

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 63/15 B

L 8 KA 2/14 (Sächsisches LSG)
S 11 KA 88/11 (SG Dresden)

BARMER GEK,
Axel-Springer-Straße 44, 10969 Berlin,

Klägerin und Beschwerdegegnerin,

Prozessbevollmächtigte:

.....

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen,
Schützenhöhe 12, 01099 Dresden,

Beklagte und Beschwerdeführerin.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat am 17. Februar 2016 durch den Vorsitzenden Richter Prof. Dr. W e n n e r , die Richter E n g e l h a r d und R a d e m a c k e r sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. E i s e n k e i l und Freiherr von S t a c k e l b e r g beschlossen:

Die Beschwerde der Beklagten gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Sächsischen Landessozialgerichts vom 8. Juli 2015 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Beschwerdeverfahrens.

Der Streitwert wird für das Beschwerdeverfahren auf 5000 Euro festgesetzt.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Gründe :

I

1 Die klagende Krankenkasse beantragte bei der beklagten kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der von Vertragsärzten für das Quartal I/2010 abgerechneten Gebührenordnungsposition (GOP) Nr 03212 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä). Diese GOP aus dem hausärztlichen Kapitel regelte in der bis zum Quartal III/2013 geltenden Fassung (nachfolgend: aF) einen Zuschlag zu Versichertenpauschalen für die Behandlung eines Versicherten mit einer oder mehreren schwerwiegenden chronischen Erkrankungen. Zur Begründung ihres Antrags machte die Klägerin geltend, dass Vertragsärzte diese GOP zu Unrecht für die Behandlung von Versicherten abgerechnet hätten, bei denen eine der Leistungslegende zu Nr 03212 entsprechende chronische Erkrankung nicht vorgelegen habe. Die Beklagte lehnte die sachlich-rechnerische Richtigstellung mit der Begründung ab, dass keine objektiven Anhaltspunkte für unrichtige Abrechnungen vorlägen. Eine schwerwiegende chronische Erkrankung könne auch gegeben sein, wenn eine Dauerbehandlung im Zeitpunkt der Abrechnung bereits länger zurückliege. Der dagegen gerichteten Klage hat das SG im Wesentlichen mit der Begründung stattgegeben, dass die GOP Nr 03212 EBM-Ä aF nur in Ansatz gebracht werden dürfe, wenn der Versicherte in den dem Abrechnungsquartal unmittelbar vorangehenden vier Quartalen wegen der betreffenden Krankheit ärztlich behandelt worden sei. Die dagegen gerichtete Berufung der Beklagten hat das LSG zurückgewiesen.

2 Mit ihrer Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision in diesem Urteil macht die Beklagte die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache (*Zulassungsgrund gemäß § 160 Abs 2 Nr 1 SGG*) geltend.

II

3 Die Beschwerde der Beklagten ist nicht begründet.

4 1. Die grundsätzliche Bedeutung einer Rechtssache setzt eine Rechtsfrage voraus, die in dem angestrebten Revisionsverfahren klärungsfähig (entscheidungserheblich) sowie klärungsbedürftig und über den Einzelfall hinaus von Bedeutung ist (*vgl BVerfG <Kammer> SozR 3-1500 § 160a Nr 7 S 14; s auch BSG SozR 3-1500 § 160a Nr 19 S 34 f; BSG SozR 3-1500 § 160a Nr 30 S 57 f mwN*). Die Klärungsbedürftigkeit fehlt, falls die Rechtsfrage schon beantwortet ist, ebenso dann, wenn Rechtsprechung zu dieser Konstellation zwar noch nicht vorliegt, sich aber die Antwort auf die Rechtsfrage ohne Weiteres ergibt (*zur Verneinung der Klärungsbedürftigkeit im Falle klarer Antwort s zB BSG SozR 3-1500 § 146 Nr 2 S 6; BSG SozR 3-2500 § 75 Nr 8*



S 34; BSG SozR 3-1500 § 160a Nr 21 S 38; vgl auch BSG SozR 3-4100 § 111 Nr 1 S 2 f). Ferner geht der Senat in ständiger Rechtsprechung für den Regelfall davon aus, dass sich aus der Anwendung der Grundsätze zur Auslegung der Leistungslegende der Bewertungsmaßstäbe im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich auf eine konkrete GOP eine grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache auch dann nicht ergibt, wenn sich das BSG mit dieser konkreten Position noch nicht ausdrücklich befasst hat (vgl zB BSG Beschluss vom 13.12.2000 - B 6 KA 30/00 B - Juris RdNr 9; BSG Beschluss vom 12.12.2012 - B 6 KA 31/12 B - Juris RdNr 6; BSG Beschluss vom 15.5.2014 - B 6 KA 55/13 B - RdNr 11).

