

S 12 KA 45/06

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 45/06

Datum
11.07.2007
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-

Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Der Begriff "einschl. Kosten" in den Gebührenrrn. 2445 (diagnostische arthroskopische Operation), 2447 (resezierende arthroskopische Operation) und 2449 EBM (rekonstruktive arthroskopische Operation) erfasst sämtliche Kosten, die üblicherweise in Zusammenhang mit der arthroskopischen Untersuchung bzw. dem Eingriff anfallen; dazu gehören auch Spüllösungen (vgl. BSG, Urt. v. 16.05.2001 - [B 6 KA 87/00 R](#) - SozR 3-5533 Nr. 2449 Nr. 2 = USK 2001-157, juris Rdnr. 16 ff.; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.04.2003 - [L 10 KA 32/02](#) - juris Rdnr. 27 ff.; LSG Niedersachsen, Urt. v. 04.06.1997 - [L 5 Ka 39/96](#) - juris Rdnr. 29). Dies gilt auch für einen Strukturvertrag, der an diese Leistungslegenden anknüpft.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Der Kläger hat der Beklagten die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten. Er hat auch die Gerichtskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Regressforderung der Verbände der Krankenkassen in Hessen wegen unzulässiger Verordnung einer Spüllösung für Arthroskopie als Sprechstundenbedarf in den drei Quartalen III/03 bis I/04 in Höhe von insgesamt 1.843,46 Euro.

Der Kläger ist als Facharzt für Chirurgie mit dem Schwerpunkt Unfallchirurgie zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen.

Mit Bescheid der Bezirksstelle A-Stadt vom 23.08.2004 setzte die Beklagte auf Antrag der Verbände der Krankenkassen einen Regressbetrag in Höhe von 612,32 Euro wegen der Verordnung von Sprechstundenbedarf im Quartal III/03 fest. Sie hielt die Verordnung von Spüllösung für Arthroskopien (Ringer-Spüllösung) als Sprechstundenbedarf für unzulässig, da diese nicht Bestandteil der Sprechstundenbedarfsvereinbarung sei. Die Sprechstundenbedarfsvereinbarung sei eine Positivliste. Artikel und Präparate, die nicht Inhalt der Vereinbarung seien, seien nicht zu Lasten des Sprechstundenbedarfs verordnungsfähig.

Hiergegen legte der Kläger am 17.09.2004 Widerspruch ein. Er führte aus, es seien Ringerinfusionslösungen bestellt und geliefert worden. Infusionslösungen seien Bestandteil der Sprechstundenbedarfsvereinbarung.

Die Bezirksstelle half dem Widerspruch nicht ab, die in dem Sprechstundenbedarfsverordnungsblatt aufgeführte Pharmazentralnummer besage, dass die Apotheke Ringer-Spüllösung für Arthroskopien und damit keine Infusionslösung abgegeben habe. Einem der beiden Verordnungen sei auch eindeutig die Verordnung einer Ringer-Spüllösung zu entnehmen. Es sei auch nicht bekannt, dass Flaschen á 5.000 ml vorkämen.

Mit weiteren Bescheiden vom 02.11.2004 und vom 07.03.2005 setzte die Beklagte auf Antrag der Verbände der Krankenkassen einen Regressbetrag in Höhe von 612,32 Euro bzw. 618,82 Euro wegen der Verordnung von Spüllösung für Arthroskopien als Sprechstundenbedarf in den Quartalen IV/03 und I/04 mit gleicher Begründung fest.

Hiergegen legte der Kläger am 04.11.2004 und 01.04.2005 Widerspruch ein. Der Kläger führte weiter aus, es sei mit den Krankenkassen vereinbart, dass zusätzlich zu den Beträgen im sog. hessischen Strukturvertrag zur Förderung des ambulanten Operierens Verbrauchsmaterial und Spüllösungen zusätzlich bezahlt werden würden. Spüllösungen seien auch als Sprechstundenbedarf verordnungsfähig. Es handele sich um eine Infusionslösung, die fachgebietsspezifisch zur intraartikulären Druckinfusion angewandt werde.

