

L 11 KA 5/09

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

11
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 2 KA 129/07

Datum
03.12.2008
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KA 5/09

Datum
26.01.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 03.12.2008 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin wendet sich gegen Berichtigungen ihrer Honorarabrechnungen für die Quartale III/2006 und IV/2006.

Der Klägerin, einer Gemeinschaftspraxis, gehörten in den streitbefangenen Quartalen drei Fachärztinnen für Anästhesiologie an, die in E niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen waren.

Mit Honorarbescheiden vom 30.01.2007 (für III/2006) und vom 25.04.2007 (für IV/2006) lehnte die Beklagte eine Anerkennung der nach der Nr. 05310 des Einheitlichen Bemessungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) abgerechneten Leistungen ab. Die Leistungsziffer lautet:

05310 Präanästhesiologische Untersuchung bei einer ambulanten oder belegärztlichen Operation des Abschnitts 31.2

Obligater Leistungsinhalt

- Überprüfung der Narkosefähigkeit des Patienten,
- Aufklärungsgespräch mit Dokumentation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Auswertung ggf. vorhandener Befunde,
- In mehreren Sitzungen,

einmal im Behandlungsfall - 480 Punkte

Für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 05310 sind die Bestimmungen des Abschnitts 31.2 zu beachten.

Die Leistung nach der Nr. 05310 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01220 bis 01222, 01440, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01852, 01856, 01903, 01913, 02100, 02101, 02342, 05220, 30710, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 31830 und 31831 berechnungsfähig.

Dagegen richtete sich der Widerspruch der Klägerin. Offensichtlich seien die Prämedikationen für die Narkosen aus dem Kapitel 05 (Anästhesiologische Leistungen) und für die Nr. 31831 EBM-Ä (Einleitung und Unterhaltung einer Analgesie und/oder Sedierung während eines operativen oder stationärsersetzenden Eingriffs nach der Nr. 31351) nicht vergütet worden. Bei den fraglichen Patienten handle es sich z.B. um Kinder oder behinderte Patienten zur Zahnsanierung oder polymorbide Patienten zur Katarakt-OP oder endoskopischen Untersuchungen/Eingriffen. Hier seien Prämedikationen medizinisch dringend erforderlich. Auch wenn hierfür im EBM-Ä keine Vergütung vorgesehen sei, wolle sie diese Leistungen vergütet haben. Mit Widerspruchsbescheid vom 13.08.2007 wies die Beklagte die Widersprüche zurück: In den Behandlungsfällen, in denen nach Nr. 05310 EBM-Ä keine Anästhesie zu einer Operation nach Kapitel 31.2 des EBM-Ä, jedoch Anästhesien aus dem Kapitel 5.3. (Nrn. 05320 oder 05330 bzw. Zuschlag nach Nr. 05331 EBM-Ä) abgerechnet worden seien, müsse es bei der Streichung der Nr. 05310 EBM-Ä bleiben.

