

## L 7 KA 12/21

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
LSG Berlin-Brandenburg  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
7.  
1. Instanz  
SG Berlin (BRB)  
Aktenzeichen  
S 22 KA 4/18  
Datum  
03.03.2021  
2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
L 7 KA 12/21  
Datum  
25.01.2023  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 6 KA 5/23 B  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

GOP 40752 und 40754 EBM 2014 ("Kostenpauschale für die Sachkosten in Zusammenhang mit endoskopischen Gelenkeingriffen") umfassen sämtliche im Rahmen einer Arthroskopie entstandenen Sachkosten, selbst wenn diese im Einzelfall von der Pauschale (200 bzw. 333 Euro) nicht vollständig abgedeckt sind. Einer erweiternden Auslegung sind die GOP nicht zugänglich.

### **Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des**

**Sozialgerichts Berlin vom 3. März 2021 wird zurückgewiesen.**

**Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.**

**Die Revision wird nicht zugelassen.**

### Tatbestand

Die Beteiligten streiten um Zahlung von 1.127,07 Euro für die Verwendung von Einmalmaterial bei ambulanten endoskopischen Gelenkeingriffen (Arthroskopien).

Der Kläger ist Facharzt für Chirurgie und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er nahm in den Quartalen II/14 und III/14 in der „Praxisklinik am Griechischen Park“, deren Eigner er war, an vier Versicherten der Beklagten ambulante Eingriffe vor, für die er gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Leistungen nach den GOP 31144 und 31145 EBM sowie die Sachkostenpauschalen nach GOP 40752 und 40754 EBM abrechnete.

Gesondert stellte er gegenüber der beklagten Krankenkasse die Verwendung von Einmalmaterial in Höhe von insgesamt 1.127,07 Euro in Rechnung; im Einzelnen:

Versicherte/r	S B.	A H.	I B.-S.	A G.
OP-Datum	03.06.2014	25.06.2014	17.06.2014	14.07.2014
Rechnungs-datum	03.07.2014	03.07.2014	03.07.2014	06.08.2014
Diagnose	Mediale Gonarthrose	Innenmeniskushinterhornläsion rechts	Innenmeniskusläsion links	Impingement rechte Schulter
Therapie	Arthrolyse, IMHH- und AMVH-Glättung, Knorpelglättung, Hoffateilresektion, Spülung	3 x Anker, Spülung	Arthrolyse, IM-AM-Glättung, Knorpelglättung innen und außen, Spülung	SAD, Spülung HG Gelenk
EBM-Nr./OPS	EBM 31145, OPS 5-810	EBM 31144, OPS 5-812	EBM 31145, OPS 5-810	EBM 31145, OPS 5-814
Artikel/Kosten	1 Synovator, 121,98 Euro	1 Synovator, 121,98 Euro	1 Synovator, 121,98 Euro	1 Synovator, 121,98 Euro
Artikel/Kosten	1 Dyonics Elektrode, 148,75 Euro		1 Dyonics Elektrode, 148,75 Euro	1 Dyonics Elektrode, 148,75 Euro
Artikel/Kosten	1 Abdeckset Extremitäten, 17,73 Euro	1 Abdeckset Extremitäten, 17,73 Euro	1 Abdeckset Extremitäten, 17,73 Euro	1 Abdeckset Extremitäten, 17,73 Euro
Artikel/Kosten				1 Cutter, 121,98 Euro
Gesamtkosten	288,46 Euro	139,71 Euro	288,46 Euro	410,44 Euro

Bei einem Synovator handelt es sich um ein Einmalschneideblatt. Die Dyonics-Elektrode dient dazu, dass bei dem Eingriff Strom gleichmäßig und gezielt durch das Gewebe strömt, wodurch die thermische Schädigung des umgebenden gesunden Gewebes reduziert wird.

EBM-Nr. 31145 ist definiert als „Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E5“, EBM-Nr. 31144 als „Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E4“.

OPS 5-810 bezeichnet „Gelenkspülung mit Drainage“, OPS 5-812 „Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel“ und OPS 5-814 „Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes“.

