09 R -). Solche Verstöße können darin liegen, dass Leistungen zur Abrechnung kommen, die in einer nicht der Gebührenordnung entsprechenden Weise oder überhaupt nicht erbracht wurden. Die sachlich-rechnerische Berichtigung erfasst aber auch Fallgestaltungen, in denen der Vertragsarzt Leistungen unter Verstoß gegen Vorschriften über formale und inhaltliche Voraussetzungen der Leistungserbringung durchgeführt und abgerechnet hat (BSG, Urt. v. 28.09.2005, [B 6 KA 14/04 R, SozR 4-5520 § 32 Nr. 2](#), m. w. N.). Die Bestimmungen über die Befugnis einer Kassenärztlichen Vereinigung, vertragsärztliche Honoraranforderungen und Honorarbescheide wegen sachlich-rechnerischer Fehler nachträglich zu korrigieren, verdrängen dabei in ihrem Anwendungsbereich die Regelung des [§ 45](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X). Sie stellen von den Vorschriften des SGB X abweichende Regelungen i. S. des [§ 37 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) dar (BSG, Urt. v. 30.06.2004, [B 6 KA 34/03 R, SozR 4-2500 § 85 Nr. 11](#), m. w. N.).

Soweit es auf die Auslegung der vertragsärztlichen Gebührenordnung ankommt, ist in erster Linie der Wortlaut der jeweiligen Leistungslegende maßgeblich. Denn das vertragliche Regelwerk dient dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen zwischen Ärzten und Krankenkassen, 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. 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. Leistungsbeschreibungen dürfen weder ausdehnend ausgelegt

noch analog angewandt werden (vgl. Senatsurteil vom 13.12.2006, - [5 KA 5574/05](#) -; BSG, Urt. v. 18.8.2010, - B 6 23/09 R -).

Die sachlich-rechnerischen Richtigstellungen der Beklagten zu den GNRN 462 und 463 EBM sind nach Auffassung des fachkundig besetzten Senats zu Recht erfolgt. Anders als das Sozialgericht hält der Senat den Kläger nicht für berechtigt, seine Leistungen in den Quartalen 1/2003 bis 4/2005 unter Ansatz dieser Gebührentatbestände abzurechnen.

Der Abrechnung der GNR 462 EBM steht entgegen, dass der Kläger als Operateur nicht berechtigt war, neben der Abrechnung der Radiofrequenzläsionen (GNR 2960) auch die durchgeführte epidurale Regionalanästhesie abzurechnen. Dies ergibt sich aus dem Zusatz im EBM nach der GNR 463, wonach Leistungen nach den Nrn. 461, 462 und ggf. Nr. 463 für den Operateur - von Notfällen abgesehen - mit Ausnahme der Plexusanästhesie oder der intravenösen Regionalanästhesie, nicht berechnungsfähig sind.

Die Beklagte hat unter Bezugnahme auf die Ausführungen von Dr. P. vom 02.06.2004 zu Recht darauf abgestellt, dass der Kläger vor den von ihm durchgeführten Radiofrequenzläsionen zunächst die epidurale Regionalanästhesie durchführt. Dies ergibt sich aus den Operationsberichten des Klägers, die bei den operativen Behandlungen von Facettensyndromen insoweit immer die gleiche Vorgehensweise beschreiben. Soweit der Kläger im erstinstanzlichen Verfahren in seiner Klagebegründung hat vortragen lassen, die Periduralanästhesie sei im Anschluss an die Radiofrequenzläsionen durchgeführt worden, findet dies in den Operationsberichten keine Bestätigung. Der Kläger hat später an diesem Vortrag auch nicht mehr festgehalten, sondern in der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht von einer Radiofrequenzläsion bei "gleichzeitiger" Periduralanästhesie gesprochen. Er hat auch eingeräumt, in der Regel zunächst die Anästhesie durchgeführt zu haben. Der Kläger ist auch Operateur im Sinne des Zusatzes im EBM zu den GNRN 461, 462 und 463. Maßgeblich kommt es hierfür auf die Radiofrequenzläsionen an, die der Kläger als ambulante Operationen durchgeführt hat. Wenn der Kläger im Klageverfahren geltend macht, dass er deshalb kein Operateur im Sinne dieser Regelung sei, weil die Periduralanästhesie und die Radiofrequenzläsionen nicht in einem zwingenden inneren Zusammenhang stehen würden, woran er im Berufungsverfahren ausdrücklich festhält, so kann dieser Einwand nicht überzeugen. Einen Zusammenhang hat der Kläger insoweit mittels Durchführung beider Maßnahmen im Rahmen einer Operation selbst hergestellt, der nunmehr für die Frage der Abrechnung relevant geworden ist. Der Kläger räumt ein, dass die Periduralanästhesie kein zwingender Behandlungsschritt für die Durchführung einer Facettendenervation ist. Er führe sie aus Rationalisierungsgründen zusätzlich bei der Radiofrequenzläsion durch, wobei sie auch positive Wirkungen auf die Facettendenervation entfalte. Es handele sich um zwei unterschiedliche Verfahren zur Schmerztherapie, die sich in ihrer Wirkung ergänzten. Damit steht indes fest, dass der Kläger die Periduralanästhesie innerhalb eines operativen Behandlungsvorgangs jeweils zusammen mit der Radiofrequenzläsion durchgeführt hat, so dass der Ausschluss aus dem Zusatz des EBM greift.

