

L 10 KA 32/02

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

10
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)

Aktenzeichen
S 9 KA 109/00

Datum
29.11.2001

2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen

L 10 KA 32/02
Datum

09.04.2003
3. Instanz

Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 29.11.2001 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt auch im zweiten Rechtszug die Kosten des Beklagten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Rechtmäßigkeit eines Sprechstundenbedarfsregresses.

Der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Kläger ist Facharzt für Orthopädie. In seiner Praxis erbringt er u.a. auch operative Leistungen insbesondere im Bereich der Gelenkchirurgie und Arthroskopie.

Für die Quartale I bis IV/1996 verordnete er Spül- und Rollenpumpenschläuche, Drucksensoren sowie Purisole als Sprechstundenbedarf und verwandte diese bei ambulanten Operationen. Auf Antrag der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen in Westfalen-Lippe nahm der Prüfungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen den Kläger wegen der dadurch verursachten Kosten in Höhe von 9.231,17 DM in Regress (Beschluss vom 06.05.1998). Der Beklagte bestätigte den Regress mit Beschluss vom 18.12.1999 und begründete diesen im Wesentlichen damit, dass Spülschläuche, Rollenpumpenschläuche und Drucksensoren für Rollenpumpen nicht zu Lasten der Kassen verordnungsfähig seien, denn die Kosten der als Sprechstundenbedarf verordneten isotonischen Kochsalzlösungen, orthopädischen Überleitungsgeräte und -schläuche seien nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ((BSG) Urteil vom 09.09.1998 - B 6 KA 157/97 -) mit dem Honorar für die durchgeführten arthroskopischen Untersuchungen und Operationen abgegolten.

Mit seiner Klage vom 05.06.2000 hat der Kläger vorgetragen, diese Materialien seien nicht von dem erst zum zweiten Quartal 1988 eingeführten Begriff der Kosten in den Gebührennummern (GNRN) 2445, 2446, 2447 und 2448 (Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) vom 01.01.1994) bzw. den GNRN 2445, 2447 und 2449 (EBM vom 01.01.1996) erfasst. Die wörtliche Auslegung des Begriffes "einschl. Kosten" sei nicht ausreichend, um den tatsächlichen Leistungsumfang zu bestimmen. Die als Sprechstundenbedarf verordnungsfähigen Materialien fielen nicht unter den Begriff der Kosten. Spüllösungen, Überleitungsgeräte und -schläuche seien zumindest ab dem Quartal I/95 von der in Westfalen-Lippe geltenden Sprechstundenbedarfsvereinbarung umfasst und damit als Sprechstundenbedarf abrechenbar. Entgegen der Auffassung des BSG handele es sich bei der Kostenregelung in den Leistungslegenden zu den arthroskopischen Leistungen auch nicht um eine Sonderregelung gemäß den Allgemeinen Bestimmungen A I Nr. 4 des EBM. Darüber hinaus führe die Einbeziehung sämtlicher Kosten, die im Rahmen einer arthroskopischen Operation anfielen, zu einer alle Arthroskopiker benachteiligenden unangemessenen Vergütung. Die relativ hohe Bewertung der GNR 2449 könne den Einschluss aller Kosten nicht begründen; der Vergleich mit der herkömmlichen Operation ergäbe nämlich, dass diese nur unwesentlich niedriger als die entsprechende arthroskopische Leistung bewertet werde.

Der Kläger hat beantragt,

den Beschluss des Beklagten aus der Sitzung vom 18.12.1999 zum Sprechstundenbedarfsregress für beide Kassenarten aus dem Jahr 1996 wegen unzulässiger Sprechstundenbedarfsverordnung aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, erneut über seine Beschwerde unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Der Beklagte und die Beigeladenen zu 1) bis 3) und zu 6) bis 8) haben beantragt,

die Klage abzuweisen.

Das Sozialgericht (SG) Dortmund hat die Klage mit Urteil vom 29.11.2001 mit der Begründung abgewiesen, dass Rollenpumpenschläuche, Drucksensoren, Patienten- und Spülschläuche nicht gesondert über Sprechstundenbedarf verordnungsfähig seien; die Kosten seien mit dem Honorar für die durchgeführten arthroskopischen Untersuchungen und Operationen abgegolten. Der zu Lasten der Primärkassen abgerechnete Petroläther zähle zu den allgemeinen Praxiskosten und sei daher auch nicht über den Sprechstundenbedarf abrechenbar. Die Regelungen im EBM seien gegenüber der Sprechstundenbedarfsvereinbarung vorrangig. Als Sprechstundenbedarf dürfe nichts verordnet bzw. den Kassen in Rechnung gestellt werden, was diese bereits anderweitig bezahlt hätten. Das gelte insbesondere, wenn die Kosten für ein verordnetes Mittel bereits in den Leistungsansätzen der vertraglichen, dem Wortlaut nach eindeutigen Gebührentarife (GNRN 2445-2449 EBM) enthalten seien.