Hiergegen hat sich die am 07.09.2007 erhobene Klage gerichtet. Der Abrechnungsausschluss im Abschnitt 31.5.3 EBM-Ä sei sach- und rechtswidrig und führe dazu, dass die erforderliche präanästhesiologische Untersuchung entsprechend dem Leistungsinhalt der Nr. 05310 EBM-Ä zwar erbracht werden müsse, jedoch nicht abrechnungs- und damit vergütungsfähig sei. Neben den im Widerspruchsverfahren bereits benannten Fallgruppen gelte dies auch für Patienten mit Bronchialerkrankungen oder mit Angsterkrankungen. Auch bei wortlautbezogener wie systematischer Auslegung sei nicht ersichtlich, warum der Abrechnungsausschluss vorgenommen werde. Die vom Operateur abrechnungsfähigen Leistungen nach Abschnitt 31.2 beinhalteten notwendigerweise nicht die präanästhesiologische Untersuchung, insbesondere hinsichtlich der Überprüfung der Narkosefähigkeit des Patienten. Diese falle in den alleinigen Verantwortungsbereich der Anästhesisten. Ebenso sei in den für den Anästhesisten abrechnungsfähigen Leistungen des Abschnitts 31.5.3 die präanästhesiologische Untersuchung nicht ausdrücklich mit aufgenommen.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung der Abrechnungsbescheide für die Quartale III/2006 vom 30.01.2007 und IV/2006 vom 25.04.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13.08.2007 zu verurteilen, die von der Klägerin eingereichten Leistungen nach der Nr. 05310 EBM-Ä abzurechnen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat entgegnet: Die Nr. 05310 EBM-Ä beinhalte die präanästhesiologische Untersuchung bei einer ambulanten oder belegärztlichen Operation des Abschnitts 31.2 einmal im Behandlungsfall (480 Punkte). Somit sei diese Leistung nur bei Anästhesien zur Durchführung von Operationen des Abschnitts 31.2 abrechnungsfähig. Bei Anästhesien aus anderen Gründen sei nach dem EBM-Ä eine Abrechnung dieser Leistung nicht möglich.

Das Sozialgericht (SG) Düsseldorf hat die Klage mit Urteil vom 03.12.2008 abgewiesen. Der maßgebliche Wortlaut der Gebührenordnungsposition sei eindeutig und beschränke ihre Abrechnungsfähigkeit ausschließlich auf präanästhesiologische Untersuchungen bei ambulanten oder belegärztlichen Operationen des Abschnitts 31.2. Unklarheiten im Wortlaut, die zu einer systematischen oder historischen Auslegung Veranlassung böten, bestünden nicht. Die ärztliche Leistung des Anästhesisten bei ambulanten Operationen der geschilderten Art ließen sich bei lebensnaher und funktionsgerechter Betrachtung nicht dahin aufspalten, dass zwischen einem Abschnitt der Einleitung und Unterhaltung einer Analgesie und/oder Sedierung während eines operativen Eingriffs als solchem und einem zeitlich mehr oder minder kurz vorhergehenden, auf die unmittelbare Anästhesie und Operation bezogenen Voruntersuchungsvorgang unterschieden werde. Ein Verstoß gegen die Rechtseinheit bestehe nicht. Nicht jede ärztliche Einzelleistung, die medizinisch geboten sei, müsse separat abrechnungsfähig sein. Es reiche aus, wenn sie von einer höher bewerteten Abrechnungsziffer (Nr. 31831: 1.065 Punkte, Nr. 05310: 480 Punkte) mit erfasst bzw. mit den Ordinationskomplexen abgegolten werde. Im Übrigen sei es Aufgabe des Bewertungsausschusses, im EBM-Ä auftretende Unklarheiten und Regelungslücken zu beseitigen. Anhaltspunkte dafür, dass der Bewertungsausschuss seine Regelungskompetenz "missbräuchlich", also von sachfremden Erwägungen getragen, ausgeübt habe, bestünden nicht. Dies gelte vor allem deshalb, weil es sich bei der Leistung nach Nr. 05310 EBM-Ä um eine neu geschaffene Strukturleistung zur Förderung des ambulanten und belegärztlichen Operierens handele, die es im bis 31.02.2005 geltenden EBM-Ä 1996 nicht gegeben habe.