Eine Packung werde bei mehr als einem Patienten verwandt. Eine andere Entscheidung bedeute eine fachgebietsspezifische oder sogar personenbezogene Diskriminierung.

Mit Widerspruchsbescheid vom 11.01.2006, dem Kläger zugestellt am 13.01.2006, wies die Beklagte die Widersprüche zurück. In der Begründung führte sie aus, nach der Anwendung verbrauchte Materialien seien zwar im Regelfall in der Vergütung nicht enthalten. Eine Verordnungsfähigkeit sei dennoch nicht gegeben, da die Leistungslegenden für arthroskopische Untersuchungen und Eingriffe sämtlich den Zusatz "einschließlich Kosten" enthielten. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, Urteil vom 16.05.2001, Az.: [B 6 KA 87/00](#), seien Spüllösungen in den Bewertungen enthalten. Auch ambulante Operationen würden auf der Grundlage des EBM vergütet werden. Der Zusatz "einschließlich Kosten" gelte daher auch für im Zusammenhang mit dem Strukturvertrag erbrachte ambulante Operationen. Eine gesonderte abweichende Vereinbarung liege nicht vor.

Hiergegen hat der Kläger am 26.01.2006 die Klage erhoben. Er trägt ergänzend zu seinem Widerspruchsvorbringen vor, während einer Spiegeloperation eines Gelenks werde sterile Flüssigkeit über ein steriles Pumpensystem in das Gelenk instilliert. Die Flüssigkeitsmengen reichten von 1 – 2 Litern bis zu 10 Litern. Die Spüllösung, bei der es sich um eine Infusionslösung handele, sei anschließend verbraucht. Es handele sich daher um Sprechstundenbedarf. Er sei auch berechtigt, diese patientenbezogen zu rezeptieren. Im Strukturvertrag Ambulantes Operieren sei die Einschränkung "einschließlich aller Kosten" nicht enthalten. Entsprechende Verordnungen seien bisher nicht beanstandet worden. Der Strukturvertrag treffe Regelungen unabhängig vom EBM. In der Leistungslegende der Ziffern 2447A, 2449A und 2450A sei nicht der Passus "einschließlich Kosten" aufgeführt. Die Ziffer 2450A sei nicht im EBM enthalten, auch andere Ziffern hätten einen anderen Leistungsinhalt oder seien neu. Die Erwähnung der EBM-Ziffern in einer weiteren Spalte stelle klar, dass diese nicht parallel abgerechnet werden könne. Die Beklagte hätte bereits aus Gründen der Fürsorgepflicht die erste Verordnung im Jahre 1997 bemängeln müssen.

Der Kläger beantragt,
die Bescheide der Beklagten vom 23.08.2004, vom 02.11.2004 und vom 07.03.2005, alle in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.01.2006 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf den angefochtenen Widerspruchsbescheid und trägt ergänzend vor, die Kosten für Spüllösungen seien bereits in den Gebührentarifen enthalten. Im Strukturvertrag mit der AOK sei eine vom EBM abweichende Vereinbarung nicht vereinbart worden. Der Strukturvertrag konkretisiere die Leistungslegenden durch die Leistungskomplexe und durch die Angabe der EBM-Nrn. Die damit einbezogene EBM-Leistung sei ihrerseits Bestandteil des Strukturvertrages. Von daher gelte auch der Zusatz "einschließlich Kosten". Alle vom Kläger geltend gemachten Pseudoziffern hätten eine Entsprechung im EBM. Eine andere Vereinbarung sei ihr nicht bekannt. Sie mache lediglich einen Erstattungsanspruch der Krankenkassen geltend. Verordnungen im Jahre 1997 könne sie deshalb nicht beanstanden. Der Kläger sei vielmehr verpflichtet, sich über die Abrechnungsvoraussetzungen zu informieren. Auch eine Einzelverordnung sei nicht möglich gewesen. Die Nrn. 2445 ff. EBM enthielten eine Vergütung "einschließlich Kosten".

Die Beigeladene schließt sich den Ausführungen der Beklagten an und trägt ergänzend vor, auch nach dem Strukturvertrag zur Förderung ambulanter Operationen sei auf die EBM-Nrn. Bezug genommen worden. Diese wären verbindlich gewesen.

