
S 21 KA 2288/99

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	12
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 21 KA 2288/99
Datum	07.12.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	L 12 KA 56/01
Datum	21.11.2001

3. Instanz

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

- I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 7. Dezember 2000 wird zurückgewiesen.
- II. Der Kläger hat der Beklagten auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der sachlich-rechnerischen Richtigstellung im Quartal 2/96 in Anwendung der Abstaffelungsregelungen bei Skelettröntgen (Nrn. 5010 bis 5034 EBM). Der Kläger nimmt als Chirurg in E. an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Die Beklagte hat mit Bescheid über sachlich-rechnerische Richtigstellung, Abstaffelungs- und Budgetregelungen des EBM-96, ohne Datum im Quartal 2/96 von der Honoraranforderung des Klägers für die Nummern 5010 bis 5034 BM-E/GO 155.410 Punkte abgesetzt, weil er die abstaffelungsfreie Gesamtpunktzahl von 416.160 Punkten einschließlich der zusätzlich berechnungsfähigen Punkte in Höhe von 155.410 à 50 % von 310.820 Punkten um den abgesetzten Betrag in Höhe von 155.410 Punkten überschreite.

Hiergegen hat der Kläger mit Schreiben vom 24. Oktober 1996 Widerspruch eingelegt, der mit Schriftsatz vom 29. November 1996 näher begründet wurde. Er bedauere, aber er sei kein Jurist und könne langsam nicht mehr die ständigen Änderungen der rechtlichen Bestimmungen verstehen. Er könne nicht mehr nachvollziehen, ob die Kürzungen dem Grunde und der Höhe nach gerechtfertigt seien. Er sei der Meinung, dass ein Verwaltungsakt von demjenigen, der betroffen sei und in dessen Geldbeutel gegriffen werde, verstanden werden müsse.

Die Beklagte hat mit Widerspruchsbescheid vom 22. Juli 1999 den Widerspruch zurückgewiesen. Der Honorarabrechnung liege der Einheitliche Bewertungsmaßstab in der Fassung vom 29. September 1995 zu Grunde. Nach den Allgemeinen Bestimmungen A I 1 zum EBM sei die Bewertung von kurativ-ambulant Leistungen, für die Höchst- und Mindestpunktzahlen festgesetzt seien, abhängig von der Gesamtzahl der in allen kurativ-ambulant Fällen abgerechneten Leistungen. Die bis zur Abstufungsgrenze abgerechneten Leistungen würden mit der angegebenen Höchstpunktzahl, diejenigen über der Abstufungsgrenze mit der Mindestpunktzahl bewertet. Aufgrund der Allgemeinen Bestimmung Abschnitt 2.1 "Skelett, nativ" zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab Kapitel Q Strahlendiagnostik I. Röntgendiagnostik würden kurativ-ambulante Röntgenuntersuchungen des Abschnitts Q I 2.1 für die Arztgruppe Chirurgen und Orthopäden einer fallzahlbezogenen Abstufung unterliegen. Die vom Bewertungsausschuss zum 1. Januar 1996 beschlossene Reform des EBM entspreche geltendem Recht ([§ 87 Abs. 2, 2 a, 2 b SGB V](#)). Im Hinblick auf die Steuerungsfunktion, die dem EBM als bundesweit für alle Kassenarten verbindliche Vergütungsgrundlage zukomme, sei es zulässig, über ergänzende Bewertungsformen wie Komplexgebühren, Gebührenpauschalen, Abstufungsregelungen und ähnliche mengen- oder fallzahlbegrenzende Maßnahmen die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu fördern und Verteilungseffekte mit dem Ziel einer angemessenen Vergütung der ärztlichen Leistungen anzustreben. Die fallbezogene Abstufung radiologischer Leistungen nach Kapitel Q I 2.1 beinhalte eine ergänzende Bewertung der vorgenannten Leistungen anhand betriebswirtschaftlicher Kriterien. Zielsetzung dieser Regelungen sei es, auf dem Wege ökonomischer Anreize einer vermehrten Leistungserbringung entgegenzuwirken und Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen. Die Abstufungsregelung bewirke bei Überschreiten des fallbezogenen Kontingentes, dass die vom Vertragsarzt abgerechneten Leistungen insgesamt niedriger vergütet würden. Die Abstufungsregelung führe jedoch nicht dazu, dass vom Vertragsarzt tatsächlich erbrachte Leistungen nicht mehr vergütet würden.