Mit ihrer am 09.02.2009 eingelegten Berufung wendet sich die Klägerin gegen das ihr am 07.01.2009 zugestellte erstinstanzliche Urteil, mit der sie weiterhin die sachlich-rechnerische Berichtigung ihrer Abrechnung für die Quartale III/2006 und IV/2006 beanstandet. Der Leistungslegende der Nr. 31831 EBM-Ä sei "in keinster Weise" zu entnehmen, dass die Leistung mit der Nr. 05310 EBM-Ä abgegolten sei. Es liege überdies ein Verstoß gegen die Rechtseinheit dadurch vor, dass der Anästhesist einerseits verpflichtet sei, die präanästhesiologische Untersuchung zu erbringen, andererseits diese Leistung durch eine Regelungslücke im EBM-Ä aber nicht abrechnungsfähig sei. Dies stehe im Wertungswiderspruch; die Ordinationskomplexe im EBM-Ä 2005 lägen zwischen 195 und 225 Punkten, während die Leistungen nach Nr. 05310 EBM-Ä mit 480 Punkten bewertet würden. Es sei zudem nicht zutreffend, dass es sich um eine neu geschaffene "Strukturleistung" handele. Zwar habe der EBM-Ä 1996 diese Ziffer nicht enthalten, aber im Abschnitt D für Anästhesien und Narkosen sei beispielsweise die Zuschlagsziffer 90 vorgesehen gewesen, welche neben der Durchführung von Anästhesien/Narkosen nach Nr. 462 EBM-Ä mit 1.500 Punkten abrechnungsfähig gewesen sei. Bei der Leistung nach Nr. 05310 EBM-Ä handle es sich um eine originär und ausschließlich ärztliche Leistung. Anders als beispielsweise bei der Leistung nach Nr. 05350 EBM-Ä (Beobachtung und Betreuung eines Patienten nach einem operativen oder diagnostischen Eingriff), die eine kalkulierte Arztlohnzeit nur zum Teil enthalte, sei hier kein Ansatzpunkt für die Annahme einer "Strukturleistung". Bei unmittelbarer Inanspruchnahme des Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen sei es dessen Entscheidung überlassen, ob er die erbrachten Leistungen vertragsärztlich oder vertragszahnärztlich abrechne. Letzterenfalls entfalle die Abrechnungsfähigkeit der vertragsärztlichen präanästhesiologischen Untersuchung. Das Argument des SG, es handle sich bei der ärztlichen Behandlung eines Patienten um ein einheitliches Geschehen, überzeuge nicht. Denn ein Ausschluss zweier Leistungen im EBM-Ä gegeneinander sei regelmäßig damit begründet, dass diese Leistungen einen "Sitzungsbezug" (Erbringen in derselben Sitzung) hätten. Dies solle jedoch bedeuten, dass insoweit allein das Aufteilen dieser Leistungserbringung in zwei Sitzungen zur Abrechnungsfähigkeit führe. Auch dieses sei von der Systematik her nicht nachvollziehbar. Es läge kein Unterschied zwischen der anästhesiologischen Beurteilung der Narkosefähigkeit eines Patienten für eine Vollnarkose oder vor einer Analgosedierung. Je nach Dosierung der Narkosemittel und individueller Patientenkonstitution könne auch bei Analgosedierung eine Narkosetiefe erreichen werden.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 03.12.2008 abzuändern und die Beklagte unter teilweiser Aufhebung der Abrechnungsbescheide für die Quartale III/2006 und IV/2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13.08.2007 zu verurteilen, die von ihr - der Klägerin - nach der Nummer 05310 EBM-Ä in Rechnung gestellten Leistungen abzurechnen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung der Klägerin zurückzuweisen

Die Beklagte verweist auf ihren erstinstanzlichen Vortrag sowie die ihrer Auffassung nach zutreffenden Ausführungen im angefochtenen Urteil des SG. Aus der Berufungsbegründung ergäben sich keine neuen Gesichtspunkte, die bisher nicht berücksichtigt worden seien. Ergänzend hat sie im Rahmen der mündlichen Verhandlung vorgetragen, in den streitbefangenen Quartalen seien die Nrn. 31830 und 31831 EBM-Ä nicht abgerechnet worden. Die Nr. 05310 EBM-Ä sei immer abgesetzt worden, wenn die Nr. 05330 EBM-Ä angesetzt worden sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und den Verwaltungsvorgang der Beklagten Bezug genommen. Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin ist nicht begründet.

