-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	6
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	06.10.1999

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	01.11.2000

3. Instanz

Datum	12.12.2001

Die Revision der KlÃ¤ger gegen das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen vom 1. November 2000 wird zurÃ¼ckgewiesen. Die KlÃ¤ger haben die auÃ□ergerichtlichen Kosten der Beklagten auch fÃ¼r das Revisionsverfahren als Gesamtschuldner zu erstatten. Im Ã¼brigen sind Kosten nicht zu erstatten.

GrÃ¼nde:

I

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die RechtmÃ¤Ã□igkeit einer Honorarberichtigung.

Die KlÃ¤ger sind als AnÃ¤sthesisten zur vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zugelassen und in Gemeinschaftspraxis tÃ¤tig. Bei ihrer Honorarforderung fÃ¼r das Quartal I/1996 strich die beklagte KassenÃ¤rztliche Vereinigung (KÃ□V) im PrimÃ¤rkassenbereich 200 mal und im Ersatzkassenbereich 120 mal den Ansatz der Nr 443 des Einheitlichen BewertungsmaÃ□stabs fÃ¼r vertragsÃ¤rztliche Leistungen (EBM-Ã□) in den FÃ¤llen, in denen diese Leistung neben der Nr 462 EBM-Ã□ abgerechnet worden war. Diese Leistungen seien aufgrund eines Abrechungsausschlusses in der PrÃ¤ambel zu Kapitel D des EBM-Ã□ nicht

nebeneinander berechnungsfÃ¤hig.

Mit ihrem Widerspruch machten die KlÃ¤ger geltend, sie rechneten die Leistung nach Nr 443 EBM-Ã zur postoperativen Schmerztherapie nach AbschluÃ der eigentlichen Operation des Schultergelenks ab. Die Beklagte wies den Widerspruch mit der BegrÃ¼ndung zurÃ¼ck, auch die AnÃ¤sthesie zur Schmerztherapie nach AbschluÃ der Narkose fÃ¼r die Operation falle unter die AusschluÃregelung der PrÃ¤ambel zu Kapitel D EBM-Ã, weil beide AnÃ¤sthesien im Rahmen derselben Arzt-Patienten-Begegnung erfolgten.

Das Sozialgericht (SG) hat die angefochtenen Bescheide aufgehoben und die Beklagte zur Honorierung der Leistungen nach Nr 443 EBM-Ã verpflichtet. Der AusschluÃ der Abrechenbarkeit in der PrÃ¤ambel zu Kapitel D EBM-Ã greife nicht ein, weil die AnÃ¤sthesien nach Nr 443 und Nr 462 EBM-Ã nicht nebeneinander erbracht wÃ¼rden. Bei der eigentlichen Operation und der anschlieÃenden Mobilisation des Schultergelenks unter Schmerzausschaltung handele es sich um zwei selbstÃ¤ndige Ã¤rztliche Behandlungen, die auch hinsichtlich der Narkose fÃ¼r die Operation und der spÃ¤teren Schmerztherapie selbstÃ¤ndig berechnungsfÃ¤hig seien (Urteil vom 6. Oktober 1999).

Auf die Berufung der Beklagten hat das Landessozialgericht (LSG) das Urteil aufgehoben und die Klage abgewiesen. Zur BegrÃ¼ndung hat es im wesentlichen ausgefÃ¼hrt, nach dem Wortlaut des Abrechnungsausschlusses in der PrÃ¤ambel zu Kapitel D EBM-Ã dÃ¼rften die Leistungen nach der Nr 443 und der Nr 462 EBM-Ã allenfalls dann nebeneinander abgerechnet werden, wenn sich die Behandlung postoperativer Schmerzen insbesondere in der Phase der Gelenkmobilisierung als besondere Inanspruchnahme des Arztes durch den Patienten erweise. Diese Voraussetzung sei in den hier umstrittenen FÃ¤llen nicht gegeben. Die Sachlage stelle sich auf der Grundlage des Vorbringens der KlÃ¤ger so dar, daÃ die durch den Chirurgen unter Schmerzausschaltung durchgefÃ¼hrte Mobilisierung der an der Schulter operierten Patienten nach dem Aufwachen aus der Narkose von vornherein vorgesehen sei. Ein in den GebÃ¼hrenordnungen enthaltener AbrechnungsausschluÃ verschiedener Positionen beziehe sich immer auf Leistungen innerhalb derselben Konsultation, derselben Sitzung oder desselben Arzt-Patienten-Kontaktes. Die anÃ¤sthesistische Versorgung der Patienten durch die KlÃ¤ger stelle sich als einheitlicher Vorgang im Zuge der Behandlung des Schultergelenks dar, der einer getrennten Bewertung nicht zugÃ¤nglich sei (Urteil vom 1. November 2000).