Auch erfordere nicht jede neue Erkenntnis oder Kostenentwicklung eine Anpassung des EBM; es sei weder eine Überschreitung noch eine missbräuchliche Ausnutzung des Entscheidungsspielraums des Bewertungsausschusses festgestellt worden.

Mit seiner gegen das am 30.04.2002 zugestellte Urteil gerichteten Berufung vom 28.05.2002 hat der Kläger ergänzend vorgebracht, der Bewertungsausschuss habe durch Aufnahme des Begriffs "inschl. Kosten" in die Leistungslegenden die Leistungsbewertung ohne wirtschaftliche Grundlage rechtsmissbräuchlich reduziert und die instrumentellen Kosten zu Lasten des abrechnenden Vertragsarztes verschoben; aus der Erbringung arthroskopischer Leistungen könne deshalb praktisch kein Honorar mehr erwirtschaftet werden.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 29.11.2001 abzuändern und nach seinem erstinstanzlichen Antrag zu erkennen.

Der Beklagte beantragt schriftsätzlich,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Alle Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats durch Urteil ohne mündliche Verhandlung ([§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)) einverstanden erklärt.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte und die Verwaltungsvorgänge des Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Das SG hat die Klage zu Recht und mit zutreffender Begründung abgewiesen.

Der Senat nimmt hierauf in entsprechender Anwendung des [§ 153 Abs. 2 SGG](#) Bezug und bemerkt ergänzend:

Der Kläger ist durch die angefochtene Entscheidung des Beklagten nicht beschwert; der ihm gegenüber festgesetzte Regress ist rechtmäßig.

Nach [§ 106 Abs. 1](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) überwachen die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung. Die entsprechende Prüfungs- und Entscheidungskompetenz des Beklagten ergibt sich aus der im Bereich der Beigeladenen zu 8) zum 01.01.1995 in Kraft getretenen Vereinbarung über die ärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf (Sprechstundenbedarfsvereinbarung) in Verbindung mit der ab 01.07.1993 im Bereich der Beigeladenen zu 8) gültigen Gemeinsamen Prüfvereinbarung.

Nach § 6 Abs. 1 Sprechstundenbedarfsvereinbarung gilt für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Verordnungsfähigkeit des Sprechstundenbedarfs die Gemeinsame Prüfvereinbarung. Deren § 3 weist die Entscheidungskompetenz den Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen zu. Diese prüfen auf Antrag der Krankenkassen, der Verbände oder der Beigeladenen zu 8) die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise bei Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie beim Sprechstundenbedarf (§ 24 Abs. 1 der Gemeinsamen Prüfvereinbarung) und sind befugt, Regresse zu beschließen (§ 24 Abs. 5 Nr. 2 der Gemeinsame Prüfvereinbarung), wobei dem Beklagten die Durchführung des Widerspruchsverfahrens obliegt (§ 10 der Gemeinsame Prüfvereinbarung).

Davon ausgehend war der Beklagte berechtigt, gegen den Kläger einen Regress i.H.v. 9.231,17 DM festzusetzen; die Höhe des Regresses übersteigt den tatsächlich festgestellten Mehraufwand nicht. Der Regress ist rechtmäßig; denn der Kläger durfte Kosten für Spülschläuche, Rollenpumpenschläuche, Drucksensoren für Rollenpumpen und Purisole zur Verwendung von bei arthroskopischen Untersuchungen und Eingriffen nicht als Sprechstundenbedarf zu Lasten der Krankenkassen verordnen.

1. Bereits nach dem Wortlaut der Sprechstundenbedarfsvereinbarung können Spülschläuche, Rollenpumpenschläuche sowie Drucksensoren für Rollenpumpen nicht als Sprechstundenbedarf verordnet werden. Die im Rahmen des Sprechstundenbedarfs verordnungsfähigen Mittel sind im Anhang zu § 4 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung aufgeführt. Physiologische Kochsalzlösungen sind danach nur verordnungsfähig, soweit sie nicht mit der Gebühr (GNRN 2445 und 2449) abgegolten sind. Spülschläuche, Rollenpumpenschläuche sowie Drucksensoren für Rollenpumpen sind überhaupt nicht als verordnungsfähige Mittel genannt. Soweit der Kläger geltend macht, diese seien von dem im Anhang zu § 4 aufgeführten Begriff "Drainageschläuche" erfasst, vermag der Senat diesem Begriffsverständnis im Hinblick auf den klaren Wortlaut der Leistungsbeschreibung nicht beizutreten. Die von dem Kläger bei Operationen verwandten Materialien dienen dazu, Spüllösungen in die Wunde einzubringen. Drainageschläuche dienen hingegen Ableitung von Wundsekreten, Eiter, Ergüssen u.a. aus Körperhöhlen, Geweben, Wunden etc.