Das SG hat zutreffend entschieden, dass die Klägerin eine erneute Entscheidung der Beklagten über die ihr für die Quartale III/2006 und IV/2006 zustehenden vertragsärztlichen Honorare nicht beanspruchen kann, denn sie ist durch die Honorarbescheide in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13.08.2007 nicht beschwert (§ 54 Abs. 2 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG)). Der Senat nimmt Bezug auf die Entscheidungen des SG (§ 153 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG)) und führt ergänzend aus:

Die Beklagte ist aufgrund von § 106a Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), der durch Art. 1 Nr. 83 des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) vom 14.11.2003 (BGBl I 2190, 2190, 2217) mit Wirkung zum 01.01.2004 (Art. 37 Abs. 1 GMG) eingefügt worden ist, gesetzlich berechtigt und verpflichtet, die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte festzustellen und die Abrechnungen nötigenfalls richtigzustellen. Die auf dieser Grundlage vorgenommenen sachlich-rechnerischen Richtigstellungen sind rechtmäßig. Die Klägerin hat gegenüber der Beklagten keinen Anspruch auf höhere Vergütung gemäß § 85 Abs. 4 Satz 1 bis 3 SGB V in der Fassung des GMG. Danach steht jedem Vertragsarzt ein Anspruch auf Teilhabe an den von den Krankenkassen entrichteten Gesamtvergütungen entsprechend der Art und dem Umfang der von ihm erbrachten - abrechnungsfähigen - Leistungen nach Maßgabe der Verteilungsregelungen im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) - hier in der Fassung vom 01.01.2006 (Rhein. Ärzteblatt 1/2006 S. 63 ff.) zu, der durch die Änderungen zum 01.04.2006 (Rhein. Ärzteblatt 3/2006 S. 68 ff.) - keine hier relevante Änderung erfahren hat. Der Anspruch der Klägerin auf Teilhabe an der Gesamtvergütung wird durch die von ihr im Abrechnungszeitraum erbrachten Leistungen konkretisiert.

Soweit die Beklagte eine sachlich-rechnerische Berichtigung, zu der sie auch gesamtvertraglich nach § 45 Abs. 1 Satz 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 34 Ersatzkassenvertrag-Ärzte befugt war, vorgenommen und eine Anerkennung der geltend gemachten Leistung nach Maßgabe der Nr. 05310 EBM-Ä in den Quartalen III/2006 und IV/2006 bei gleichzeitiger Abrechnung der Nr. 05330 EBM-Ä abgelehnt hat, ist dies nicht zu beanstanden.

Für die Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen ist in erster Linie der Wortlaut der Regelungen maßgeblich. Dies gründet sich zum einen darauf, dass das vertragliche Regelwerk dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen von Ärzten und Krankenkassen dient und es vorrangig Aufgabe des Bewertungsausschusses selbst ist, Unklarheiten zu beseitigen. Zum anderen folgt die primäre Bindung an den Wortlaut aus dem Gesamtkonzept des EBM-Ä als einer abschließenden Regelung, die keine Ergänzung oder Lückenfüllung durch Rückgriff auf andere Leistungsverzeichnisse bzw. Gebührenordnungen oder durch analoge Anwendung zulässt. Soweit indessen der Wortlaut eines Leistungstatbestandes zweifelhaft ist und es seiner Klarstellung dient, ist Raum für eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der in innerem Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Leistungstatbestände. Eine entstehungsgeschichtliche Auslegung kommt bei unklaren oder mehrdeutigen Regelungen ebenfalls in Betracht. Sie kann allerdings nur anhand von Dokumenten erfolgen, in denen die Urheber der Bestimmungen diese in der Zeit ihrer Entstehung selbst erläutert haben. Leistungsbeschreibungen dürfen weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewendet werden (vgl. BSG, Urteile vom 10.12.2008 - B 6 KA 45/07 R -, 07.02.2007 - B 6 KA 32/05 R - und vom 16.05.2001 - B 6 KA 20/00 R - jeweils m.w.N.).