Mit ihrer Revision rÃ¼gen die KlÃ¤ger eine fehlerhafte Auslegung der PrÃ¤ambel zu Kapitel D EBM-Ã und der Leistungslegenden der Nr 443 und Nr 462 EBM-Ã. Zudem habe das LSG die tatsÃ¤chlichen BehandlungsablÃ¤ufe unzutreffend gewertet. Bei den Narkoseleistungen nach Nrn 462/463 EBM-Ã einerseits und der schmerztherapeutischen AnÃ¤sthesie nach Nr 443 EBM-Ã andererseits handele es sich um voneinander unabhÃ¤ngige Leistungen, die nicht nebeneinander, sondern nacheinander erbracht wÃ¼rden. Da insoweit kein einheitlicher Lebenssachverhalt im Sinne einer einheitlichen Ã¤rztlichen Behandlung gegeben sei, seien die Leistungen auch nebeneinander berechnungsfÃ¤hig. Die Leistung nach Nr 443 EBM-

Ã werde von ihnen â den KlÃ¤gern â regelmÃ¤Ãig erst im AnschluÃ an das Abklingen der AnÃ¤sthesie zur Operation erbracht, wenn der Patient aus der Operationsnarkose wieder aufgewacht sei bzw die Wirkungen einer LokalanÃ¤sthesie nachlieÃen. Aus medizinisch-fachlichen GrÃ¼nden sei es erforderlich, das operierte Schultergelenk des Patienten bereits in dieser frÃ¼hen Phase zu mobilisieren. Wegen der extremen Schmerzen nach der Operation sei eine solche Mobilisierung aber nur unter einer hochwirksamen AnÃ¤sthesie mÃ¶glich. FÃ¼r die BegleitanÃ¤sthesie zur postoperativen Mobilisation des Patienten legten sie â die KlÃ¤ger â einen neuen Zugang zur Injizierung der AnÃ¤sthesien Ã¼ber den Hals, wÃ¤hrend die AnÃ¤sthesie zur eigentlichen Operation Ã¼ber die Hand erfolge. Schon die unterschiedlichen ZugÃ¤nge stÃ¼nden der Annahme eines einheitlichen Behandlungsgeschehens entgegen. Da die Schmerztherapie erst nach dem chirurgischen Konsil ca 30 bis 40 Minuten nach AbschluÃ der Narkosewirkungen eingeleitet werde, handele es sich um zwei getrennte Behandlungsschritte. Deshalb sei der mehrfache Ansatz von AnÃ¤sthesieleistungen zulÃ¤ssig.

Die Auslegung des Abrechnungsausschlusses in der PrÃ¤ambel zu Kapitel D EBM-Ã durch das LSG benachteilige die Gruppe der AnÃ¤sthesisten willkÃ¼rlich. Der Chirurg kÃ¶nne neben der Operation die Gelenkmobilisation als zusÃ¤tzliche Leistung nach Nr 2460 EBM-Ã berechnen, wÃ¤hrend der AnÃ¤sthesist nach Auffassung des Berufungsgerichts durch die Erbringung der Narkoseleistungen im Zusammenhang mit der eigentlichen Gelenkoperation von der BerechnungsfÃ¤higkeit der schmerztherapeutisch indizierten AnÃ¤sthesie in der anschlieÃenden Mobilisationsphase ausgeschlossen sei.

Die KlÃ¤ger beantragen sinngemÃ¤Ã,
das Urteil des LSG Niedersachsen vom 1. November 2000 aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des SG Hannover vom 6. Oktober 1999 zurÃ¼ckzuweisen,

hilfsweise, das Urteil des LSG Niedersachsen vom 1. November 2000 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Berufungsgericht zurÃ¼ckzuverweisen.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurÃ¼ckzuweisen.

Nach ihrer Auffassung steht der von den KlÃ¤gern praktizierten Abrechnung der AbrechnungsausschluÃ in der PrÃ¤ambel zu Kapitel D EBM-Ã entgegen. Im Ã¼brigen finde bei dem von ihnen geschilderten Behandlungsablauf keine Schmerztherapie statt. Die AnÃ¤sthesie zur Gelenkmobilisation solle keine bereits vorhandenen SchmerzzustÃ¤nde therapieren, sondern erwartete SchmerzzustÃ¤nde im voraus unterdrÃ¼cken, so daÃ es sich hierbei ebenfalls um eine Leistung nach Nr 462 EBM-Ã â und nicht um eine nach Nr 443 EBM-Ã â handele.

