

## B 6 KA 57/98 R

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
6  
1. Instanz  
SG Frankfurt (HES)  
Aktenzeichen  
-

Datum  
12.02.1997  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
-

Datum  
08.07.1998  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 6 KA 57/98 R

Datum  
25.08.1999  
Kategorie  
Urteil

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 8. Juli 1998 wird zurückgewiesen. Der Kläger hat der Beklagten ihre außergerichtlichen Kosten auch für das Revisionsverfahren zu erstatten.

Gründe:

I

Die Beteiligten streiten um die Rechtmäßigkeit sachlich-rechnerischer Richtigstellungen.

Der Kläger ist als Pathologe niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) nahm in ihren Honorarbescheiden für die Quartale I/1994 bis I/1995 verschiedene sachlich-rechnerische Richtigstellungen seiner Honoraranforderungen vor. Seine Rechtsmittel beschränkte er im Verlaufe des Verfahrens darauf, die Leistungen der Geb-Nrn 7103 und 46 des Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (BMÄ) und der Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) nachvergütet zu bekommen. Er macht zum einen geltend, die Versandkostenpauschale nach der Geb-Nr 7103 BMÄ / E-GO in Höhe von 5,- DM müsse ihm für die Versendung mehrerer Gewebeprobe im Zusammenhang mit einer Operation mehrfach, entsprechend der Anzahl der versandten Gewebeprobe, gewährt werden. Zum anderen verlangt er dafür, daß er im Zusammenhang mit einer histologischen Sofortuntersuchung während einer Operation (Schnellschnitt) den Chirurgen beratend unterstützte, außer der Geb-Nr 4816 BMÄ / E-GO auch die Vergütung nach der Geb-Nr 46 BMÄ / E-GO (Beistand bei der ärztlichen Leistung eines anderen Arztes).

Das von ihm angerufene Sozialgericht hat seine Klage abgewiesen (Urteil vom 12. Februar 1997). Das Landessozialgericht (LSG) hat seine Berufung zurückgewiesen. In dem Urteil vom 8. Juli 1998 (E-LSG KA-062) ist ausgeführt, der Kläger könne die Vergütung nach der Geb-Nr 7103 auch dann, wenn er mehrere Proben (Materialien) eines Patienten an einem Tag erhalte bzw. abhole, nur einmal beanspruchen. Der Begriff "je Untersuchungsfall" könne nicht wie "je Probe" oder "je Material" verstanden werden. Die Assistenzgebühr nach Geb-Nr 46 stehe ihm deshalb nicht zu, weil seine Tätigkeit erst nach der Gewebeprobeentnahme beginne, auch dann, wenn das Material im Wege eines Schnellschnitts gewonnen und von ihm sofort zur Fortsetzung der Operation untersucht werde.

Mit seiner vom LSG zugelassenen Revision macht der Kläger geltend, bei der Auslegung der Geb-Nr 7103 BMÄ / E-GO sei auf die Untersuchung abzustellen, die der Empfänger des Materials durchführe. Viele Einsender schickten mehrere Proben von der gleichen Stelle oder von verschiedenen Stellen des Körpers des Patienten. Jedenfalls in letzterem Falle könne nicht von nur einem Untersuchungsfall gesprochen werden. Dieses Wort meine nur eine einzelne Untersuchung. Der Pathologe habe für jede Probe ein Ergebnis zu übermitteln. Auch den Tatbestand der Geb-Nr 46 BMÄ / E-GO habe das LSG verkannt. Wenn der Pathologe den Chirurgen im Fall eines Schnellschnitts bei der Gewebeentnahme beratend unterstütze, leiste er gemäß Geb-Nr 46 Beistand bei der ärztlichen Leistung eines anderen Arztes.

Der Kläger beantragt,  
die Urteile des Hessischen Landessozialgerichts vom 8. Juli 1998 und des Sozialgerichts Frankfurt vom 12. Februar 1997 sowie die Bescheide der Beklagten vom 29. August 1994, 3. Mai 1995 und 11. September 1995 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Juli 1996 aufzuheben, soweit sie die Gebühren-Nummern 7103 und 46 BMÄ / E-GO betreffen, und die Beklagte zu verurteilen, ihm die geltend gemachten Leistungen nach diesen Gebühren-Nummern zu vergüten.

Die Beklagte beantragt,  
die Revision des Klägers zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des Berufungsgerichts für zutreffend.

II

Die Revision des Klägers hat keinen Erfolg. Die beklagte KÄV hat zu Recht die Vergütung nach der Gebühren-Nr 7103 BMÄ / E-GO nur einmal je Überweisungsfall gewährt und diejenige nach der Geb-Nr 46 BMÄ / E-GO versagt.