Die Abrechnung der Nr 05310 EBM-Ä setzt dem Wortlaut nach die Erbringung einer präanästhesiologischen Untersuchung bei einer ambulanten oder belegärztlichen Operation des Abschnitts 31.2 EBM-Ä voraus. Welche Operationen davon erfasst werden, wird durch die Unterabsätze des Abschnitts 31.2.2 bis 31.2.13 bestimmt; dabei handelt es sich um nach (1.) der Präambel näher definierte (2.) Eingriffe an der Körperoberfläche, (3.) der Extremitätenchirurgie, (4.) an Knochen und Gelenken sowie (5.) endoskopische Gelenkeingriffe (Arthroskopien), (6.) visceralchirurgische Eingriffe, (7.) Eingriffe der Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie, (8.) der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, (9.) der HNO-Chirurgie, (10.) und der Neurochirurgie, (11.) Eingriffe an der Niere und dem Urogenitalsystem, (12.) der Gynäkologie sowie (13.) der Ophthalmochirurgie. Nach Satz 1 des Interpretationsbeschlusses Nr. 61 aus der 268. Sitzung des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses am 18.03.2005 (www.kbv.de) können im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 31.2 EBM-Ä durch einen anderen Vertragsarzt nur Anästhesien des Abschnitts 31.5.3 EBM-Ä, jedoch keine Anästhesien aus dem Kapitel 5 EBM-Ä, erbracht werden.

Die Klägerin hat indessen die Ziffer 05310 (auch) in Ansatz gebracht, wenn sie die präanästhesiologische Untersuchung zur Vorbereitung einer anderen Grundleistung, z.B. eines zahnärztlichen Eingriffs, erbracht hat, und in Kombination dazu eine nachfolgende Anästhesieleistung nach Maßgabe der Ziffer 05330 (aus dem Kapitel 5) EBM-Ä abgerechnet:

05330 Anästhesie und/oder Narkose, bis zu einer Schnitt-Naht-Zeit bzw. Eingriffszeit von 15 Minuten, zuzüglich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:

- Plexusanästhesie und/oder
- Spinal- und/oder Periduralanästhesie und/oder
- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität und/oder
- Kombinationsnarkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale
- Intubation

(...)

Wie sich schon im Umkehrschluss aus dem Interpretationsbeschluss ergibt, ist die Abrechnung dieser beiden Ziffern im Rahmen eines Behandlungsfalles nicht zulässig. Die Gebührenposition 05330 deckt die Grundleistung für Narkosen außerhalb des Bereiches der ambulanten und belegärztlichen Narkosen ab und kommt damit zum Einsatz bei Narkosen bei Erwachsenen im Zusammenhang mit der Kleinchirurgie (enge Indikationsstellung), Narkosen bei diagnostischen oder interventionellen Eingriffen (z.B. Koloskopien, MRT, Frakturepositionen) und Narkosen bei zahnärztlichen Eingriffen (Kölner Kommentar zum EBM, Stand Januar 2009, Anmerkung zu Ziffer 05330 EBM-Ä), während eine Vergütung nach der Nr. 05310 eine Grundleistung eines anderen Vertragsarztes nach Maßgabe des Abschnitts 31.2 EBM-Ä voraussetzt (Satz 1 des 61. Interpretationsbeschluss a.a.O.)

Angesichts des - wie von der Klägerin selbst mit ihrer Widerspruchsbegründung eingeräumt - eindeutigen Wortlauts der Nr. 05310 EBM-Ä, die die abrechenbaren Leistungen abschließend aufzählt, erfolgte die Absetzung zu Recht. Soweit die Klägerin in diesem Zusammenhang ausgeführt hat, auch wenn für die präanästhesiologische Untersuchung in den Fällen der Nr. 05330 im EBM-Ä keine Vergütung vorgesehen sei, wolle sie diese Leistungen vergütet haben, kann sie mit diesem Begehren nicht durchdringen. Leistungsbeschreibungen dürfen - wie ausgeführt - weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewendet werden.