Die beigeladene KassenÃ¤rztliche Bundesvereinigung (KÃBV) hÃ¤lt das Urteil des

Berufungsgerichts fÃ¼r zutreffend, weil es dem Wortlaut und der Intention des Abrechnungsausschlusses im 5. Absatz der PrÃ¤ambel zu Kapitel D entspreche.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mÃ¼ndliche Verhandlung (Â§ 124 Abs 2 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG)) einverstanden erklÃ¤rt.

II

Die Revision der KlÃ¤ger ist nicht begrÃ¼ndet. Zu Recht hat das LSG das sozialgerichtliche Urteil aufgehoben und die Klage abgewiesen. Die angefochtenen Berichtigungsbescheide der Beklagten sind rechtmÃ¤Ãig.

Rechtsgrundlage der sachlich-rechnerischen Richtigstellung, die die Beklagte bei der Honorarforderung der KlÃ¤ger fÃ¼r das Quartal I/1996 vorgenommen hat, ist im PrimÃ¤rkassenbereich Â§ 45 Abs 2 Satz 1 Bundesmantelvertrag-Ãrzte (BMV-Ã) und im Ersatzkassenbereich Â§ 34 Abs 4 SÃ¤tze 1 und 2 Bundesmantelvertrag-Ãrzte/Ersatzkassen (EKV-Ã). In diesen Vorschriften ist im wesentlichen Ã¼bereinstimmend geregelt, daÃ die KÃV die von den VertragsÃ¤rzten eingereichten Abrechnungen rechnerisch und gebÃ¼hrenordnungsmÃ¤Ãig prÃ¼ft und nÃ¶tigenfalls richtigstellt. Die auf dieser Grundlage vorgenommene sachlich-rechnerische Richtigstellung der GebÃ¼hren-Nr 443, dh ihre Streichung, ist nicht zu beanstanden.

Die KlÃ¤ger erbringen begleitend zu einer Schulteroperation zunÃ¤chst eine AnÃ¤sthesie nach Nr 462 EBM-Ã. Bei der von dem Chirurgen nach der Operation, aber im AnschluÃ daran und im Zusammenhang mit ihr vorgenommenen Gelenkmobilisierung erbringen die KlÃ¤ger eine weitere anÃ¤sthesistische Leistung, die sie nach Nr 443 EBM-Ã abrechnen.

Die mit 1800 Punkten bewertete Leistung Nr 443 (Plexusanalgesie â¦, Spinal- oder Periduralanalgesie â¦, einzeitig oder mittels Katheter, â¦ je Sitzung) ist in Abschnitt D I (AnÃ¤sthesien zur Schmerztherapie) des EBM-Ã aufgefÃ¼hrt; die mit 950 Punkten bewertete Leistung Nr 462 (PlexusanÃ¤sthesie â¦, oder Spinal- oder PeriduralanÃ¤sthesie â¦) ist in Abschnitt D II (AnÃ¤sthesien/Narkosen bei operativen Eingriffen) verzeichnet. Nach Abs 5 der PrÃ¤ambel zu Kapitel D des EBM-Ã sind die Leistungen des Abschnitts D I â mit Ausnahme der Leistung nach Nr 447 â nicht neben den Leistungen des Abschnitts D II berechnungsfÃ¤hig. Abs 6 aaO bestimmt weiter, daÃ die Leistungen des Abschnitts D I nicht als AnÃ¤sthesieleistungen bei diagnostischen/therapeutischen Eingriffen berechnungsfÃ¤hig sind.