Auf diese Rechnungen bzw. anwaltliche Mahnung vom 28. Dezember 2016 teilte die Beklagte mit Schreiben vom 15. Juli 2014, 6. August 2014 und 13. Januar 2017 mit, die Abrechnung von Abdecksets sowie weiterem Praxisbedarf als Sachkosten sei gemäß den allgemeinen Bestimmungen des EBM nicht vorgesehen. Zudem sei die Abrechnung von Einmalprodukten unstatthaft, wenn alternativ mehrfach verwendbare Produkte einsetzbar seien, welche mit den berechnungsfähigen GOP des EBM abgegolten seien. Ausnahmen hiervon seien allenfalls vom Bewertungsausschuss im EBM, von den Bundesmantelvertragspartnern oder den Gesamtvertragspartnern regelbar. Bezüglich der Einmal-Abdecksets habe der Bewertungsausschuss in seiner 222. Sitzung am 30. April 2010 bereits eine Regelung dahin getroffen, dass die Kosten in den GOP enthalten seien. In Zusammenhang mit den EBM-GOP für arthroskopische Eingriffe (GOP 31141 bis 31147) seien entsprechende Sachkostenpauschalen nach Kapitel 40.13 (GOP 40750 bis 40754) abrechenbar; mit der Vergütung dieser Pauschalen seien alle entstandenen Sachkosten – so auch das vorliegend streitige Einmalmaterial – abgegolten.

Zur Begründung seiner am 28. Dezember 2017 erhobenen Klage hat der Kläger im Wesentlichen angeführt, maßgeblich für seinen Zahlungsanspruch seien die Regelungen des EBM. Die geltend gemachten Kosten für den Synovator, die Dyonics-Elektrode und den Cutter fielen nicht unter die allgemeine Bestimmung in Nr. 7.1 EBM zu in den GOP enthaltenen Kosten. Diese Kosten sowie diejenigen für die Einmal-Abdecksets fielen vielmehr unter die allgemeine Bestimmung in Nr. 7.3 EBM („Nicht in den GOP enthaltene Kosten“); es handele sich bei den streitigen Materialien um hochwertige Gegenstände, die nach der Anwendung verbraucht seien, woraus sich die gesonderte Abrechenbarkeit ergebe. Unabhängig davon seien mit den Sachkostenpauschalen in GOP 40752 und 40754 nicht alle Sachkosten abgegolten. Von vielen anderen Krankenkassen würden die hier geltend gemachten Sachkosten übernommen.

Die Beklagte hat angeführt, die Abrechenbarkeit von Sachkosten in Zusammenhang mit den hier durchgeführten arthroskopischen

Eingriffen erschöpfe sich in den in den GOP 40750 bis 40754 getroffenen Regelungen zu Kostenpauschalen, die der Kläger auch jeweils abgerechnet habe.

Das Sozialgericht hat Stellungnahmen von KBV und Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die diese im Parallelverfahren S 79 KA 3/17 abgegeben haben, zu den Akten genommen; auf Bl. 51 und 53 der Gerichtsakte wird Bezug genommen.

Mit Gerichtsbescheid vom 3. März 2021 hat das Sozialgericht Berlin die Klage abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt: Die zulässige Leistungsklage sei unbegründet, weil kein Anspruch auf die Erstattung der Kosten für das vom Kläger beim ambulanten Operieren verwendete Einmalmaterial bestehe. Solches Einmalmaterial (Einmalinstrumente) sei berechnungs- oder als Sprechstundenbedarf verordnungsfähig, wenn im EBM und/oder in den regionalen Gesamtverträgen hierzu eindeutige Regelungen getroffen seien. In allen Fällen, in denen alternativ mehrfach verwendbares Material einsetzbar sei, bestehe grundsätzlich kein Erstattungsanspruch, weder gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung, noch gegenüber der jeweiligen Krankenkasse oder gegenüber dem Patienten. Ob vorliegend das eingesetzte Material ggf. teilweise durch mehrfach verwendbare Instrumente ersetzbar gewesen sei (wie die im Verfahren angehörte KBV meine) könne offen bleiben, da eine Kostenerstattung bereits aus anderen Rechtsgründen ausscheide.

In der vertragsärztlichen Versorgung seien Kosten für Materialien über unterschiedliche Regelungen abrechenbar. Sie könnten bereits in den berechnungsfähigen Leistungen des EBM enthalten sein, so etwa - wie auch vorliegend - Einmal-Abdecksets gemäß Nr. 7.1., dritter Spiegelstrich der Allgemeinen Bestimmungen des EBM; dann seien sie nicht gesondert abrechnungsfähig.