Rechtsgrundlage für die sachlich-rechnerischen Richtigstellungen, die die Beklagte in den hier betroffenen Quartalen I/1994 bis I/1995 vorgenommen hat, war für den Primärkassenbereich § 40 Abs 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) idF vom 23. Juni 1992. Für den Ersatzkassenbereich galt § 21 Abs 7 Arzt/Ersatzkassenvertrag (EKV-Ä) idF vom 23. Juni 1992 und seit dem 1. Juli 1994 § 34 Abs 4 EKV-Ä idF vom 7. Juni 1994. In den Bestimmungen ist übereinstimmend geregelt, daß die KÄV die von den Vertragsärzten eingereichten Abrechnungen rechnerisch und gebührenordnungsgemäß prüft und nötigenfalls richtigstellt.

Die auf diesen Grundlagen vorgenommenen sachlich-rechnerischen Richtigstellungen sind rechtmäßig. Die Beklagte hat die Vergütungstatbestände der Geb-Nrn 7103 und 46 BMÄ / E-GO zutreffend angewandt.

Vergütungstatbestände sind, wie der Senat wiederholt ausgeführt hat (zuletzt Senatsurteile vom 13. Mai 1998, [SozR 3-5555 § 10 Nr 1 S 4](#), und vom 25. August 1999 - [B 6 KA 32/98 R](#) -, zur Veröffentlichung in [SozR 3-5533 Nr 2449 Nr 1](#) vorgesehen), entsprechend ihrem Wortlaut auszulegen und anzuwenden. Der Wortsinn ist maßgebend und kann nur in engen Grenzen durch eine systematische und/oder entstehungsgeschichtliche Interpretation ergänzt werden. Ausdehnende Auslegungen und Analogien sind unzulässig (vgl die genannten BSG-Urteile). Diese Grundsätze und die damit einhergehende Einschränkung der gerichtlichen Überprüfbarkeit beruhen auf der vertraglichen Struktur der Vergütungsregelungen und der Art ihres Zustandekommens. Bei diesen handelt es sich um untergesetzliche Rechtsnormen in Form von Normsetzungsverträgen (hierzu zuletzt [BSGE 83, 218, 219 = SozR 3-2500 § 87 Nr 21](#); [BSGE 83, 205, 208 = SozR 3-2500 § 85 Nr 29](#)). Die Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für die ärztlichen Leistungen (EBM-Ä), die die Vorgaben für die Gebührenordnungen des BMÄ und der E-GO enthalten, werden durch den paritätisch mit Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen besetzten Bewertungsausschuß beschlossen und durch weitere Regelungen ergänzt, die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbart werden (wie zB den dem EBM-Ä beigelegten Abschnitt U über Pauschalerstattungen, Geb-Nrn 7100 ff). Der vertragliche Charakter der Vergütungstatbestände soll gewährleisten, daß die unterschiedlichen Interessen der an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Gruppen zum Ausgleich kommen und eine sachgerechte inhaltliche Beschreibung und Bewertung der ärztlichen Leistungen erreicht wird. Grundsätzlich entscheiden die Vertragspartner bzw der Bewertungsausschuß, welche Leistungen mit welchen Punktbeträgen bewertet werden. Es liegt auch vorrangig in ihrer bzw seiner Zuständigkeit, unklare Regelungen der Gebührenordnungen zu präzisieren und änderungsbedürftige zu korrigieren. Diesem System autonomer Festlegung der Leistungsbewertungen entspricht die Anerkennung eines weiten Regelungsspielraums, der von den Gerichten zu respektieren ist. Diese können nur eingreifen, wenn die Vertragspartner bzw der Bewertungsausschuß den ihnen zustehenden Entscheidungsspielraum überschreiten, insbesondere ihn mißbräuchlich ausnutzen oder nur einer Arztgruppe die Vergütung für eine Leistung gewähren, die auch von anderen Arztgruppen erbracht wird bzw erbracht werden kann ([BSGE 83, 218, 219 f = SozR 3-2500 § 87 Nr 21](#); [BSGE 83, 205, 208 = SozR 3-2500 § 85 Nr 29](#)).

Diese Grundsätze hat der Senat bisher auf Vergütungstatbestände angewandt, die ärztliche Leistungen - sei es persönlicher oder apparativer Art - betreffen. Sie gelten aber auch für sog Kostenerstattungstatbestände, jedenfalls dann, wenn diese nicht auf die Erstattung des konkreten Kostenaufwandes angelegt sind, sondern Pauschalerstattungen vorsehen, denen naturgemäß eine kostenschätzende Bewertung der Vertragspartner bzw des Bewertungsausschusses zugrunde liegt.