2. Selbst aber wenn mit der Auffassung des Klägers davon ausgegangen würde, eine erweiternde Auslegung des Katalogs der

verordnungsfähigen Mittel über den reinen Wortlaut hinaus sei möglich bzw. der Leistungskatalog sei grundsätzlich nicht abschließend, führt dies zu keinem anderen Ergebnis. Denn - 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 Gebührenordnungen enthalten sind (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, Verbandsmittel, 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 GNRN 2445 (diagnostische arthroskopische Operation), 2447 (resezierende arthroskopische Operation) und 2449 (rekonstruktive arthroskopische Operation) enthalten nämlich den Zusatz "einschl. Kosten". Dieser Begriff ist eindeutig.

Für die Auslegung der vertragsärztlichen Gebührenordnungen ist nach ständiger Rechtsprechung in erster Linie der Wortlaut der Leistungslegenden maßgeblich (z.B. BSG SozR 3-2500 § 87 Nrn. 2 und 5; BSG Urteil vom 31.01.2001 - [B 6 KA 5/00 R](#) m.w.N.), da das vertragliche Regelungsmerk dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen zwischen Ärzten und Krankenkassen dient und es in erster Linie Aufgabe des Bewertungsausschusses selbst ist, Unklarheiten zu beseitigen. Indes schließt diese vorrangige Auslegungsmethode die Berücksichtigung systematischer Gesichtspunkte nicht aus (BSG Urteil vom 31.01.2001, [a.a.O.](#)). Unzulässig ist eine systematische Auslegung aber, wenn hierdurch über den klaren Wortlaut hinaus zusätzliche Vergütungsansprüche begründet werden sollen; umgekehrt gilt, dass sich Abrechnungsausschlüsse ebenso eindeutig aus dem Wortlaut der Gebührenordnungen ergeben müssen (vgl. Urteile des LSG NW vom 15.06.1994 - L 11 Ka 110/93 -, vom 28.08.1996 - [L 11 Ka 92/95](#) - und vom 18.03.1998 - [L 11 Ka 74/97](#) -). Eine entstehungsgeschichtliche Auslegung unklarer oder mehrdeutiger Regelungen kommt nur in Betracht, wenn - anders als hier - Dokumente vorliegen, in denen die Urheber der Bestimmungen diese in der Zeit ihrer Entstehung selbst erläutert haben. Leistungsbeschreibungen dürfen weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewandt werden (BSG Urteil vom 31.01.2001, [a.a.O.](#) m.w.N.).

Nach dem Wortlaut in den Leistungsbeschreibungen der GNRN 2445, 2447 und 2449 "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. dazu BSG Urteil vom 09.09.1998. [a.a.O.](#)). Für eine davon abweichende Auslegung des Begriffs "Kosten" besteht kein Raum.

Ob darüber hinaus nach der Sprechstundenbedarfsvereinbarung einzelne dort genannte Materialien, die im Zusammenhang mit arthroskopischen Untersuchungen bzw. Eingriffen anfallen, - wie der Kläger meint - verordnungsfähig sind, ist nicht erheblich, da die hier streitigen Materialien in der Sprechstundenbedarfsvereinbarung überhaupt nicht aufgeführt sind bzw. unter dem Vorbehalt stehen, dass sie nicht mit der Gebühr nach GNRN 2445 bis 2449 abgegolten sind (physiologische Kochsalzlösungen). Ungeachtet dessen steht der Auffassung des Klägers entgegen, dass die in der Sprechstundenbedarfsvereinbarung aufgeführten verordnungsfähigen Mittel zur Diagnostik und Therapie (Mittel, Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die der Kranke zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Verwendung verbraucht sind) unter dem Vorbehalt stehen, dass es sich nicht um allgemeine Praxiskosten handelt.

Ohne weiteren Bezug zu dem vorliegenden Rechtsstreit ist, dass nach dem Vorbringen des Klägers (Schreiben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 05.02.2001 und Gutachten des Dr. Moeves vom 09.01.2001) die Frage streitig sein soll, ob Kosten für Implantate (Körperersatzstücke) zu den Kosten i.S.d. der GNRN 2445, 2447 und 2449 gehören. Solche Kosten sind hier nicht streitig.