Materialien könnten zudem über sog. Sprechstundenbedarf bezogen werden. Dies sei vorliegend nicht einschlägig. Schließlich könnten Kosten über separate (insbesondere regionale) Sachkostenregelungen abgegolten werden. Insoweit regelt Nr. 7.4. der Allgemeinen Bestimmungen des EBM, dass die Berechnung und Abgeltung der Kosten nach Nr. 7.3. - d.h. der nicht in den Gebührenordnungspositionen enthaltenen - nach Maßgabe der Gesamtverträge erfolge. Im Sinne von Nr. 7.4. der Allgemeinen Bestimmungen des EBM seien nach Maßgabe der Gesamtverträge Kosten gesondert berechnungsfähig, wenn sie einem einzelnen Behandlungsfall zuordnungsfähig seien, und sofern nicht ein ausdrücklicher Ausschluss durch die Bestimmungen in Nr. 7.1. und 7.2. oder andere Bestimmungen erfolgt sei (da in den Gebührenordnungspositionen des EBM enthalten) oder ein Naturalersatz nach den jeweiligen vertraglichen Bestimmungen über den Sprechstundenbedarf erfolge oder diese besonderen Kosten durch vertraglich festgelegte Pauschalen abgegolten würden, so vor allem im Kapitel 40 des EBM.

Der letztgenannte Gesichtspunkt sei hier erfüllt: Dem endoskopischen Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E 4 (EBM-Nr. 31144) sei im Jahre 2014 im EBM gemäß 40752 eine „Kostenpauschale für Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung von endoskopischen Gelenkeingriffen (Arthroskopie)“ in Höhe von 200,00 Euro und dem Endoskopischen Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E 5 (EBM-Nr. 31145) gemäß 40754 eine solche von 333,00 Euro zugeordnet. Diese Sachkostenpauschalen seien vom Kläger auch abgerechnet worden. Bezogen auf die von ihm eingereichten Sachkostenpositionen hätten die Kostenpauschalen bis auf den Fall des Patienten A G. auch die tatsächlich entstandenen Kosten gedeckt bzw. übertrafen. Vor diesem Hintergrund sei nicht nachvollziehbar, wieso der Kläger die geltenden Bestimmungen für unverhältnismäßig und damit unwirksam halte. Es handele sich ausweislich der Überschrift (40.13) um „leistungsbezogene Kostenpauschalen für endoskopische Gelenkeingriffe inklusive Arthroskopielösungen“. Neben den Kostenpauschalen nach den Nrn. 40750 bis 40754 könnten Kosten für das verwendete Verband- und Nahtmaterial nach den Bestimmungen der regional gültigen Sprechstundenbedarfsvereinbarung abgerechnet werden. Die Kosten für Implantate seien bis zu einer Höhe von 25,56 Euro in den Leistungen nach den Nrn. 31141 bis 31417 enthalten. Darüber hinausgehende Kosten für Implantate könnten über die zuständige KV abgerechnet werden (31.2.5 Nr. 3 EBM). Die Sonderbestimmung in 31.2.5 Nr.3 EBM sei eine nur auf Implantate bezogene Ausnahme zu dem Grundsatz, wonach die Sachkosten bei den endoskopischen Gelenkeingriffen mit den Kostenpauschalen in den Nrn. 40750 bis 40754 abgedeckt seien. Dass bei der Weiterentwicklung von Implantaten eine pauschalisierte Betrachtung nur eingeschränkt geeignet sei, leuchte auch unmittelbar ein. Sie stelle die systematische Regelung aber nicht in Frage. Der Inhalt des Kapitels 40 („Kostenpauschalen“) sei nach wie vor streng genommen nicht Teil des EBM, sondern Inhalt gesamtvertraglicher Regelungen der Vertragspartner. Diese seien aber für den EBM und für die Gesamtverträge dieselben. Vor dem Hintergrund der Möglichkeit, in regionalen Sonderverträgen spezielle Regelungen zur Sachkostenerstattung zu treffen, sei ein Rückgriff auf das Verhalten anderer Krankenkassen rechtlich nicht maßgeblich. Soweit in regionalen Sondervereinbarungen durch einzelne Krankenkassen zur Förderung des ambulanten Operierens weitergehende Erstattungsregelungen getroffen seien oder diese aus Kulanzgründen im Einzelfall Sachkosten über die geregelten Kostenpauschalen erstatteten, begründe dies im vorliegenden Fall keine Ansprüche gegen die Beklagte.

