
S 33 KA 254/07

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	-
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	11
Kategorie	-
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 33 KA 254/07
Datum	08.04.2009

2. Instanz

Aktenzeichen	L 11 KA 39/09
Datum	12.10.2011

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 08.04.2009 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit von sachlich-rechnerischen Berichtigungen der Honoraranforderung der Klägerin für das Quartal I/2007 und insofern darüber, ob die Beklagte zu Recht die mehr als einmaligen Ansätze der Ziffer 08573 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in Absatz gebracht hat.

Die Klägerin ist als Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Zusatzbezeichnung "Medizinische Genetik" in E niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Die Beklagte stellte die Honorarabrechnungen der Klägerin für das Quartal I/2007 dahin gehend richtig, dass sie in zehn Behandlungsfällen, in denen die Leistung nach Nr. 08573 EBM, deren Leistungslegende wie folgt lautet:

Nummer 08573 EBM

Chromosomenanalyse aus Zellen des hämatopoetischen Systems im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach Nr. 10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung,

3940 Punkte einmal im Reproduktionsfall

Obligater Leistungsinhalt

- Chromosomenanalyse aus Zellen des hämatopoetischen Systems,
- Vorangegangene Kultivierung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Chromatin und/oder Y-Chromatin-Bestimmung,

off. Abrechnungsausschluss Leistungen im Behandlungsfall 01791, 01793, 01836, 11231, 11310, 11311,

doppelt mit dem Hinweis "Blut der Ehefrau" auf den Abrechnungen für die Ehemänner abgerechnet wurden, den jeweils zweiten Ansatz der Leistung in einem Umfang von (10 x 1,947 Punkte bei einem Punktwert von 4,6 Cent =) 895,85 EUR strich.

Gegen diese Berichtigung legte die Klägerin mit der Begründung Widerspruch ein, die Streichung der Nr. 08573 EBM sei zu Unrecht vorgenommen worden. Für die Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) - Therapie sei unabdingbare Voraussetzung, die Chromosomen beider Ehegatten zu untersuchen. Diese Leistungen seien nach den Bestimmungen des EBM bei den Krankenkassen der Ehemänner ihrer Patientinnen abzurechnen. Da es sich bei dem zweiten Ansatz um die Chromosomenanalyse bei den Ehefrauen gehandelt habe, sei diese auch zu vergüten.

Die Beklagte wies den Widerspruch der Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 03.12.2007 zurück. Die Leistung sei nach der Legende nur einmal im Reproduktionsfall abrechenbar.

Hiergegen hat sich die unter Bezugnahme auf die Widerspruchsbegründung erhobene Klage gerichtet, mit der sich die Klägerin weiterhin gegen die Streichung der von ihr doppelt abgerechneten Nr. 08573 EBM gewandt hat.

Die Klägerin hat beantragt,

den Abrechnungsbescheid für das Quartal I/2007 vom 25.07.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.12.2007 hinsichtlich der nicht berücksichtigten Ansätze der Gebührenordnungspositionen 40100 und 08573 EBM abzuändern und

die Beklagte zu verurteilen, die nicht berücksichtigten Leistungen nach zu vergüten.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat sich auf die angefochtenen Bescheide bezogen.

Das Sozialgericht (SG) Düsseldorf hat die Klage mit Urteil vom 08.04.2009 abgewiesen. Die Kammer habe zwar keine Bedenken der Klägerin dahin zu folgen, dass im Rahmen der sogenannten ICSI-Therapie die Chromosomenanalyse beider Elternteile erforderlich sei. Nach dem Wortlaut der Leistungslegende sei die Gebührenordnungsposition jedoch nur ein Mal im Reproduktionsfall berechnungsfähig. Eine doppelte Berechnungsfähigkeit ergebe sich entgegen der in der mündlichen Verhandlung dargelegten Auffassung der Klägerin auch nicht daraus, dass für beide Elternteile jeweils ein Reproduktionsfall anzunehmen sei. Vielmehr bestimme Ziffer 7 der Präambel zu Abschnitt 8.5 EBM, dass der Reproduktionsfall die nach Maßgabe der Richtlinien über künstliche Befruchtung abrechnungsfähigen Zyklusfälle umfasse. Die Leistungslegende sei daher mit der Beklagten dahin zu verstehen, dass mit der Nr 08573 EBM die Chromosomenanalysen beider Elternteile abgegolten seien. Hierfür spreche zudem, dass Ziffer 8 der Präambel die ausschließliche Leistungspflicht einer Krankenkasse, nämlich der des Ehemannes, festlege.