Eine andere Beurteilung ergibt sich auch nicht daraus, dass der EBM bei herkömmlichen Operationen keinen Kosteneinschluss vorsieht. Arthroskopische Operationen werden nämlich erheblich höher bewertet, so dass gerade deswegen der Einschluss aller Kosten bei arthroskopischen Operationen nachvollziehbar ist (BSG, Urteil vom 09.09.1998). Unabhängig davon, dass nach Einführung des Kosteneinschlusses bei den GNRN 2445 bis 2449 erfolgte Verschiebungen in der Leistungsbewertung zu keiner anderen Auslegung des Begriffs "Kosten" führen können, besteht auch kein Missverhältnis zwischen herkömmlichen und arthroskopischen Operationen dahingehend, dass diese gleich bewertet werden, bei arthroskopischen Operationen aber die Kosten einbezogen sind. Insbesondere die Leistungen nach GNRN 2447 bzw. 2449 wurden 1996 mit 4.900 bzw. 6.500 Punkten weiterhin deutlich höher bewertet als herkömmliche Operationen (GNRN 2430 mit 2.400 Punkten und 2442 mit 2.800 Punkten bzw. GNRN 2427 mit 4000 Punkten).

3. Der von den Klägern gerügte Verstoß gegen den in [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) normierten Grundsatz der Angemessenheit der Vergütung liegt nicht vor.

Nach [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Verbände der Krankenkassen Sorge zu treffen, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden. Diese Regelung begründet grundsätzlich kein subjektives Recht des einzelnen Kassenarztes auf ein bestimmtes, als angemessen bewertetes Honorar für die einzelne Leistung oder die ärztliche Tätigkeit insgesamt. Lediglich ausnahmsweise kann die Regelung auch dem Schutz individueller Interessen dienen, nämlich dann, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das kassenärztliche Versorgungssystem als Ganzes und als deren Folge auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden ärztlichen Leistungserbringer gefährdet wäre ([BSGE 75, 187](#) = SozR 3-2500 § 72 Nr. 5; BSG SozR 3-5533 Nr. 763 Nr.1). Letzteres kommt jedoch bei einer zu niedrigen Bewertung lediglich einzelner Leistungen oder Leistungskomplexe regelmäßig nicht in Betracht.

Selbst wenn der Kläger - was er nicht geltend gemacht hat - sich vorrangig auf arthroskopische Operationen spezialisiert haben sollte, daraus seinen wesentlichen Honorarumsatz erzielen würde und keine Möglichkeit hätte, die behaupteten Bewertungsdefizite bei den Leistungen nach den GNRN 2445 bis 2449 durch Einnahmen aus anderen Bereichen seiner Tätigkeit auszugleichen, würde dies nicht weiterführen. Denn auch damit wäre nicht dargetan, dass deswegen etwa das gesamte Fachgebiet "Orthopädie" bzw. Teilgebiet "Spezielle orthopädische Chirurgie" (§ 2 Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe) nicht mehr wirtschaftlich sinnvoll betrieben werden

kann. Arthroskopische Operationen machen nur einen Teil der orthopädischen Tätigkeit aus; spezialisiert sich ein Arzt innerhalb seines Gebietes oder Teilgebietes auf wenige ausgewählte Leistungen mit der Folge, dass ein wirtschaftlicher Ausgleich zwischen einer größeren Zahl von Leistungen nicht mehr möglich ist, so muss er das Risiko der mangelnden Rentabilität der von ihm betriebenen Spezialpraxis tragen (BSG SozR 3-5533 Nr. 763 Nr.1).

Soweit der Kläger mit seinem Begehren auch auf eine günstigere punktfri² zahlenmäßige Bewertung der von ihm erbrachten Leistungen nach den GNRN 2445 bis 2449 EBM abzielt, steht dem die in ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgericht (vgl. nur BSG SozR 3-1500 § 96 SGG Nr. 3 und BSG SozR 3-5533 Nr. 763 Nr.1) und des LSG NRW (vgl. nur Urteile vom 31.08.1994 - L 11 Ka 88/93 - und vom 14.01.1998 - L 11 KA 147/97 -) betonte eingeschränkte Überprüfbarkeit der vom Bewertungsausschuss getroffenen Entscheidungen entgegen. Hiernach scheidet eine Korrektur der vom Bewertungsausschuss vorgenommenen Bewertung nach den eigenen abweichenden Vorstellung des Gerichtes von der Wertigkeit einer Leistung und der Angemessenheit der Vergütung grundsätzlich aus, weil damit in ein umfassendes, als ausgewogen vorauszusetzendes Tarifgefüge eingegriffen und dessen Funktionsfähigkeit beeinträchtigt würde. Etwas anderes kann nur in den Fällen gelten, in denen sich zweifelsfrei feststellen lässt, dass der Bewertungsausschuss seinen Regelungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgeübt hat, indem er etwa eine ärztliche Minderheitengruppe bei der Honorierung benachteiligt oder sich sonst erkennbar von sachfremden Erwägungen hat leiten lassen. Davon ausgehend ist vorliegend eine Fehlerhaftigkeit der Punktbewertung nicht zu festzustellen.

Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 183, 193 SGG a.F.

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

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-09-29