- 5 Bezogen auf die Frage, ob der Rechtssache grundsätzliche Bedeutung zukommt, ist hier einerseits zu berücksichtigen, dass es der Klägerin mit dem bei der Beklagten gestellten Antrag auf sachlich-rechnerische Berichtigung um eine über die Abrechnung eines einzelnen Arztes hinausgehende Klärung geht (zur Zulässigkeit einer Entscheidung der KÄV über einen solchen Antrag der Krankenkasse durch Verwaltungsakt vgl BSG SozR 4-2500 § 106a Nr 13 RdNr 16 f). Der Beklagte hat in der Begründung der Nichtzulassungsbeschwerde dargelegt, dass entsprechende Anträge auf sachlich-rechnerische Richtigstellungen bezogen auf Nr 03212 EBM-Ä aF auch von anderen Krankenkassen und für weitere Quartale gestellt worden sind. Andererseits war diese GOP im EBM-Ä nur bis in das Quartal III/2013 enthalten (Streichung mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 309. Sitzung, DÄ 2013, A-1509, A-1512), sodass es um die Auslegung ausgelaufenen Rechts geht. Bezogen auf die seit dem Quartal IV/2013 geregelten sog Chroniker-Pauschalen nach Nr 03220 und Nr 03221 EBM-Ä stellen sich die im vorliegenden Verfahren zwischen den Beteiligten erörterten Auslegungsfragen aufgrund der geänderten Fassung der Leistungslegende nicht mehr. Das wird auch von der Beklagten nicht in Zweifel gezogen. Soweit die Beklagte zur Begründung der grundsätzlichen Bedeutung darauf hinweist, dass die streitgegenständlichen Fragen zur Auslegung der Nr 03212 EBM-Ä aF auch in den Bezirken anderer KÄVen aufgetreten seien, ist ferner zu berücksichtigen, dass die Frage jedenfalls für den Bezirk der KÄV Sachsen-Anhalt geklärt sein dürfte, nachdem das LSG Sachsen-Anhalt die Nr 03212 bereits mit Urteil vom 16.7.2014 (L 9 KA 12/12, NZS 2014, 956) in derselben Weise ausgelegt hat, wie das Sächsische LSG im vorliegenden Verfahren. In Bundesländern wie Thüringen oder Bayern dürften sich die streitgegenständlichen Auslegungsfragen jedenfalls nach dem Vorbringen der Klägerin, dessen Richtigkeit von der Beklagten insoweit nicht in Zweifel gezogen worden ist, von vornherein nicht gestellt haben, weil die für diese Bezirke zuständigen KÄVen die Regelung bereits in der Weise ausgelegt haben, dass eine chronische Erkrankung im Sinne dieser GOP eine ärztliche Behandlung in den vorangehenden vier Quartalen voraussetzt (KÄV Thüringen, Rundschreiben 5/2010 S 2, KÄV Bayern INFOS 6/2010 S 81).
- 6 Vor diesem Hintergrund muss es nach Auffassung des Senats hier bei dem Grundsatz bleiben, dass sich aus der Auslegung der Leistungslegende der Bewertungsmaßstäbe im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich bezogen auf eine einzelne GOP eine grundsätzliche Bedeutung der



Rechtssache nicht ergibt, auch wenn sich der Senat in seiner Rechtsprechung mit der konkreten GOP noch nicht befasst hat.

