

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 6 RKa 40/92

.....,

Kläger und Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigte:,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Berlin,
Berlin, Bismarckstraße 95 - 96,

Beklagte und Revisionsbeklagte,

beigeladen:

- 1) Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin,
Berlin, Mehringplatz 15
- 2) Landesverband der Betriebskrankenkassen Berlin,
Berlin, Nonnendammallee 104 - 107,
- 3) Landesverband der Innungskrankenkassen Brandenburg und Berlin,
Berlin, Ordensmeisterstraße 15,



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



- 4) Krankenkasse für den Gartenbau,
Kassel, Goethestraße 27,
- 5) Hannoversche landwirtschaftliche Krankenkasse,
Hannover, Im Haspelfelde 24,
- 6) Verband der Angestellten-Krankenkassen eV,
Siegburg, Frankfurter Straße 84.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 24. August 1994 durch den Vorsitzenden Richter F u n k, die Richter Prof. Dr. B a l t z e r und S t e e g e sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. O t t m e r s und Dr. S e b a l d für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Berlin vom 28. Oktober 1992 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.



Gründe:

I

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Beklagte zu Recht die Abrechnung des Klägers für im Quartal IV/87 erbrachte ärztliche Leistungen nach der Gebührenordnungs-Nummer (GO-Nr) 4 des Bewertungsmaßstabes für kassenärztliche Leistungen (BMÄ) bzw der Ersatzkassengebührenordnung (E-GO) gebührenordnungsmässig berichtigt hat.

Der Kläger ist als Kinderchirurg in Berlin niedergelassen und war (auch) im Jahre 1987 als Kassenarzt zugelassen und an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt. In seiner Praxis führte er auf Überweisung ambulante Operationen durch. Von seinen Honoraranforderungen für das Quartal IV/87 setzte die Beklagte die GO-Nr 4 BMÄ/E-GO in den Behandlungsfällen ab, in denen er diese Position für den Tag der Operation (teilweise mit dem Zusatz "postoperativ") zusätzlich zu der GO-Nr 61 BMÄ/E-GO und der Gebühr für den chirurgischen Eingriff einschließlich des Zuschlages nach GO-Nrn 80 ff BMÄ/E-GO abgerechnet hatte. Sie begründete dies damit, daß nach den Fußnoten der Gebührenordnungen die GO-Nr 4 BMÄ/E-GO neben der GO-Nr 61 BMÄ/E-GO bei derselben Arzt/Patienten-Begegnung nicht abrechnungsfähig sei. Den Widerspruch des Klägers wies sie mit Bescheid vom 18. April 1989 als unbegründet zurück.

Klage und Berufung des Klägers sind erfolglos geblieben (Urteil des Sozialgerichts <SG> vom 6. November 1991, Urteil des Landessozialgerichts <LSG> vom 28. Oktober 1992). Zur Begründung hat das Berufungsgericht im wesentlichen ausgeführt: Ergänzend zu der Gebührenposition Nr 61 BMÄ/E-GO sei die "Vertragliche Bestimmung" getroffen worden, daß "neben den Leistungen nach den Nrn 60, 61 oder 63" die Leistung nach der Nr 4 "bei derselben Arzt/Patienten-Begegnung nicht berechnungsfähig" sei. Eine derartige vertragliche Regelung habe nicht nur obligatorischen Charakter, sondern entfalte auch für Dritte - namentlich Kassen- und Vertragsärzte - normative Wirkung. Anhaltspunkte für eine Unwirksamkeit der getroffenen Regelung lägen nicht vor. "Dieselbe Arzt/Patienten-Begegnung" sei gegeben, wenn der in der ärztlichen Praxis ambulant operierte Patient am Tag seiner Operation vor der Entlassung in seinen häuslichen Bereich nochmals ärztlich untersucht werde. Bei einer ambulant durchgeführten Operation läge ein einheitlicher Zweck für das Aufsuchen der ärztlichen Praxis durch den Patienten vor. Die mit den Operationsvorbereitungen in der Praxis beginnende und mit dem Verlassen der Praxis vollständig abgeschlossene Operation gebe dem Arzt/Patienten-Kontakt insgesamt das Gepräge. Wenn auch die Abrechnungsfähigkeit einer intensiven Untersuchung im Vorfeld der Operation gebührenrechtlich nicht ausgeschlossen sei, so sei bei diesem Gesamtkomplex in jedem Fall zu beachten, daß daneben die Honorierung einer weiteren Beratung und Untersuchung nach GO-Nr 4