Es kann dahin gestellt bleiben, ob die präanästhesiologischen Untersuchungen außerhalb der Nr. 05310 EBM-Ä von der Ordinationsgebühr (so SG Düsseldorf, Urteil vom 09.04.2008 - S 33 (33, 7) KA 193/06 -) oder von der Nr. 05330 als akzessorische Begleitleistung umfasst ist. Für Letzteres könnte Nr. 6 der Präambel des Abschnitts Anästhesiologische Gebührenordnungspositionen (Kapitel 5, III.b Fachärztlicher Versorgungsbereich) sprechen, wonach "zur Durchführung einer Regionalanästhesie und/oder Vollnarkose (...) gemäß eines einheitlichen Qualitätsstandards eine dokumentierte präoperative Untersuchung und Beratung des Patienten zwecks Erfassung und Aufklärung über ein anästhesiologisches Risiko, die dokumentierte Durchführung des gewählten anästhesiologischen Verfahrens und eine dokumentierte postoperative Überwachung des Patienten erforderlich" ist. Nach der Allgemeinen Bestimmung A Nr. 1 Satz 2 EBM-Ä ist eine Leistung nicht selbstständig abrechenbar, wenn sie Bestandteil einer anderen abrechenbaren Leistung ist. Dieser Abrechnungsausschluss regelt nicht nur den Fall der so genannten Spezialität, bei der ein Leistungstatbestand notwendigerweise zugleich mit einem anderen erfüllt wird. Hierüber hinaus erfasst er auch die Konstellation, dass eine Leistung im Zuge einer anderen typischerweise miterbracht wird und der für sie erforderliche Aufwand im Regelfall hinter dem für die andere Leistung zurücktritt. In diesen Fällen ist die eine Leistung durch die Vergütung für die andere mit abgegolten (BSG, Urteil vom 22.03.2006 - [B 6 KA 44/04 R](#) -).

Selbst wenn die präanästhesiologische Untersuchung weder mit der Ordinationsgebühr noch mit Nr. 05330 EBM-Ä abgegolten ist, bestehen keine rechtliche Bedenken gegen die Wirksamkeit des in Nr. 05310 EBM-Ä aufgenommenen einengenden Anwendungsbereich ("bei einer ambulanten oder belegärztlichen Operation des Abschnitts 31.2 EBM-Ä"). Dem Bewertungsausschuss als Normgeber steht nämlich bei der Erfüllung des ihm in [§ 87 Abs. 1 SGB V](#) übertragenen Auftrags ein Gestaltungsspielraum zu.