Gegen den ihm am 3. März 2021 hat der Kläger am 6. April 2021 (Dienstag nach Ostern) Berufung eingelegt, zu deren Begründung er im Wesentlichen anführt: Alle geltend gemachten Kosten unterfielen Nr. 7.3 EBM und seien gesondert abrechenbar. Nach Nr. 7.1 EBM seien nur „Einmal-Abdecksets“ von der gesonderten Abrechnung ausgeschlossen, nicht aber die vorliegend verwendeten Extremitäten-Abdecksets. Die verwendeten Einmal-Materialien unterfielen auch nicht der Kostenpauschale in GOP 40752 und 40754 EBM. Mit „Sachkosten“ seien dort nur typische Kosten gemeint wie etwa für Katheter, Kanülen oder Kontrastmittel. Bei den streitgegenständlichen Instrumenten handele es sich aber um hochtechnisierte Geräte, die aufgrund der extremen Höhe der Anschaffungskosten einer pauschalierten Abrechnung entzogen seien. Die in Nr. 31.2.5 EBM getroffene Sonderregelung zu Kosten für Implantate bei rekonstruktiven Bandersatzoperationen belege, dass spezielle Materialien einer pauschalierten Abrechnung entzogen seien. Über den Wortlaut hinaus könne Nr. 31.2.5 EBM auch auf die anderen Instrumente des endoskopischen Gelenkeingriffs angewendet werden. Schließlich sei auch zu berücksichtigen, dass andere Krankenkassen die geltend gemachten Kosten ohne Weiteres übernehmen.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 3. März 2021 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an ihn 1.127,07 Euro nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend. Auch Extremitäten-Abdecksets unterfielen Nr. 7.1.EBM; für die gegenteilige Sichtweise des Klägers gebe es im EBM keinen Anhaltspunkt, vielmehr verwende der EBM in Nr. 7.1 einen Oberbegriff, der auch spezielle Abdecksets erfasse. Fehl gehe auch die vom Kläger vertretene Auslegung der Kostenpauschalen in GOP 40752 und 40754; es dürfe nicht unterschieden werden nach regelhaften und besonderen Sachkosten. Es handele sich vielmehr um einen auf einer Mischkalkulation beruhenden Pauschalbetrag (Hinweis ab [B 6 KA 5/00 R](#)). Die vom Kläger favorisierte erweiternde Auslegung von Nr. 31.2.5 EBM sei grundsätzlich nicht statthaft.

Mit Beschluss vom 24. August 2021 hat der Senat den Rechtsstreit dem Berichterstatter übertragen, die zusammen mit den ehrenamtlichen Richtern entscheidet.

Wegen des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird ergänzend auf den Inhalt der Gerichtsakte und des Verwaltungsvorgangs der Beklagten Bezug genommen, der, soweit wesentlich, Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung war.

#### Entscheidungsgründe

Die Berufung der Klägerin ist zulässig, bleibt aber ohne Erfolg. Zu Recht hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen, denn der mit Klage und Berufung geltend gemachte Zahlungsanspruch besteht nicht.

Die Gründe der erstinstanzlichen Entscheidung sind in jeder Hinsicht überzeugend. Das Sozialgericht hat die im EBM 2014 getroffenen allgemeinen und besonderen Regelungen zutreffend angewandt. Dem ist grundsätzlich nichts hinzuzufügen und der Senat nimmt zur Vermeidung von Wiederholungen nach eigener Sachprüfung Bezug auf die Gründe der erstinstanzlichen Entscheidung ([§ 153 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \[SGG\]](#)).

Unter Bezugnahme auf die Begründung der Berufung bleibt zu ergänzen: Die Argumentation des Klägers im gesamten Verfahren ist davon gekennzeichnet, dass er sich mit der Abrechnung der im EBM geregelten Kostenpauschalen nach GOP 40752 und 40754 nicht zufrieden geben will, weil er meint, sie böten für die vier streitigen Behandlungsfälle keine angemessene Honorierung. Damit verkennt der Kläger aber das Wesen der abschließend geltenden Sachkostenpauschalen, die keine Erstattung der tatsächlich entstandenen Kosten zulassen (seien sie hoch oder niedrig), sondern nur die Erstattung eines auf einer Mischkalkulation beruhenden Pauschalbetrages vorsehen (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 31. Januar 2002, [B 6 KA 5/00 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 28). Der Einwand des Klägers, die tatsächlichen Kosten für die eingesetzten Materialien seien im Einzelfall höher als der Erstattungsbetrag, ist rechtlich unerheblich. Denn die konkrete Höhe der Kosten ist grundsätzlich unmaßgeblich, wenn, wie hier, lediglich ein Pauschalbetrag festgesetzt worden ist (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 25. August 1999, [B 6 KA 57/98 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 19).