- 7 2. Im Übrigen hat das LSG die Leistungslegende der Nr 03212 nach Auffassung des Senats zutreffend ausgelegt, was auf der Grundlage der bisherigen Rechtsprechung des Senats ohne die Notwendigkeit der Durchführung eines Revisionsverfahrens beurteilt werden kann.
- 8 a) Für die Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen ist nach ständiger Rechtsprechung des Senats (*vgl BSGE 88, 126, 127 = SozR 3-2500 § 87 Nr 29 S 146; BSG SozR 4-5540 § 44 Nr 1 RdNr 13; BSG Beschluss vom 12.12.2012 - B 6 KA 31/12 B - Juris RdNr 4; BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 28 RdNr 11*) in erster Linie der Wortlaut der Regelungen maßgeblich. Weder eine ausdehnende Auslegung noch eine analoge Anwendung von GOpEn des EBM-Ä ist zulässig (*vgl zB BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 5 RdNr 11 mwN; BSG SozR 4-5531 Nr 7120 Nr 1 RdNr 11*). 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 Normgebers des EBM-Ä - des Bewertungsausschusses (BewA) gemäß § 87 Abs 1 SGB V - 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. Raum für eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der in innerem Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Leistungstatbestände ist dann, wenn der Wortlaut eines Leistungstatbestandes zweifelhaft ist und es einer Klarstellung bedarf; eine entstehungsgeschichtliche Auslegung kommt bei unklaren oder mehrdeutigen Regelungen ebenfalls in Betracht, kann allerdings nur anhand von Dokumenten erfolgen, in denen die Urheber der Bestimmungen diese in der Zeit ihrer Entstehung selbst erläutert haben (*BSG SozR 4-2500 § 106a Nr 4 RdNr 12; BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 5 RdNr 11; BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 5 RdNr 11 Nr 10 RdNr 10, jeweils mwN; BSG SozR 4-5540 § 44 Nr 1 RdNr 13; BSG Beschluss vom 12.12.2012 - B 6 KA 31/12 B - Juris RdNr 4; BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 28 RdNr 11*).
- 9 Die Leistungslegende der GOP Nr 03212 EBM-Ä 2008 in der hier maßgebenden bis 30.9.2013 geltenden Fassung hatte - soweit hier von Interesse - folgenden Wortlaut:
- "03212 **Zuschlag zu den Versichertenpauschalen nach den Nrn. 03110 bis 03112 für die Behandlung eines Versicherten mit** einer oder mehreren schwerwiegenden **chronischen Erkrankung(en)** gemäß § 2 Abs. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten im Sinne des § 62 SGB V,
- Obligater Leistungsinhalt*
- Mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte,
einmal im Behandlungsfall (kurativ-ambulant)
- 495 Punkte



Die Gebührenordnungsposition 03212 kann bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern bis zum vollendeten 2. Lebensjahr auch ohne die Voraussetzung einer wenigstens 1 Jahr langen Dauerbehandlung gemäß § 2 Abs. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Definition schwerwiegender chronischer Erkrankungen im Sinne des § 62 SGB V berechnet werden. [...]"

- 10 Der in Bezug genommene § 2 Abs 2 der "Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten im Sinne des § 62 SGB V" (so die ursprüngliche Bezeichnung der Richtlinie aus dem Jahr 2004; in der hier maßgebenden, am 20.8.2008 in Kraft getretenen Fassung vom 19.6.2008, BAnz Nr 124 vom 19.8.2008 S 3017 richtig: "Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte"; im Folgenden: Chroniker-Richtlinie) hat folgenden Wortlaut:

"Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

- a) Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.
- b) Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % vor, wobei der GdB oder die MdE nach den Maßstäben des § 30 Abs. 1 BVG oder des § 56 Abs. 2 SGB VII festgestellt und zumindest auch durch die Krankheit nach Satz 1 begründet sein muss.
- c) Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist."

- 11 b) Die im vorliegenden Verfahren im Vordergrund stehende Frage, ob die "Dauerbehandlung" in den vier Quartalen unmittelbar vor der Abrechnung der Nr 03212 EBM-Ä aF durchgeführt worden sein muss oder ob die Voraussetzungen auch durch eine länger zurückliegende Behandlung der Erkrankung erfüllt werden kann, ergibt sich nicht ohne Weiteres aus dem Wortlaut, erschließt sich jedoch unter Einbeziehung systematischer Zusammenhänge:

- 12 Die genannte Definition aus der Chroniker-Richtlinie dient der Umsetzung des § 62 Abs 1 Satz 2 SGB V, der bestimmt, dass die Belastungsgrenze "für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind" nur 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen



zum Lebensunterhalt (anstelle der sonst geltenden 2 %) beträgt. Dabei geht es in § 2 Abs 2 Satz 1 der Chroniker-Richtlinie um die Auslegung des Begriffs der Dauerbehandlung, während die zusätzlich zu erfüllenden Voraussetzungen nach Buchst a) bis c) der weiteren Eingrenzung auf schwerwiegende Krankheiten als zusätzliches Kriterium dienen (*vgl die im Internet unter <https://www.g-ba.de/downloads/40-268-5/2004-01-22-Chroniker-Begrueendung.pdf> zur Richtlinie idF vom 22.1.2004 abrufbaren tragenden Gründe*). Auf die in Teilen der Literatur (*vgl Baier in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, Stand August 2015, § 62 SGB V RdNr 13; Kraftberger in LPK-SGB V, 4. Aufl 2012, § 62 RdNr 15; Albers, jurisPK-SGB V, 3. Aufl 2016, § 62 RdNr 28*) geäußerten Zweifel daran, dass die Interpretation des Begriffs der Dauerbehandlung durch die Chroniker-Richtlinie mit den gesetzlichen Vorgaben aus § 62 Abs 1 Satz 2 SGB V im Einklang steht, kommt es im vorliegenden Zusammenhang nicht an, weil der BewA als Normgeber des EBM-Ä an diese Vorgaben bei der Fassung der GOPen nicht gebunden ist. Insofern macht es keinen Unterschied, ob der BewA den Inhalt des § 2 Abs 2 Chroniker-Richtlinie über eine Verweisung zum Inhalt des EBM-Ä macht oder aber den Wortlaut dieser Regelung in den EBM-Ä übernimmt (*vgl BSGE 115, 131 = SozR 4-2500 § 135 Nr 20, RdNr 29 mwN*). Allerdings spricht der Umstand, dass der BewA zur Definition der schwerwiegenden chronischen Erkrankung auf § 2 Abs 2 Chroniker-Richtlinie verweist, dafür, dass die in dieser Richtlinie verwendeten Begriffe im vorliegenden Zusammenhang (Voraussetzung für die Abrechnung einer GOP) nicht anders ausgelegt werden sollen, als in den Regelungen zur Belastungsgrenze nach § 62 SGB V, auf die sich die Chroniker-Richtlinie eigentlich bezieht. Insofern ist für die Auslegung des Begriffs der chronischen Erkrankung und der dabei vorausgesetzten Dauerbehandlung von Bedeutung, dass § 62 Abs 1 Satz 2 SGB V die Absenkung der Belastungsgrenze von 2 % auf 1 % davon abhängig macht, dass die chronisch Kranken, "in Dauerbehandlung sind". Nach dieser Formulierung genügt es eindeutig nicht, dass eine Dauerbehandlung irgendwann in der Vergangenheit stattgefunden hat. Vielmehr muss die Dauerbehandlung bis in die Gegenwart durchgeführt werden. Diese Auslegung wird durch Nr 6 der - als Bestandteil der Bundesmantelverträge verbindlichen (*vgl BSG SozR 4-5540 § 25 Nr 1 RdNr 35*) - Erläuterungen zu Muster 55 der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung bestätigt. Danach liegt eine Dauerbehandlung vor, "wenn der Versicherte mindestens ein Jahr lang vor Ausstellen dieser Bescheinigung jeweils wenigstens einmal im Quartal wegen derselben Krankheit in ärztlicher Behandlung war". Diese Definition wird in dem Vordruck (*Muster 55 "Bescheinigung zum Erreichen der Belastungsgrenze bei Feststellung einer schwerwiegenden chronischen Krankheit im Sinne des § 62 SGB V"*) wiederholt, in dem der Arzt ua einzutragen hat, seit wann der Versicherte wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung ist. Danach setzt - wie bereits das LSG zutreffend ausgeführt hat - auch die Abrechnung der Nr 03212 EBM-Ä aF voraus, dass die Versicherten wegen der schwerwiegenden Erkrankung "in Dauerbehandlung sind". Diese Voraussetzung ist nur erfüllt, wenn die Behandlung in den vier unmittelbar vorangehenden Quartalen und nicht nur irgendwann in der Vergangenheit stattgefunden hat.