BMÄ/E-GO nicht möglich sein solle. Ob der Patient ein Erwachsener sei oder zu dem vom Kläger betreuten Personenkreis der Kinder gehöre, sei hierbei unerheblich. Nicht entscheidend könne auch sein, daß sich dem Arzt vor und nach der Operation ein unterschiedlicher medizinischer Sachverhalt stelle. Es sei für chirurgische Eingriffe geradezu wesentypisch, daß der körperliche Zustand nach der Operation ein anderer sei als bei deren Beginn. Die besondere Sachlage bei Operationen im ambulanten Bereich im Vergleich zu stationär durchgeführten Operationen werde allein dadurch ausgeglichen, daß die Gebührenordnungen im Abschnitt "Ambulante Operationen" bei den Nrn 80 bis 84 BMÄ/E-GO besondere fakultative Zuschläge vorsähen. Nach der Umschreibung der Gebührenpositionen sollten mit diesen Zuschlägen die bei Operationen anfallenden Nebenleistungen abgedeckt werden, wenn es dort heiße, daß es sich um einen Zuschlag "für die erforderliche Vor- und Nachsorge, einschließlich der Bereitstellung von Operationseinrichtungen" handele. Daß die Zuschläge möglicherweise nicht leistungsgerecht bewertet seien und eine Neubewertung erwogen werde, sei für die Frage unerheblich, ob die maßgeblichen Gebührenpositionen nach geltendem Recht einschlägig seien. Den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit sei generell verwehrt,

mittels Auslegung der einschlägigen Vorschriften in das von sachkundigen Gremien ausgehandelte und festgesetzte Tarifgefüge einzugreifen. Aus diesem Grund gebe es auch keine rechtliche Handhabe, einen Kostenvergleich zwischen stationär und ambulant durchgeführten Operationen vorzunehmen. Den Gerichten sei bei der Auslegung von Vorschriften über die Vergütung kassen- oder vertragsärztlicher Leistungen Zurückhaltung auferlegt. Sie hätten sich an den Wortlaut der Regelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zu halten, der als Bestandteil des Bundesmantelvertrages und des Vertrages der Ersatzkassenverbände mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von den Vertragspartnern durch die Bewertungsausschüsse vereinbart worden sei.

Mit der vom Berufungsgericht zugelassenen Revision rügt der Kläger die Verletzung materiellen Rechts. Er tritt der Auffassung des Berufungsgerichtes vom Begriff "dieselbe Arzt/Patienten-Begegnung" entgegen. Allein das räumliche Element dürfe dafür nicht maßgebend sein; es komme vielmehr darauf an, unter welchen Bedingungen der Arzt sich dem Patienten erneut widme. Die Entlassungsuntersuchung werde durch die Zuschläge nach den GO-Nrn 80 ff BMÄ/E-GO nicht mit abgegolten. Die Zuschläge hätten die ganz andere Zielrichtung, den erheblich erhöhten finanziellen und personellen Aufwand abzudecken, der durch die Einrichtung eines modernen Operationsraumes notwendigerweise entstehe, bezögen sich also auf die erhöhten Investitionsleistungen des ambulant operierenden Arztes und die unmittelbar erforderliche Vor- und Nachsorge. Nach dem Komplex der sich hierauf beziehenden Zuschlags-Nrn gemäß Nrn 80 ff BMÄ/E-GO beginne ein neuer Akt, der von dem Operationsgeschehen verschieden sei. Dies zeige sich schon daran, daß auch im Krankenhaus die Operation der eine Sachverhalt sei, die Entlassungsuntersuchung dagegen ein neuer anderer, wobei es nicht



darauf ankomme, wie lange der Patient im Krankenhaus inzwischen verweilt habe. Dementsprechend könne es auch nicht darauf ankommen, daß die Patienten zwischen Operation und Entlassungsuntersuchung nur Stunden ruhten; dies sei ja gerade der Vorteil ambulanter Eingriffe. Daß die Auffassung unrichtig sei, Operation, Ruhepause, Entlassungsuntersuchung als lediglich eine Arzt/Patienten-Begegnung anzusehen, werde auch dadurch belegt, daß der Gebührenordnungsgeber dies bei den Anästhesisten und Belegärzten nicht gleichfalls so sähe. Nach der Änderung des Bewertungsmaßstabes für kassenärztliche Leistungen ab 1. April 1993 sei im übrigen die Beobachtung und Betreuung eines Kranken während der Aufwach-und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach zuschlagsberechtigten ambulanten Eingriffen gesondert normiert (Nr. 82 ff, 188, 198 BMÄ/E-GO). Damit werde im Prinzip seine (des Klägers) Meinung bestätigt, daß die Aufwachphase und die Abschlußuntersuchung nichts mit der unmittelbaren Operation einschließlich Vor- und Nachsorge zu tun hätten und deshalb einen neuen Handlungsabschnitt darstellten.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

die Urteile des Landessozialgerichts Berlin vom 28. Oktober 1992 und des Sozialgerichts Berlin vom 6. November 1991 sowie den das Quartal IV/87 betreffenden Bescheid über die Absetzung der Honoraranforderungen nach Nr. 4 BMÄ/E-GO in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 18. April 1989 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend und schließt sich der dort vertretenen Rechtsauffassung an.