Die Kammer hat bereits am 29.11.2006 eine mündliche Verhandlung abgehalten; hierzu wird auf die Sitzungsniederschrift verwiesen. Sie hat ferner mit Beschluss vom 29.11.2006 die Beiladung der AOK Hessen ausgesprochen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz – SGG –).

Die zulässige Klage ist unbegründet. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten vom 23.08.2004, vom 02.11.2004 und vom 07.03.2005, alle in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.01.2006 sind rechtmäßig. Sie waren daher nicht aufzuheben. Die Klage war abzuweisen.

Die sachlich-rechnerische Berichtigung ist formell rechtmäßig, insbesondere war die Beklagte zuständig.

Im Bereich der Beklagten ist eine Zuständigkeit der Prüfungseinrichtungen durch gesamtvertragliche Regelungen nicht begründet worden. § 48 Abs. 1 BMV-Ä in der ab 01.01.1995 geltenden Fassung sieht die Zuständigkeit der Prüfungseinrichtungen zur Feststellung von Schäden, die einer Krankenkasse aus der unzulässigen Verordnung von Leistungen, die aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind oder aus der fehlerhaften Ausstellung von Bescheinigungen entsteht, vor (zum Arzneikostenregress bei Einzelverordnungen s. a. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 14.03.2001 - [B 6 KA 19/00 R](#) - [SozR 3-2500 § 106 Nr. 52](#)). Dem entsprechend bestimmt auch § 15 Abs. 1 der ab 01. Januar 2004 geltenden und zwischen den hessischen Gesamtvertragsparteien geschlossenen Prüfungsvereinbarung vom 19.08.2004, veröffentlicht als Anlage 3 zum Landesrundschriften/Bekanntmachung der Beklagten vom 02.11.2005, dass der Prüfungsausschuss auch prüft, ob der Vertragsarzt mit seinen sonstigen Verordnungen gegen die Zulässigkeit der Verordnung, insbesondere im Hinblick auf die Richtlinien der Sprechstundenbedarfsvereinbarung verstoßen hat, soweit andere vertragliche Regelungen dem nicht entgegenstehen. Nach § 1 Abs. 4 der zwischen den hessischen Gesamtvertragsparteien geschlossenen Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf vom 07. November 1994, gültig ab 1. Januar 1995, [www.kvhessen.de](#) (im Folgenden: SV), sind, werden andere als die nach dieser Vereinbarung zulässigen Mittel als Sprechstundenbedarf verordnet, die hierdurch entstandenen Kosten bzw. Mehrkosten zu erstatten. Entsprechende Korrekturen sollen bei der Prüfung der Rechnungslegung vorgenommen

werden. Scheidet diese Möglichkeit aus, sind auf Antrag der AOK Hessen die Kosten von der KVH im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung festzustellen und vom Vertragsarzt zu erstatten. Anträge auf Erstattung können nur innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Ausstellungsquartales der Verordnung gestellt werden und der betroffene Arzt soll zeitnah über die Einleitung eines Verfahrens informiert werden. Hiervon unberührt bleiben eventuelle Prüfanträge wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise. Diese richten sich nach den Bestimmungen der Prüfvereinbarung. Damit haben die Gesamtvertragsparteien in zulässiger Weise (vgl. LSG Sachsen, Urteil vom 26.01.2005 - [L 1 KA 30/02](#) - juris, Rdnr. 51) eine Zuständigkeit der Beklagten begründet.

Die sachlich-rechnerische Berichtigung ist auch materiell rechtmäßig.