Nach diesen Maßstäben sind die gegenüber dem Kläger vorgenommenen sachlich-rechnerischen Richtigstellungen nicht zu beanstanden.

Nach der Geb-Nr 7103 BMÄ / E-GO wird eine "Pauschalerstattung für Versandmaterial, Versandgefäße usw sowie für die Versendung bzw den Transport von Untersuchungsmaterial einschl. der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen der Laboratoriumsdiagnostik, Histologie, Zytologie, Zytogenetik je überwiesenen Untersuchungsfall" in Höhe von 5,- DM gewährt. Für die Auslegung entscheidend ist die Verbindung des Merkmals "je überwiesenen Untersuchungsfall" mit der Verwendung des Plurals in dem Passus "einschl. der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen". Hieraus ergibt sich, daß im Falle mehrerer untersuchter Gewebeproben mit der Folge mehrerer Untersuchungsergebnisse die Versandpauschale dennoch nur einmal beansprucht werden kann, sofern es sich nur um einen überwiesenen Untersuchungsfall handelt. Die Zahl der durchgeführten einzelnen Untersuchungen bzw Untersuchungsschritte ist ohne Belang. Entscheidend ist vielmehr, ob nur ein Überweisungsfall oder ob mehrere Überweisungsfälle vorliegen. Ist also der Pathologe im Zusammenhang mit einer Operation mit der Untersuchung des Gewebes beauftragt worden, so erhält er für den Versand die Vergütung nach Geb-Nr 7103 auch dann nur einmal, wenn er mehrere Gewebeproben untersucht hat. Selbst wenn die Gewebeproben von unterschiedlichen Körperstellen stammen und/oder wenn mehrere Abholungen und/oder Versandvorgänge erforderlich gewesen sind, bleibt es gemäß dem eindeutigen Wortlaut bei der nur einmaligen Vergütung, solange es sich nur um einen Überweisungsfall handelt. Der gegenteiligen Ansicht des Klägers, daß er für jede einzelne untersuchte Gewebeprobe je einmal die Versandpauschale beanspruchen könne, träfe nur zu, wenn der Vergütungstatbestand "je Gewebeprobe" oder "je Untersuchungsmaterial" lauten würde, was aber gerade nicht der Fall ist.

Das Ergebnis, daß zu einem überwiesenen Untersuchungsfall mehrere Gewebeuntersuchungen gehören können, für die keine weiteren Vergütungen nach Geb-Nr 7103 entstehen, entspricht im übrigen der Auslegung des ähnlichen Begriffs des Behandlungsfalles. Anerkanntermaßen stellt nicht jede neue Behandlung einen neuen Behandlungsfall dar; der Begriff des Behandlungsfalles erstreckt sich vielmehr auf ein Quartal und umfaßt alle Behandlungen eines Patienten innerhalb dieses Zeitraumes.

Die Versandpauschale der Geb-Nr 7103 BMÄ / E-GO wäre nur dann mehrfach abrechenbar, wenn mehrere überwiesene Untersuchungsfälle vorlägen. Das ist nicht nur dann der Fall, wenn die Untersuchungen in verschiedenen Quartalen erfolgen; der in der hier maßgeblichen Fassung der Geb-Nr enthaltene Begriff des überwiesenen Untersuchungsfalles ist nicht wie der in der heutigen Geb-Nr gebrauchte des Behandlungsfalles auf das ganze Quartal bezogen. Mehrere überwiesene Untersuchungsfälle können auch dann vorliegen, wenn mehrere Operationen stattgefunden haben und der Pathologe für jede von ihnen Gewebeproben untersucht hat oder wenn während eines längeren

Krankheitsverlaufs zu unterschiedlichen Zeitpunkten Gewebeproben entnommen und von ihm untersucht worden sind (zu letzterem siehe Moewes/Effer/Hess, Kölner Kommentar zum EBM, Stand Oktober 1994, Nr 7103 Anm 3). Dafür, daß ein solcher Sachverhalt gegeben sein könnte, bestehen jedoch keine Anhaltspunkte. Weder enthält das Berufungsurteil entsprechende Feststellungen, noch hat der Kläger das geltend gemacht.