FÃ¼r die Auslegung der vertragsÃ¤rztlichen GebÃ¼hrenordnung des EBM-Ã und des auf ihm beruhenden BewertungsmaÃstabs fÃ¼r vertragsÃ¤rztliche Leistungen (BMÃ) bzw der Ersatzkassen-GebÃ¼hrenordnung (E-GO) ist nach der stÃ¤ndigen Rechtsprechung des Senats in erster Linie der Wortlaut der Leistungslegenden maÃgeblich (vgl zuletzt Urteile des Senats vom 16. Mai 2001 â BSGE 88, 126, 127 = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 29 und B 6 KA 87/00 R -, zur VerÃ¶ffentlichung in SozR

3-5533 Nr 2449 Nr 2 vorgesehen; BSG SozR 3-5533 Nr 75 Nr 1 S 2; SozR aaO Nr 100 Nr 1 S 4; SozR aaO Nr 2449 Nr 1 S 3; BSGE 69, 166, 167 f = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 2 S 5), da das vertragliche Regelwerk dem Austausch der unterschiedlichen Interessen zwischen Ãrzten und Krankenkassen dient (vgl BSG SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 5 S 22 ff) und es in erster Linie Aufgabe des Bewertungsausschusses selbst ist, Unklarheiten zu beseitigen. ErgÃ¤nzend kann eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder Ã¤hnlichen GebÃ¼hrenregelung zur Klarstellung des Wortlauts der Leistungslegende erfolgen (vgl BSG SozR 3-5533 Nr 115 Nr 1 S 3; SozR aaO Nr 1460 Nr 1 S 2; vgl auch SozR aaO Nr 2145 Nr 1 S 3). Eine entstehungsgeschichtliche Auslegung unklarer oder mehrdeutiger Regelungen kommt nur in Betracht, wenn Dokumente vorliegen, in denen die Urheber dieser Bestimmungen diese in der Zeit ihrer Entstehung selbst erlÃ¤utert haben (BSG SozR 3-5535 Nr 119 Nr 1 S 6). Leistungsbeschreibungen dÃ¼rfen weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewandt werden (vgl BSG SozR 3-5533 Nr 1460 Nr 1 S 2; SozR 3-5535 Nr 119 Nr 1 S 5; SozR 3-5555 Â§ 10 Nr 1 S 4).

In Anwendung der aufgezeigten GrundsÃ¤tze sind die KlÃ¤ger nicht berechtigt, in den beanstandeten FÃ¤llen neben der Nr 462 EBM-Ã fÃ¼r die Narkoseleistung die Nr 443 EBM-Ã abzurechnen. Dabei kann im Ergebnis offenbleiben, ob die zur Schmerzausschaltung bei der Gelenkmobilisation durchgefÃ¼hrte AnÃ¤sthesie Ã¼berhaupt eine "AnÃ¤sthesie zur Schmerztherapie" im Sinne des Abschnitts D I EBM-Ã darstellt. Wenn es sich â wie die Beklagte im Revisionsverfahren ausgefÃ¼hrt hat â um eine zweite AnÃ¤sthesie bei einem operativen Eingriff im Sinne der Nr 462 EBM-Ã handelt, wÃ¤re der Ansatz der Nr 443 EBM-Ã schon deshalb zu berichtigen, weil die Leistung nicht dem Inhalt der Nr 443 EBM-Ã entsprÃ¤che. FÃ¼r den Fall, daÃ â wie die KlÃ¤ger geltend machen â die AnÃ¤sthesie zur Schmerzausschaltung bei der postoperativen Gelenkmobilisation mit schmerztherapeutischer Intention durchgefÃ¼hrt wird und den Leistungsinhalt der Nr 443 EBM-Ã erfÃ¼llt, ergibt sich der AusschluÃ der BerechnungsfÃ¤higkeit der Leistung nach Nr 443 EBM-Ã neben der durch eine Operation indizierten AnÃ¤sthesieleistung nach Nr 462 EBM-Ã aus Abs 5 der PrÃ¤ambel zu Kapitel D EBM-Ã. Dort ist bestimmt, daÃ die Leistungen des Abschnitts D I und des Abschnitts D II nicht nebeneinander berechnungsfÃ¤hig sind.

Die tatbestandlichen Voraussetzungen dieser AusschluÃregelung greifen â was die KlÃ¤ger im Ausgangspunkt nicht in Frage stellen â ein, weil die schmerztherapeutische AnÃ¤sthesie nach Nr 443 EBM-Ã im Abschnitt D I und die operativ indizierte AnÃ¤sthesie nach Nr 462 EBM-Ã im Abschnitt D II EBM-Ã aufgefÃ¼hrt ist. Entgegen der Auffassung der KlÃ¤ger ist aber auch die weitere Voraussetzung der AusschluÃregelung, daÃ die eine AnÃ¤sthesieleistung "neben" der anderen AnÃ¤sthesieleistung erbracht wird, erfÃ¼llt. Die Wendungen "neben" oder "nebeneinander" werden im EBM-Ã regelmÃ¤Ãig im Sinne eines Ausschlusses der BerechnungsfÃ¤higkeit verschiedener Positionen der GebÃ¼hrenordnung gebraucht und haben keinen Bezug zur zeitlichen Reihenfolge der Erbringung der betroffenen Leistungen. Dieser AusschluÃ kann sich â wie der Senat im Urteil vom 26. Januar 2000 (BSG SozR 3-5533 Nr 100 Nr 1) nÃ¤her ausgefÃ¼hrt hat â auf den Behandlungsfall im Sinne des EBM-Ã beziehen. Das