Die Versuche des Klägers, den Zahlungsanspruch mittels Auslegung der entscheidenden EBM-Vorschriften herzuleiten, geht vollständig ins Leere. Ohnehin ist die Auslegung einzelner EBM-Vorschriften – anders als diejenige von Gesetzen – engen Grenzen unterworfen. In ständiger

Rechtsprechung hat das Bundessozialgericht insoweit ausgeführt: Für die Auslegung einzelner GOP ist in erster Linie der Wortlaut der Regelung maßgebend. Grund für die besondere Bedeutung des Wortlauts ist zum einen, dass das vertragliche Regelwerk dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen von Ärzten und Krankenkassen dient und es vorrangig Aufgabe des Normgebers des EBM (des Bewertungsausschusses gemäß [§ 87 Abs. 1 SGB V](#)) 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. Raum für eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der in innerem Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Leistungstatbestände besteht nur 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. Leistungsbeschreibungen dürfen weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewendet werden. Diese Grundsätze gelten auch für Kostenerstattungstatbestände, sofern sie eine Pauschalerstattung vorsehen (vgl. nur Urteil vom 25. November 2020, [B 6 KA 14/19 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 18). Diesem engen Auslegungsregime hat der erkennende Senat sich in ständiger Rechtsprechung angeschlossen (Urteil vom 26. September 2012, [L 7 KA 150/09](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 63).

Hieran gemessen trägt der Wortlaut der entscheidenden EBM-Bestimmungen das Klagebegehren nicht.

Das zeigt sich schon sehr anschaulich in Bezug auf die Kosten für das in allen Fällen verwendete „Abdeckset Extremitäten“. Unter Nr. 7.1 der allgemeinen Bestimmungen des EBM 2014 heißt es insoweit unmissverständlich, dass u.a. „Einmal-Abdecksets“ in den GOP enthalten sind, mithin nicht gesondert abgerechnet werden können. Es erschließt sich nicht, wie der Kläger methodengerecht zu der Auslegung gelangen will, dass ein Einmal-Abdeckset für Extremitäten kein Einmal-Abdeckset im Sinne dieser Vorschrift sein soll. Die angestrebte erweiternde bzw. vom Wortlaut Abstand nehmende Auslegung verbietet sich bei Anlegung obiger Maßstäbe schon auf den ersten Blick.

Dasselbe gilt für die Auffassung, die vorliegend geltend gemachten Sachkosten seien keine solchen im Sinne der Kostenpauschalen nach GOP 40752 und 40754. Mit dem Kapitel 40.13 hat der EBM-Geber evident abschließende „leistungsbezogene Kostenpauschalen für endoskopische Gelenkeingriffe inklusive Arthroskopielösungen“ treffen wollen. Es ist unter keinen Umständen machbar, aus der Formulierung „Kostenpauschale für die Sachkosten“ zu entnehmen, dass damit nur „typische“ Sachkosten gemeint seien, nicht aber Kosten für signifikant teures Einmal-Material. Auch hier bietet der klare Wortlaut der Bestimmung die Grenze der Auslegung, und das geht zu Lasten des Klägers.

Vollends unvertretbar ist schließlich die Auffassung, aus der Sonderbestimmung in Nr. 31.2.5 zu Implantaten bei rekonstruktiven Bandersatzoperationen ließen sich irgendwelche erweiternden Rückschlüsse auf den vorliegenden Zusammenhang mit dem Einsatz völlig anderer Gerätschaften ziehen. Nr. 31.2.5 EBM ist erkennbar einzelfall- und eng sachbezogen. Es zeigt sich, dass der EBM-Geber, wo er es für nötig hält, von den Kostenpauschalen abweichende Regelungen zu treffen in der Lage ist; wo aber solche Regelungen fehlen, bleibt es bei der Pauschale.

Da die Kostenpauschalen nach GOP 40752 und 40754 die Frage der Sachkostenerstattung abschließend lösen, verbietet sich der Rückgriff auf Nr. 7.3 EBM als anspruchsbegründende Regelung.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 2 VwGO](#). Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht, [§ 160 Abs. 2 SGG](#); insbesondere ist nicht erkennbar, dass die Streitsache grundsätzliche Bedeutung besitzt

Rechtskraft  
Aus  
Saved  
2023-04-14