Die Klägerin hat gegen das ihr am 28.05.2009 zugestellte Urteil am 23.06.2009 Berufung eingelegt und vorgetragen: In den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen der künstlichen Befruchtung werde in laufender Nummer 16 gefordert, dass der durchführende Arzt das Ehepaar über die speziellen, auch genetischen Risiken aufzuklären habe. Nach diesen Richtlinien bestehe ein Anspruch auf eine humangenetische Beratung und ggf. Untersuchung. Die Beratung könne laut Leistungslegende der Nr. 08572 ggf. einmal im Reproduktionsfall angesetzt werden und sei im Fall der Partnerberatung nur einmal berechnungsfähig. Dieses werde in der Leistungslegende ausdrücklich festgesetzt. Genetische Untersuchungen erfolgten grundsätzlich nur im begründeten Einzelfall und nicht als Screening-Leistung. Eine Chromosomenanalyse aus dem Blut (alternativ Fibroblasten und anderem Gewebe) beziehe sich immer auf eine einzelne Person und könne bei einem Ehepaar nicht im Doppelblindansatz durchgeführt werden. Im Gegensatz zur humangenetischen Beratung (Nr. 08572 EBM) stehe in der Leistungslegende der EBM-Nr. 08573 nicht die Einschränkung "nur einmal je Paar". In der Präambel zu EBM-Punkt 8.5 sei unter dem Punkt 8 eindeutig nachzulesen, dass u.a. für die Nrn. 08572 EBM, 08573 EBM und 08574 EBM die Krankenkasse des Ehemannes leistungspflichtig sei. Dementsprechend sei bei der Abrechnung hinsichtlich des Behandlungsscheines der Ehefrau der Hinweis erfolgt, dass die humangenetischen Leistungen im Rahmen der ICSI-Leistungen beim Ehemann abgerechnet würden. Bei direktem Patientenkontakt sei ausschließlich die Nr. 11211 (Grundpauschale) mit dem Behandlungsschein abgerechnet worden. Hinsichtlich des Behandlungsscheines des Ehemannes seien zuerst die Leistungen für den Ehemann (Grundpauschale Nr. 11211 EBM) sowie für

die humangenetische Beratung des Ehepaars mit der Nr. 08572 EBM vermerkt worden. Nachfolgend sei die Erfassung der Leistung für die Chromosomenanalyse des Ehemannes (Nr. 08573 EBM sowie die Nr. 08574 EBM) und anschließend die Leistungen für die Ehefrau (Chromosomenanalyse Nr. 08573 EBM sowie die dazugehörigen Färbungen mit der Nr. 08574 EBM) erfolgt. Bei den Leistungen der Ehefrau sei der Kommentar "Für Ehefrau gem. ICSI-Richtlinien" vermerkt worden. Die von der Beklagten sodann vorgenommene Streichung einer der beiden Nrn. 08573 EBM sei fälschlicherweise erfolgt. Für die speziellen Maßnahmen der künstlichen Befruchtung werde im EBM der Begriff "Reproduktionsfall" gleichgesetzt/analog verwendet zu dem ansonsten verwendeten Begriff "Behandlungsfall". Da für beide Ehepartner ein eigener Behandlungsschein eingereicht worden sei, liege für jeden Partner ein Reproduktionsfall/Behandlungsfall vor, unabhängig davon welche Krankenkasse am Ende leistungspflichtig sei. Abschließend bleibe festzustellen, dass der in der Urteilsbegründung verwendete Begriff "Zyklusfälle" im Zusammenhang mit humangenetischen Leistungen völlig deplaziert und daher auch nicht relevant sei.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 08.04.2009 abzuändern und den Abrechnungsbescheid für das Quartal I/2007 vom 25.07.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.12.2007 hinsichtlich des nicht berücksichtigten Ansatzes der Gebührenposition 08573 EBM aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die nicht berücksichtigten Leistungen nachzuvergüten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist auf die ihrer Auffassung nach zutreffenden Entscheidungsgründe des SG.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte und die Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen. Diese sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin ist nicht begründet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, denn der Bescheid der Beklagten vom 25.07.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.12.2007 ist rechtmäßig und beschwert die Klägerin nicht in ihren Rechten ([§ 54 Abs. 2 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz \[SGG\]](#)). Die Klägerin hat keinen Anspruch auf die - im Berufungsverfahren noch ausschließlich strittige - begehrte zweifache Vergütung der in dem Quartal I/2007 erbrachten Leistung der Nr. 08573 EBM; die Beklagte hat diese zu Recht abgesetzt.