ergibt sich exemplarisch aus den Bestimmungen im Abschnitt B II EBM-Ã in der ab 1. Januar 1996 geltenden Fassung, in der die Abrechenbarkeit bestimmter Leistungen festgelegt ist. Danach sind "neben" den einmal im Behandlungsfall abrechnungsfÃ¤higen Leistungen nach den Nr 12, 14, 15 und 20 EBM-Ã die Leistungen nach den Nr 10, 11 und 17 EBM-Ã in demselben Behandlungsfall nicht berechnungsfÃ¤hig. Ebenso sind die Leistungen nach den Nr 12, 14, 15, 16 und 20 EBM-Ã in demselben Behandlungsfall nicht "nebeneinander" berechnungsfÃ¤hig. Weiter sind etwa "neben" den Leistungen der Abschnitte G II, G III und G IV die Leistungen nach den Nr 10, 11 und 17 EBM-Ã nicht berechnungsfÃ¤hig. Bezugsgegenstand des durch die Wendungen "neben" bzw "nebeneinander" bezeichneten Abrechnungsausschlusses kann aber auch eine konkrete Ã¤rztliche Behandlung eines Patienten im Sinne eines einheitlichen Geschehens sein. In diesen FÃ¤llen schlieÃen die Wendungen "neben" bzw "nebeneinander" in der Regel die Kombination von hÃ¶her bzw niedriger bewerteten Leistungen mit Ã¤hnlicher Zielsetzung aus. Das gilt etwa fÃ¼r eine intravenÃ¶se, intramuskulÃ¤re und/oder rektale Narkose einschlieÃlich des Anlegens eines intravenÃ¶sen Zugangs nach Nr 461 EBM-Ã und eine PlexusanÃ¤sthesie nach Nr 462 EBM-Ã oder fÃ¼r ein EKG mit mindestens zwÃ¶lf Ableitungen nach Nr 604 EBM-Ã und eine ergometrische FunktionsprÃ¼fung nach Nr 601 EBM-Ã. In diesen nur beispielhaft dargestellten Regelungen ist jeweils ein Bezug zur zeitlichen Reihenfolge der Erbringung der einander ausschlieÃenden Leistungen nicht erkennbar. Ob die berechnungsfÃ¤hige Leistung abgeschlossen ist oder ihre Wirkungen abgeklungen sind, bevor der Arzt mit der daneben im EBM-Ã fÃ¼r nicht gesondert berechnungsfÃ¤hig erklÃ¤rten Leistung beginnt, ist fÃ¼r das Eingreifen der AusschluÃregelung ohne Bedeutung. Anhaltspunkte dafÃ¼r, daÃ in Abs 5 der PrÃ¤ambel zu Kapitel D EBM-Ã das Wort "neben" in einem anderen Sinn zu verstehen sein kÃ¶nnte, bestehen nicht.

Zutreffend haben sowohl das Berufungsgericht als auch die beigeladene KÃBV darauf hingewiesen, daÃ es sich nach dem von den KlÃ¤gern geschilderten Behandlungsablauf um einen Arzt-Patienten-Kontakt zwischen ihnen und den Patienten handelt, in dessen Verlauf der AnÃ¤sthesist verschiedene AnÃ¤sthesieformen durchfÃ¼hrt, einmal die Intubationsnarkose fÃ¼r den eigentlichen Eingriff und spÃ¤ter die PlexusanÃ¤sthesie zur postoperativen Schmerzausschaltung.

FÃ¼r den AusschluÃ der parallelen BerechnungsfÃ¤higkeit beider AnÃ¤sthesieformen im Rahmen einer als Einheit zu wertenden Behandlung durch den Arzt fÃ¼r AnÃ¤sthesie ist es unerheblich, welche Positionen des EBM-Ã ein Chirurg fÃ¼r die eigentliche Operation am Schultergelenk sowie die postoperative Mobilisation des gerade operierten Gelenkes berechnen darf.