Die Beigeladenen zu 1) bis 3) und 6) halten die von den vorinstanzlichen Gerichten vertretene Auffassung für zutreffend und beantragen ausdrücklich oder zumindest sinngemäß,

die Revision zurückzuweisen.

Die Beigeladenen zu 4) und 5) haben sich zur Sache nicht geäußert und stellen keine Anträge.

II

Die form- und fristgerecht eingelegte Revision des Klägers ist nicht begründet. Das LSG hat zutreffend die Berufung des Klägers gegen das klagabweisende Urteil des SG



zurückgewiesen. Die gebührenordnungsmäßige Berichtigung der Honoraranforderung des Klägers für das Quartal IV/87 bezüglich der GO-Nr 4 BMÄ/E-GO war nicht rechtswidrig.

Zu Recht haben die Vorinstanzen entschieden, daß eine Abrechnung der GO-Nr 4 BMÄ/E-GO neben der GO-Nr 61 BMÄ/E-GO bei ambulanten Operationen nicht zulässig ist. Der Text der Gebührenordnungen enthält sowohl bei der GO-Nr 4 BMÄ/E-GO als auch bei der GO-Nr 61 BMÄ/E-GO - hier mit dem Zusatz "bei derselben Arzt/Patienten-Begegnung" - den ausdrücklichen Vermerk, daß die eine Leistung nicht neben der anderen berechnungsfähig ist. Es besteht kein Anlaß, von dieser sachlich bündigen Anordnung des gegenseitigen Ausschlusses in Fällen der ambulanten Operation abzuweichen. Der erkennende Senat hat in ständiger Rechtsprechung (zuletzt Urteile vom 4. Mai 1994 - 6 RKa 2/93 und 6 RKa 19/93 -, zur Veröffentlichung vorgesehen) dahin erkannt, daß den Gerichten bei der Auslegung von Vorschriften über die Vergütung kassenärztlicher (jetzt: vertragsärztlicher) Leistungen grundsätzlich Zurückhaltung auferlegt ist. Zutreffend haben die Vorinstanzen im Anschluß an diese Rechtsprechung die genannten GO-Nrn ihrem Wortlaut entsprechend angewendet und den dabei tragenden Begriff "dieselbe Arzt/Patienten-Begegnung" nach sprachlicher Bedeutung wie normativem Zweck sachgerecht interpretiert. Die bei ambulanten Operationen iS des § 12 Abs 1, § 72 Abs 2 SGB V ausreichende und zweckmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse genügende ärztliche Leistung läßt sich bei lebensnaher und funktionsgerechter Betrachtung nicht dahin aufspalten, daß zwischen einem Abschnitt des chirurgischen Eingriffs als solchem und einem zeitlich mehr oder minder kurz daran anschließenden, auf die unmittelbaren Folgen der Operation bezogenen eigenständigen Untersuchungsvorgang unterschieden wird. Für ambulante Operationen ist es typisch, daß der Patient verhältnismäßig bald, dh im Regelfall innerhalb weniger Stunden nach dem Eingriff in seine häusliche Sphäre und damit in einen Bereich überwechselt, in dem er nicht mehr unter unmittelbarer Beobachtung des behandelnden Arztes steht. Die Entlassungsuntersuchung dient der Feststellung, ob die Auswirkungen des operativen Eingriffs auf den Gesundheitszustand des Patienten so sind, daß der Übergang in den häuslichen Bereich medizinisch vertretbar ist. In diesem Sinne gehört die Entlassungsuntersuchung funktional noch zum Bereich des operativen Eingriffs und kann davon nicht getrennt werden, ohne daß ein wesentlicher Teil der medizinisch angezeigten Behandlungsmaßnahme des Arztes fehlte. Somit besteht bei ambulanten Operationen ein notwendiger Zusammenhang zwischen dem operativen Eingriff und der Entlassungsuntersuchung. Dies aber bedeutet wiederum für die Abrechenbarkeit, daß die Entlassungsuntersuchung von den Gebührenordnungspositionen mitumfaßt wird, nach denen bereits die Operation als solche abgerechnet wird.



Die Kostenentscheidung beruht auf der entsprechenden Anwendung des § 193 SGG. Dabei ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSGE 72, 148, 156 ff) die Vorschrift des § 193 Abs 4 SGG idF des Art 15 Nr 2 des Gesundheitsstrukturgesetzes nicht in Verfahren anzuwenden, in denen das Rechtsmittel vor dem 1. Januar 1993 eingelegt worden ist.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)