Der Senat nimmt Bezug auf die Entscheidungen der Beklagten und des SG ([§§ 136 Abs. 3, 153 Abs. 2 SGG](#)) und führt ergänzend aus:

Die Beklagte war zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung befugt. Rechtsgrundlage hierfür waren § 45 Abs. 2 Satz 1 Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) und § 34 Abs. 4 Satz 2 Bundesmantelvertrag – Ärzte/Ersatzkasse (EKV-Ä). Nach diesen für die Abrechnung des Quartals I/2007 maßgeblichen Vorschriften hat die Kassenärztliche Vereinigung die Befugnis, die von den Vertragsärzten eingereichten Abrechnungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und nötigenfalls richtigzustellen. Dabei kann das Richtigstellungsverfahren von Amts wegen oder auf Antrag einer Krankenkasse durchgeführt werden (vgl. [§ 106a SGB V](#) i.d.F. des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14.11.2003, [BGBl. I 2190](#)).

Die auf der Grundlage der § 45 Abs. 2 Satz 1 BMV-Ä und § 34 Abs. 4 Satz 2 EKV-Ä vorgenommene sachlich-rechnerische Richtigstellung ist auch materiell rechtmäßig. Die Beklagte hat die Vergütungsregelung der Nr. 08573 EBM in der im streitbefangenen Quartal I/2007 unverändert geltenden, zum 01.04.2005 in Kraft getretenen Fassung vom 17.09.2004 (Dt. Ärzteblatt Jg. 101, Heft 38 A 2553) zutreffend angewandt.

Für die Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen ist nach der ständigen Rechtsprechung des BSG und des Senats in erster Linie der Wortlaut der Regelungen maßgeblich. 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 ist, Unklarheiten zu beseitigen. Zum Anderen folgt die primäre Bindung an den Wortlaut aus dem Gesamtkonzept des EBM als einer abschließenden Regelung, die keine Ergänzung oder Lückenfüllung durch Rückgriff auf andere Leistungsverzeichnisse bzw. Gebührenordnungen oder durch analoge Anwendung zulässt. Soweit indessen der Wortlaut eines Leistungstatbestandes zweifelhaft ist und es seiner Klarstellung dient, ist Raum für eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der in innerem Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Leistungstatbestände. Eine entstehungsgeschichtliche Auslegung kommt bei unklaren oder mehrdeutigen Regelungen ebenfalls in Betracht. Sie kann allerdings nur anhand von Dokumenten erfolgen, in denen die Urheber der Bestimmungen diese in der Zeit ihrer Entstehung selbst erläutert haben. Leistungsbeschreibungen dürfen weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewendet werden (vgl. BSG, Urteil vom 18.08.2010 – [B 6 KA 23/09 R](#) – m.w.N.; Senat, Urteil vom 29.06.2011 – [L 11 KA 66/08](#) -).

Davon ausgehend war der von der Klägerin in ihrer Abrechnung vorgenommene zweifache Ansatz der Nr. 08573 EBM bei den Patienten C, T, B, Q, B1, I, I1, T, C1 und W unrichtig und musste deshalb korrigiert werden, denn die Klägerin durfte diese Leistungen nach Maßgabe des EBM in der im Quartal I/2007 geltenden Fassung vom 01.04.2005 nicht jeweils für Mann und Frau, sondern für beide Eheleute nur einmal abrechnen.

Wenngleich hierfür sowohl das Blut des Mannes als auch der Frau molekulargenetisch untersucht werden, es sich also insofern um zwei selbständige Untersuchungsvorgänge handelt, sind diese Leistungen nach dem Wortlaut der Leistungslegende des EBM nur "einmal im Reproduktionsfall" abzurechnen.