Die Ärzte können als Sprechstundenbedarf im Sinne der Allgemeinen Bestimmungen A I.4. des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) die in den Anlagen zu dieser Vereinbarung aufgeführten Arzneimittel, Verbandmittel, Instrumente, Gegenstände und Materialien verordnen. Als Sprechstundenbedarf gelten hiernach nur solche Mittel, die ihrer Art nach bei mehr als einem Versicherten Verwendung finden oder bei Notfällen sowie im Zusammenhang mit einem ärztlichen Eingriff bei mehr als einem Patienten zur Verfügung stehen müssen (§ 1 Abs. 1 SV). Mittel, die nur für einen einzelnen Patienten bestimmt sind, stellen keinen Sprechstundenbedarf dar, sondern sind zu Lasten der zuständigen Krankenkasse auf den Namen des Versicherten bzw. Berechtigten zu verordnen, sofern sich aus den Anlagen nichts anderes ergibt. Die Mittel, die auf den Namen des Patienten verordnet wurden (z.B. Ampullen), jedoch von diesem nicht mehr benötigt werden, gehen in den Sprechstundenbedarf über (§ 1 Abs. 2 SV). Die allgemeinen Praxiskosten, insbesondere die Kosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstehen, sind durch die Vergütung für vertragsärztliche Leistungen nach dem EBM abgegolten. Sie können somit nicht als Sprechstundenbedarf verordnet werden. Dies gilt auch, soweit Arzneimittel, Verbandmittel und Materialien durch die Vergütung für Leistungen nach dem Gebührenverzeichnis des EBM abgegolten werden. Hierzu zählen insbesondere:

- allgemeine Praxiskosten
- Desinfektionsmittel zur Reinigung oder Pflege ärztlichen Instrumentariums, ärztlicher Apparaturen oder der Praxisräume
- Gefäße für den Sprechstundenbedarf
- Kosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstanden sind
- Kosten für Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmaltrachealtuben, Einmalabsaugkatheter, Einmalhandschuhe, Einmalrasierer, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula, Einmalküretten
- Kosten für Reagenzien, Substanzen und Materialien für Laboratoriumsuntersuchungen
- Kosten für Filmmaterial und Radionuklide - Mittel für Vorsorgeuntersuchungen
- Zellstoff als Unterlage oder zur Reinigung (§ 1 Abs. 5 SV).

Danach ist die Verordnung von Spüllösung für Arthroskopien (Ringer-Spüllösung) als Sprechstundenbedarf unzulässig. Es handelt sich um allgemeine Praxiskosten, die durch die Vergütung für vertragsärztliche Leistungen nach dem EBM abgegolten sind.

Als Sprechstundenbedarf darf nichts verordnet bzw. den Kassen in Rechnung gestellt werden, was diese bereits anderweitig bezahlt haben. Dies gilt insbesondere, wenn die Kosten für ein verordnetes Mittel bereits in den Leistungssätzen der vertragsärztlichen Gebührentarife enthalten sind (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr. 29](#); BSG SozR 3-5533 Nr. 2; BSG, Urteil vom 09.09.1998 - [B 6 KA 57/97 R](#) -). Nach Abschnitt A I. Nr. 4 der Allgemeinen Bestimmungen EBM 1996 - wie auch nach den nachfolgenden Fassungen - sind in den berechnungsfähigen Leistungen die Kosten für Arzneimittel, Verbandmittel, Materialien, Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die nach der Anwendung verbraucht sind oder die der Kranke zur weiteren Verwendung behält, sowie Kosten für Einmalinfusionsbestecke, Einmalinfusionskatheter, Einmalinfusionsnadeln und Einmalbiopsienadeln nicht enthalten, soweit nichts anderes bestimmt ist. Die hier streitigen Materialien fallen zwar unter diese Verbrauchsmaterialien; für arthroskopische Untersuchungen und Eingriffe ist aber in dem EBM etwas anderes bestimmt. Die insoweit einschlägigen Gebührennrn. 2445 (diagnostische arthroskopische Operation), 2447 (resezierende arthroskopische Operation) und 2449 (rekonstruktive arthroskopische Operation) enthalten nämlich den Zusatz "einschl. Kosten". Dieser Begriff ist eindeutig. Mit dem Begriff "einschl. Kosten" sind sämtliche Kosten erfasst, die üblicherweise in Zusammenhang mit der arthroskopischen Untersuchung bzw. dem Eingriff anfallen; damit gehören auch die hier streitigen Materialien zu den umfassten Kosten (vgl. BSG, Ur. v. 16.05.2001 - [B 6 KA 87/00 R](#) - SozR 3-5533 Nr. 2449 Nr. 2 = USK 2001-157, zitiert nach juris Rdnr. 16 ff.; LSG Nordrhein-Westfalen, Ur. v. 09.04.2003 - [L 10 KA 32/02](#) - juris Rdnr. 27 ff.; LSG Niedersachsen, Ur. v. 04.06.1997 - [L 5 Ka 39/96](#) - juris Rdnr. 29).