Der Kläger kann sich auch nicht darauf berufen, dass die von ihm durchgeführte Periduralanästhesie nicht von diesem Ausschluss erfasst ist, weil sie eine Plexusanästhesie darstellt, für die der Ausschluss im Zusatz zu GNRN 461, 462 und 463 des EBM nicht gilt. Der Senat ist anders als das Sozialgericht nicht zu der Überzeugung gelangt, dass die vom Kläger durchgeführte epidurale Regionalanästhesie in Ausführung und Wirkung der Plexusanästhesie gleichzusetzen ist. Zwar mag der Periduralanästhesie von ihrer Wirkung her ein vergleichbarer Nutzen für den Patienten zukommen, da bei der epiduralen Anästhesie auch der Plexus lumbosacralis ausgeschaltet wird. Für die Abrechnung maßgeblich ist aber nach Auffassung des Senats nicht in erster Linie die Wirkweise einer Behandlung, sondern vielmehr die Ausführungsweise, also die ärztliche Tätigkeit, die mit dieser Behandlung verbunden ist. Hierin unterscheidet sich die Plexusanästhesie von der Periduralanästhesie aber wesentlich. Während es sich - wie ein ehrenamtlicher Richter des Senats in der mündlichen Verhandlung dargelegt hat - bei der Plexusanästhesie um eine sog. periphere Leitungsanästhesie handelt, die mit Injektion eines Lokalanästhetikums in die unmittelbare Nähe eines Nervenplexus erfolgt, stellt die Periduralanästhesie eine Form der sog. zentralen Leitungsanästhesie dar, bei der die Injektion des Lokalanästhetikums unter Anwendung eines Periduralkatheters rückenmarksnah in den spinalen Epiduralraum erfolgt. Während die aufwändigere und schwierigere Periduralanästhesie nach den GNRN 462 ff EBM ebenso wie die Kombinationsnarkose den Anästhesisten vorbehalten bleibt, dürfen vom Operateur lediglich die durch periphere Injektion vorzunehmende Plexusanästhesie und die intravenöse regionale Anästhesie ausgeführt und abgerechnet werden. Zu Recht hat die Beklagte in ihrer Berufungsbegründung deshalb darauf abgestellt, dass der EBM insoweit eine ausdrückliche Differenzierung zwischen den verschiedenen Anästhesieverfahren vornimmt und die Berechnungsfähigkeit entsprechend differenziert gestaltet hat.

Auf die Frage, ob die Periduralanästhesien, die der Kläger im Zusammenhang mit den Radiofrequenzläsionen durchgeführt hat, korrekt ausgeführt worden sind oder nach der fachlichen Beurteilung zumindest die Kombination der Behandlungen nicht zweckmäßig war, kommt es damit nicht an. Selbst wenn dem Kläger aber darin zuzustimmen sein sollte, dass es sich bei der Kombination der Radiofrequenzläsionen mit den durchgeführten Periduralanästhesien um eine nach internationalen Standards der Schmerztherapie anerkannte Behandlungsmethode handelt, begründet dies noch nicht die Abrechnungsfähigkeit durch den Operateur selbst. Vielmehr will der EBM gerade die vom Operateur selbst abzurechnenden Narkoseverfahren aus Gründen des Patientenschutzes auf die einfacheren Verfahren der Plexusanästhesie und der intravenösen Regionalanästhesie beschränken. Eine entsprechende Gewichtung der Behandlungen über die Abrechnungsregelungen bleibt dem Bewertungsausschuss im Rahmen seiner Gestaltungsfreiheit vorbehalten (vgl. [BSGE 88, 126](#), 133 f.) und ist einer gerichtlichen Überprüfung nicht zugänglich.

Kommt eine Abrechnung der GNRN 463 EBM für die Fortsetzung der Anästhesie damit schon deshalb nicht in Betracht, weil die Anästhesie als solche für den Kläger nicht abrechenbar ist, so steht ihr um Übrigen auch entgegen, dass allein die fortdauernde Wirkung eines einmal verabreichten Lokalanästhetikums keine Fortsetzung der Anästhesie im Sinne dieses Gebührentatbestandes darstellt. Aus dem Zusatz zu GNRN 461, 462 und 463 des EBM ergibt sich insoweit, dass auf die "Leitung" der Anästhesie durch den ausführenden Arzt abzustellen ist. Allein die Überwachung und Beobachtung des Patienten in der Praxis des Klägers während der Wirkung des Anästhetikums stellt keine Fortsetzung der Anästhesie im Sinne der GNR 463 EBM dar, sondern entspricht der in GNR 490 EBM beschriebenen Leistung einer dokumentierten Überwachung im Anschluss an eine Leistung nach GNR 462 EBM.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 52 Abs. 3 GKG](#).
Rechtskraft

Aus
Login
BWB
Saved
2012-10-01