Rechtlich unerheblich ist der Einwand des Klägers, die tatsächlichen Kosten für die Versendung seien höher als der Erstattungsbetrag. Die konkrete Höhe der Kosten ist grundsätzlich unmaßgeblich, wenn - wie hier - lediglich eine Pauschalerstattung festgesetzt worden ist. Die Festlegung von Pauschalbeträgen statt konkreter Aufwandserstattungen ist möglich. Eine Überschreitung des den Vertragspartnern zustehenden Entscheidungsspielraums liegt darin nicht. Die Gerichte könnten allerdings dann eingreifen, wenn die Festsetzung des Betrages, gemessen am Aufwand typischer Fälle, mißbräuchlich niedrig wäre. Das ist aber nicht der Fall. Ein voller Kostenausgleich ist zumal deshalb nicht erforderlich, weil das Versenden keine Kerntätigkeit des Pathologen, sondern nur eine sog Randleistung darstellt. Da es nur auf den Aufwand in typischen Fällen ankommt, ist es unerheblich, ob in besonders gelagerten Einzelfällen eine Diskrepanz zwischen Kosten und Erstattungsbetrag besteht. Dementsprechend ist das Vorbringen des Klägers ohne Bedeutung, daß bei ihm außer den Ausgaben für Gefäße zur Verwahrung der Proben sowie für Verpackungsschachteln, Schreibarbeiten, Porto und Entsorgung auch hohe Transportkosten durch die Abholung und Anlieferung bei den niedergelassenen Ärzten anfielen.

Schließlich ist darauf hinzuweisen, daß die Vertragspartner auch der ihnen obliegenden Beobachtungs- und Korrekturpflicht nachgekommen sind (vgl hierzu [BSGE 83, 205](#), 210 f = [SozR 3-2500 § 85 Nr 29](#)). Sie haben nämlich die bis Ende 1993 bestehende Bewertung von 2,30 DM (so die damalige Geb-Nr 7110) zum 1. Januar 1994 auf 5,- DM (nunmehr Geb-Nr 7103) erhöht.

Ohne Erfolg ist auch das Begehren des Klägers, die Vergütung nach Geb-Nr 46 EBM-Ä &#65533;87 neben derjenigen nach Geb-Nr 4816 EBM-Ä &#65533;87 zu erhalten.

Nach der Geb-Nr 4816 EBM-Ä (heute Nr 4916) wird die "Histologische Sofortuntersuchung eines Materials während einer Operation (Schnellschnitt)" mit 300 Punkten vergütet. In Geb-Nr 46 wird der "Beistand bei der ärztlichen Leistung eines anderen Arztes (Assistenz), bei Tage" mit 320 Punkten bewertet. Beratende Unterstützungen des Operateurs durch den Pathologen im Zusammenhang mit einem Schnellschnitt sind aber so typisch, daß sie als Teil des Leistungsinhalts der Geb-Nr 4816 im Sinne der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM-Ä - A. 1. Satz 2 - anzusehen sind.

Dieser in den Allgemeinen Bestimmungen normierte Abrechnungsausschluß erfaßt nicht nur den Fall der sog Spezialität, in denen ein Leistungstatbestand notwendigerweise zugleich mit einem anderen erfüllt wird. Er gilt auch dann, wenn eine Leistung im Zuge einer anderen typischerweise miterbracht wird und der für sie erforderliche Zusatzaufwand im Regelfall hinter dem Aufwand für die andere Leistung zurücktritt. In einem solchen Fall ist die Leistung mit der Vergütung für die andere mitabgegolten, weil sie nur einen unselbständigen Anhang der anderen Leistung darstellt. In dieser Weise hat der Senat bereits ähnlich gelagerte Fälle entschieden (vgl zB BSG SozR 5535 Bema-Nr 12 Nr 1 S 2 und 4 betr besonderes Präparieren des Zahnes bei Zahnersatz; BSG SozR 5535 Bema-Nr 49 Nr 1 S 3 betr Exzision von Schleimhaut bei Zahnersatz; vgl auch BSG SozR 3-5533 BMÄ-Nr 2145 Nr 1 S 3 betr Versorgung einer Nachblutung bei Operation; &#65533; siehe ferner LSG Bad.-Württ. MedR 1997, 233 zur Mitabgeltung aller Leistungen, die sich im Verlaufe der Operation nach den Regeln der ärztlichen Kunst als zusätzlich erforderlich für den Operationserfolg herausstellen).

Ein solcher Fall liegt hier vor. Die beratende Unterstützung des Operateurs durch den Pathologen wird durch die Vergütung nach Geb-Nr 4816 EBM-Ä mitabgegolten, weil eine derartige Tätigkeit im Zusammenhang mit der histologischen Sofortuntersuchung typischerweise mitanfällt.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs 1](#) und 4 Sozialgerichtsgesetz.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-08-28