Rechtliche Bedenken gegen die Wirksamkeit des hier eingreifenden Abrechnungsausschlusses nach Abs 5 der PrÃ¤ambel zu Kapitel D EBM-Ã bestehen nicht. Dem BewertungsausschuÃ als Normgeber steht bei der ErfÃ¼llung des ihm in Â§ 87 Abs 1 und FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch Ã¼bertragenen Auftrags ein Gestaltungsspielraum zu (s zuletzt Urteil des Senats vom 16. Mai 2001 â BSGE 88, 126 = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 29; BSGE 83, 218, 219 f = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 21 S 108 f; BSGE 79, 239, 242 = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 14 S 49). Dessen Grenzen sind

erst verlassen, wenn der BewertungsausschuÃ seinen Regelungsspielraum Ã¼berschritten oder seine Bewertungskompetenz miÃbrÃ¤uchlich ausgeÃ¼bt hat, indem er etwa eine Ã¤rztliche Minderheitsgruppe bei der Honorierung bewuÃt benachteiligt hat oder sich sonst erkennbar von sachfremden ErwÃ¤gungen hat leiten lassen (BSGE 83, 218, 220 = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 21 S 109; BSGE 79, 239, 245 = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 14 S 53). Diese Voraussetzungen fÃ¼r eine Korrektur des BewertungsmaÃstabs durch die Gerichte sind hier nicht erfÃ¼llt, denn fÃ¼r die geltend gemachte willkÃ¼rliche Benachteiligung der Gruppe der AnÃ¤sthesisten gibt es keine Anhaltspunkte. Wenn der BewertungsausschuÃ der Auffassung ist, im Zusammenhang mit einer operativen Behandlung sollten lediglich die AnÃ¤sthesieleistungen nach Abschnitt D II EBM-Ã ggf einschlieÃlich der dort aufgefÃ¼hrten Zuschlags- und VerlÃ¤ngerungspositionen berechnungsfÃ¤hig sein und damit eine Kumulation mit AnÃ¤sthesieleistungen zur Schmerztherapie ausgeschlossen werden, liegen dem sachgerechte ErwÃ¤gungen zugrunde.

Aus der Aufnahme der mit 650 Punkten bewerteten Zuschlagsposition Nr 464 EBM-Ã zum 1. Juli 1996 folgt nichts anderes. Danach kann im Rahmen der operationsbegleitenden AnÃ¤sthesie ein Zuschlag zur Leistung nach Nr 462 EBM-Ã fÃ¼r eine Plexus-, Spinal- oder Periduralanalgesie mittels Katheter zur postoperativen Analgesie nach operativen Eingriffen in Kombinationsnarkose abgerechnet werden. Ungeachtet dessen, daÃ die KlÃ¤ger den Leistungsinhalt der Zuschlagsposition bei dem von ihnen geschilderten Behandlungsablauf im Rahmen der postoperativen Mobilisationsbehandlung des Patienten nicht erfÃ¼llen wÃ¼rden, weil sie die Schmerzausschaltung nicht mittels Katheter durchfÃ¼hren, ergibt sich aus der EinfÃ¼hrung der Nr 464 EBM-Ã zum 1. Juli 1996, daÃ der BewertungsausschuÃ einen Bedarf fÃ¼r eine Erweiterung der AbrechnungsmÃ¶glichkeiten fÃ¼r anÃ¤sthesistische Leistungen nur innerhalb des Abschnitts D II EBM-Ã (operative AnÃ¤sthesie) gesehen und an dem prinzipiellen AusschluÃ der AnsatzfÃ¤higkeit schmerztherapeutischer AnÃ¤sthesien in unmittelbarem zeitlichen Behandlungszusammenhang mit einer Operation und mit operativ indizierten AnÃ¤sthesieleistungen bis zum heutigen Tag festgehalten hat. Der BewertungsausschuÃ hat jedenfalls durch eine derartige Abgrenzung solcher anÃ¤sthesistischer Leistungen, die sich vielfach nicht durch den eigentlichen Behandlungsvorgang, sondern lediglich durch die Zwecksetzung â einerseits die Schmerzausschaltung bei der Operation, andererseits die Schmerztherapie im Rahmen der postoperativen Mobilisation des operierten Gelenks â unterscheiden, den ihm als Normgeber zustehenden Gestaltungsspielraum nicht Ã¼berschritten.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 Abs 1 und 4 SGG.

Erstellt am: 28.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024