Dem liegt Folgendes zugrunde (vgl. bereits Urteil des Senats vom 25.06.2003 - [L 11 KA 243/01](#) -): Die KBV vereinbart mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil der Bundesmantelverträge einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen und einen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen (§ 87 Abs. 1. Satz 1 SGBV). Der Beschluss des Bewertungsausschusses ist rechtlich als vertragliche Vereinbarung der Vertragspartner der Bundesmantelverträge zu werten und als Rechtsnorm einzuordnen (BSG, Urteile vom 01.07.1992 - [14a/6 R Ka 1/90](#) -, vom 29.09.1993 - [6 R Ka 65/91](#) -, vom 20.01.1999 - [B 6 Ka 16/98 R](#) -, vom 25.08.1999 - [B 6 KA 38/98 R](#) - und vom 15.05.2002 - [B 6 KA 21/00 R](#) -). Der EBM-Ä bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Die Festlegung der Kostensätze hat das BSG ebenfalls als Normsetzung qualifiziert und auch insoweit dem Normsetzer Gestaltungsfreiheit eingeräumt, die grundsätzlich auch von der Rechtsprechung zu respektieren sei und von dieser nur in Ausnahmefällen korrigiert werden dürfe. Eine Begrenzung des Gestaltungsspielraums und eine strengere gerichtliche Kontrolle hat es jedoch hinsichtlich der Kostenansätze gesehen, weil damit auf tatsächliche Verhältnisse Bezug genommen wird. Diese strengere Kontrolle erstreckt sich in verfahrensrechtlicher Hinsicht darauf, ob der Bewertungsausschuss bei der Festlegung der Kostensätze für alle Arztgruppen nach denselben Maßstäben verfahren ist, und inhaltlich darauf, ob seine Festsetzung frei von Willkür ist. Die Bewertungsausschüsse haben die Aufgabe, die punktzahlenmäßige Bewertung festzulegen und deren Überprüfung in bestimmten Zeitabständen daraufhin vorzunehmen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen ([§ 87 Abs. 2 SGB V](#)). Durch die personelle Zusammensetzung des Bewertungsausschusses und den vertraglichen Charakter der Bewertungsmaßstäbe wird gewährleistet, dass die unterschiedlichen Interessen der Ärzte und der gesetzlichen Krankenkassen ausgeglichen werden und auf diese Weise eine sachgerechte Abgrenzung und Bewertung der ärztlichen Leistungen erreicht wird. Dies erfordert die Berücksichtigung zahlreicher, nicht nur betriebswirtschaftlicher Gesichtspunkte. Das vom Bewertungsausschuss erarbeitete System autonomer Leistungsbewertung kann seinen Zweck nur erfüllen, wenn Eingriffe von außen grundsätzlich unterbleiben. Den Gerichten ist es deshalb verwehrt, eine im EBM-Ä vorgenommene Bewertung als rechtswidrig zu beanstanden, weil sie den eigenen, abweichenden Vorstellungen von der Wertigkeit der Leistung und der Angemessenheit der Vergütung nicht entspricht. Der im Bewertungsausschuss herbeizuführende Ausgleich zwischen den Interessen der Ärzte und der Krankenkassen erfordert die Berücksichtigung zahlreicher, nicht nur betriebswirtschaftlicher Gesichtspunkte. Es kann deshalb nicht Aufgabe der Gerichte sein, mit punktuellen Entscheidungen zu einzelnen Gebührenpositionen in ein umfassendes, als ausgewogen zu unterstellendes Tarifgefüge einzugreifen und dadurch dessen Funktionsfähigkeit in Frage zu stellen. Ein Eingreifen der Gerichte ist nur dann zulässig, wenn sich zweifelsfrei feststellen lässt, dass der Bewertungsausschuss seinen Regelungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgeübt hat, indem er etwa eine ärztliche Minderheitsgruppe bei der Honorierung benachteiligt oder sich sonst erkennbar von sachfremden Erwägungen hat leiten lassen (BSG, Urteile vom 20.01.1999 - [B 6 KA 46/97](#) - und vom 15.05.2002 - [B 6 KA 33/01 R](#) -).

Ein solcher Fall liegt indessen nicht vor. Die Voraussetzungen für eine Korrektur des Bewertungsmaßstabs durch die Gerichte sind hier nicht erfüllt, denn für eine willkürliche Benachteiligung der Gruppe der Anästhesisten gibt es keine Anhaltspunkte. Der (gesonderten) Bewertung präanästhesiologische Untersuchungen nur im Zusammenhang mit bestimmten operativen Behandlungen liegen sachgerechte Erwägungen zugrunde. Wie sich aus der Beschränkung auf die o.a. Leistungen "bei einer ambulanten oder belegärztlichen Operation des Abschnitts 31.2" ergibt, handelt es sich um eine zum 01.03.2005 eingeführte Strukturleistung zur Förderung des ambulanten und belegärztlichen Operierens (ebenso SG Düsseldorf, Urteil vom 09.04.2008 - S 33 (33, 7) KA 193/06 - sowie Kölner Kommentar zum EBM Stand Januar 2009 Anmerkung zu Ziff. 05310) mit dem Ziel der Kostendämpfung zwecks Sicherstellung der Finanzierbarkeit des öffentlichen

Gesundheitssystem durch Reduzierung der (höheren) Kosten stationärer operativer Behandlungen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2011-06-20