Als Reproduktion ist nach herkömmlichem Sprachverständnis ein Vorgang zu verstehen, bei dem etwas vervielfältigt, also vermehrt wird. Bezogen auf die Vermehrung von Mann und Frau bedeutet dies die Verschmelzung von männlichen und weiblichen Keimzellen durch Befruchtung der Eizelle. Der Reproduktionsfall umfasst damit die (hier künstliche) Befruchtung selbst bzw. – nach Maßgabe der Ziff. 6 und 7 der allgemeinen Bestimmungen zum Abschnitt 8.5. EBM ("Reproduktionsmedizin") in Verbindung mit Ziff. 8 der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (Richtlinien über künstliche Befruchtung) – zeitlich bis zu drei Befruchtungsversuche. Denn nach Ziff. 7 der allgemeinen Bestimmungen zum Abschnitt 8.5. EBM ("Reproduktionsmedizin") umfasst der Reproduktionsfall "die nach Maßgabe der Richtlinien über künstliche Befruchtung berechnungsfähigen Zyklusfälle", d.h. nach Ziff. 6 der allgemeinen Bestimmungen jeweils den 1. bis 28. Zyklustag für Patientinnen mit endogen gesteuertem Zyklus (Spontanzyklus) bzw. vom 1. Stimulationstag bis 14 Tage nach der Eizellentnahme für Patientinnen ohne endogen gesteuerten Zyklus (Zyklusfall). Nach Ziff. 8 der Richtlinie über künstliche Befruchtung sind bei der ICSI bis zu drei Zyklusfälle (unter Ziff. 9.2. auch als Behandlungszyklus bezeichnet) berechnungsfähig, m.a.W. zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung können grundsätzlich bis zu drei ICSI durchgeführt werden.

Zu dem eigentlichen Reproduktionsvorgang der ICSI gehören nach Maßgabe des EBM im Einzelfall – etwa bei Hinweisen auf Chromosomenstörungen oder auf genetisch bedingte Erkrankungen – medizinisch erforderliche Voruntersuchungen in Form einer Chromosomenanalyse beider Eheleute.

Dagegen, dass diese Analyse, auch wenn es sich – wie oben ausgeführt – um zwei Untersuchungsvorgänge handelt, nur einmal mit insgesamt 3940 Punkten abgerechnet werden kann, spricht nicht, dass die Leistungslegende lediglich an den Begriff "Chromosomenanalyse aus Zellen (...)" statt "Chromosomenanalysen" aus Zellen (...) anknüpft, denn die Bezeichnung "Analyse" gibt für sich keinen Aufschluss über die Anzahl der Untersuchungen bzw. des Untersuchungsmaterials.

Gegen eine doppelte Abrechnung spricht vielmehr Ziffer 8 Satz 2 der allgemeinen Bestimmungen zum Abschnitt 8.5. EBM, wodurch für die hier strittige Nr. 08573 EBM die Krankenkasse des Ehemannes als leistungspflichtig bestimmt wird. Einer solchen Bestimmung hätte es indes nicht bedurft, wenn die Leistung bezogen auf Frau und Mann getrennt abrechenbar wäre. Denn für diesen Fall wäre nicht die gesetzliche Krankenkasse des Ehemannes für beide Untersuchungen, sondern die jeweilige Krankenkasse nur für diejenigen Leistungen zuständig, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden, d.h. für die Analyse der weiblichen Chromosomen die Krankenkasse der Ehefrau und für die Analyse der männlichen Chromosomen die Krankenkasse des Ehemannes. Etwas anderes, nämlich die

Übernahme der Kosten für die isolierte Analyse des Untersuchungsmaterials der Ehefrau zu Lasten der Krankenkasse des Ehemannes hätte einer entsprechenden Vereinbarung mit den Krankenkassen bedurft. Eine solche enthalten die mit den Krankenkassen vereinbarten Richtlinien über künstliche Befruchtung indes nicht.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#) i.V.m. einer entsprechenden Anwendung der [§§ 154 ff. Verwaltungsgerichtsordnung \(VwGO\)](#). Danach trägt der Klägerin die Kosten des von ihm erfolglos geführten Rechtsmittels ([§ 154 Abs. 2 VwGO](#)).

Die Revision ist zuzulassen, da die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Erstellt am: 10.04.2012

Zuletzt verändert am: 10.04.2012