Da der Kläger die streitigen Spüllösungen ausschließlich bei arthroskopischen Operationen eingesetzt hat, sind die Kosten hierfür bereits mit der entsprechenden Gebührezziffer abgegolten. Es handelt sich auch nicht um Infusionen. Die Lösung dient zur Ausspülung, um Schleim, Blut u. a. m. zu entfernen, damit gesehen und arthroskopiert werden kann.

Eine hiervon abweichende Vereinbarung ist auch nicht im Strukturvertrag zur Förderung ambulanter stationärer Operationen zwischen der AOK Hessen und der Beklagten vom 21.07.1997 vereinbart worden. Der Strukturvertrag konkretisiert die Leistungslegenden durch die Leistungskomplexe und durch die Angabe der EBM-Nrn. Er greift die EBM-Nrn. und damit die dort gegebenen Leistungslegenden auf. Diese sind damit Bestandteil des Strukturvertrages. Abweichend vom EBM wird lediglich die Vergütung durch feste Vergütungssätze geregelt. Hierfür werden die Pseudo-Abrechnungsnummern vergeben, ohne dass dadurch die Leistungslegende verändert werden würde. Allenfalls schlüsselt der Strukturvertrag die Leistungslegende nach einzelnen Operationstypen weiter auf, um eine unterschiedliche Vergütung festzusetzen. So finden sich, worauf der Kläger hinweist, für die Nr. 2449 EBM die beiden Pseudo-Abrechnungsnummern 2449 A und 2450 A, letztere nur auf eine Kreuzband- und Rotatorenmanschettennaht bezogen. Aber auch für die Pseudo-Abrechnungsnummern 2450 A gilt ausdrücklich die Nr. 2449 EBM und damit die Einschränkung "einschließlich Kosten". Entsprechendes gilt für die Aufspaltung der Nr. 2382 EBM in die Pseudo-Abrechnungsnummern 2382 A und 2383 A. Hieraus kann deshalb nicht der Schluss gezogen werden, der Strukturvertrag beschreibe völlig neue Leistungslegenden, für die die Leistungslegenden des EBM ohne Bedeutung wären. Damit gilt auch nach dem Strukturvertrag die Einschränkung "einschließlich Kosten". Im Strukturvertrag, der lediglich die Art der Operation durch eine Kurzfassung der Leistungslegende aufgreift, brauchte daher der Passus "einschließlich Kosten" nicht gesondert aufgeführt zu werden. Von daher wäre der Kläger auch nicht berechtigt gewesen, patientenbezogene Einzelverordnungen auszustellen.

Soweit der Kläger anführt, entsprechende Verordnungen seien bisher nicht beanstandet worden, so kann er sich deshalb nicht auf einen wie auch immer gearteten Vertrauensschutz berufen. Vertrauensschutz würde voraussetzen, dass die hier strittige Frage der Verordnungsfähigkeit bereits in der Vergangenheit Gegenstand einer Kontroverse zwischen den Beteiligten gewesen wäre und die Beklagte dennoch die Verordnung nicht beanstandet hätte. Dies wird vom Kläger aber nicht behauptet. Allein aus der Nichtbeanstandung einer

rechtswidrigen Verordnungsweise allein folgt noch kein Vertrauensschutz.

Die Beklagte hätte auch entgegen der Auffassung des Klägers nicht bereits aus Gründen der Fürsorgepflicht die erste Verordnung im Jahre 1997 bemängeln müssen. Es ist vielmehr Pflicht des Klägers, sich mit den Abrechnungs- und Verordnungsregeln auseinanderzusetzen und sich bei Zweifelsfragen mit den zuständigen Stellen in Verbindung zu setzen.

Nach allem war die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2007-10-12