- 13 Zwar haben die Krankenkassen im Zusammenhang mit der Prüfung der Voraussetzungen für die Absenkung der Belastungsgrenze das Fortbestehen einer chronischen Erkrankung offenbar nicht in einer den gesetzlichen Vorgaben entsprechenden Weise überprüft (*vgl. Gerlach in Hauck/Noftz, Stand Januar 2016, § 62 SGB V RdNr 41*) und mit der Änderung von § 62 Abs 1 Satz 6 SGB V mWv 9.4.2013 durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (*Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz - KFRG*) vom 3.4.2013 (*BGBI I 617*) ist dafür nachträglich unter Hinweis auf die entsprechende Praxis der Krankenkassen (*vgl. BT-Drucks 17/11267 S 26, zu Buchst a Doppelbuchst cc*) eine gesetzliche Grundlage geschaffen worden. Danach kann die Krankenkasse auf den jährlichen Nachweis der weiteren Dauer der Behandlung verzichten, "wenn bereits die notwendigen Feststellungen getroffen worden sind und im Einzelfall keine Anhaltspunkte für einen Wegfall der chronischen Erkrankung vorliegen". Abgesehen davon, dass diese Regelung erst nach dem hier maßgebenden Quartal I/2010 in Kraft getreten ist, verweist Nr 03212 EBM-Ä aF jedoch nur auf den Inhalt der Chroniker-Richtlinie und nicht auf die im SGB V getroffenen Regelungen zu deren Umsetzung durch die Krankenkassen. Zwar spricht in der Sache einiges gegen die Bezugnahme auf eine Richtlinie, die nur eingeschränkt umgesetzt wird. Insofern erscheint es konsequent, dass der BewA als Normgeber die Voraussetzungen ab dem Quartal IV/2013 eigenständig und ohne Verweis auf den Inhalt der Chroniker-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) im EBM-Ä geregelt hat. Dies ändert indes nichts an der Wirksamkeit der Verweisung auf den Inhalt der Richtlinie bis einschließlich des Quartals III/2013. Bis zu diesem Zeitpunkt hat sich die Auslegung des Begriffs der schwerwiegenden chronischen Erkrankung in Nr 03212 EBM-Ä am Wortlaut von § 2 Abs 2 Chroniker-Richtlinie auszurichten.
- 14 Aus Sicht des Senats spricht auch unter Berücksichtigung systematischer Gesichtspunkte nichts dafür, dass der Begriff der chronischen Krankheit in der Leistungslegende zu Nr 03212 EBM-Ä aF anders zu verstehen sein könnte als in § 2 Abs 2 der Chroniker-Richtlinie. Insbesondere kann nicht angenommen werden, dass der relativ hoch mit 495 Punkten bewertete Zuschlag auch bei der Behandlung von Versicherten abgerechnet werden soll, die nicht mehr chronisch krank sind, sondern nur irgendwann in der Vergangenheit chronisch krank waren. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass die Chroniker-Richtlinie zusätzlich zu der Dauerbehandlung das Vorliegen einer der unter § 2 Abs 2 Buchst a) bis c) genannten Voraussetzungen verlangt, weil diese lediglich das Vorliegen einer schwerwiegenden Erkrankung und noch nicht das Vorliegen einer auch dauerhaften und damit chronischen Krankheit belegen (*vgl. die oben zitierten tragenden Gründe des GBA*). Damit übereinstimmend knüpft im Übrigen auch die ab dem Quartal IV/2013 geltende Nachfolgeregelung - jetzt sogar ausdrücklich - an die ärztliche Behandlung "im Zeitraum der letzten vier Quartale" an (*vgl. III.a 3.2.2 EBM-Ä*).
- 15 3. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 SGG iVm §§ 154 ff VwGO. Danach hat die Beklagte die Kosten des von ihr ohne Erfolg eingelegten Rechtsmittels zu tragen (§ 154 Abs 2 VwGO). Die Festsetzung des Streitwerts entspricht der Festsetzung der Vorinstanzen und



ist von keinem Beteiligten in Frage gestellt worden (§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2 Satz 1, § 52 Abs 2, § 47 Abs 1 und 3 GKG).



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)