Hiergegen richtet sich die Klage zum Sozialgericht München vom 8. September 1999. Der Kläger sei zugelassener Arzt für Chirurgie, der jedoch im Wesentlichen ein orthopädisches Patientengut betreue, was unstreitig sei und in vielen Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren als Praxisbesonderheit anerkannt worden sei. Da er auch relativ viele chirotherapeutische Eingriffe vornehme, müsse zwangsläufig zuvor ein Röntgenbild angefertigt werden. Dies dürfe nicht älter als ein Jahr sein, da sonst der Eingriff nicht lege artis wäre. Hierfür wird zum Beweis ein Sachverständigengutachten angeboten. Die Gründe hierfür lägen

in den ganz erheblichen Gefahren für die Patienten. Die Risiken für die Patienten lägen zwischen Querschnittslähmung und Tod, wenn nicht vorher definitiv ausgeschlossen sei, dass keine Metastasen, keine Pseudoarthrosen, keine Spondylodisziden und andere gut- oder bösartige Knochenmarkstumore vorlägen. Da der Kläger über ein orthopädisches Patientengut verfüge und auch wie ein Orthopäde behandle, sei sein Widerspruch gleichzeitig als Antrag auf Ausnahme zu sehen. Ein solcher Antrag auf Ausnahme bei der Absenkung der Vergütung müsse genauso möglich sein wie bei der jetzt geltenden Budgetregelung.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 9. November 2000 darauf hingewiesen, dass das Landessozialgericht Baden-Württemberg mit Urteil vom 12. Mai 1999, Az.: [L 5 KA 4550/98](#) über den hier vorliegenden Streitgegenstand entschieden habe. Dieses Urteil sei rechtskräftig, da das Bundessozialgericht mit Beschluss vom 29. September 1999, Az.: [B 6 KA 34/99 B](#) die gegen dieses Urteil eingelegte Nichtzulassungsbeschwerde als unbegründet zurückgewiesen habe. Der Klägervertreter hat mit Schriftsatz vom 1. Dezember 2000 analog [§ 109 SGG](#) beantragt, Beweis darüber zu erheben, dass die Kosten von konventionellem Röntgen (einschließlich Gerät, Filme, MTA pp.) in der Praxis des Klägers als niedergelassener Chirurg gegenüber der hierfür zu erzielenden Vergütung bei den gesetzlichen Krankenversicherungen, hilfsweise in einer durchschnittlichen Orthopädenpraxis, zunächst hilfsweise ab einem bestimmten Parameter (zum Beispiel unter einer bestimmten Anzahl von Röntgenaufnahmen) nicht kostendeckend seien. Als Sachverständiger werde der öffentlich bestellte und vereidigte Sachverständige Dr. M. aus München vorgeschlagen.

Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 7. Dezember 2000 die Klage abgewiesen. Entgegen der Auffassung des Klägers sei die vorliegende Abstufungsregelung nicht willkürlich. Vielmehr entspreche sie dem geltenden Recht. Es liege auch weder eine sachwidrige Ungleichbehandlung der Chirurgen im Verhältnis zu den Orthopäden noch eine Ungleichbehandlung der Chirurgen und Orthopäden im Vergleich zu anderen Ärzten vor. Dies sei durch das rechtskräftige Urteil des Landessozialgericht Baden-Württemberg vom 12. Mai 1999 – [L 5 KA 4550/98](#) – bestätigt worden, dem die Kammer folge.

Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers vom 17. April 2001 zum Bayerischen Landessozialgericht, die mit Schriftsatz vom 3. Juli 2001 näher begründet wurde. Es werde zunächst Bezug genommen auf den Vortrag in der ersten Instanz. Das Sozialgericht habe in der mündlichen Verhandlung zu verstehen gegeben, dass es einem Beweisantrag darüber, dass konventionelles Röntgen nicht kostendeckend sei und es deswegen keinen sachlichen Grund für eine Abstufungsregelung gebe, nachgehen werde. In dem angegriffenen Urteil gehe das Gericht rechtsfehlerhaft bei dem Ausdruck "konventionelles Röntgen" davon aus, dass es sich um Geräte früherer Generationen handle und dies dem Rationalisierungs- und Wirtschaftlichkeitsgebot widerspreche. Demgegenüber handle es sich bei dem Ausdruck "konventionelles Röntgen" um die streitgegenständlichen Leistungen der Nrn. 5010 bis 5034 EBM und damit um die Leistungen, die nicht CT oder MRT seien. Bei dem Ausdruck handle es sich um den

terminus technicus.

Der Kläger hat schriftsätzlich den Antrag gestellt,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 7. Dezember 2000 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, den Bescheid vom 22. Juli 1999, betreffend die sachlich-rechnerische Berichtigung im Quartal 2/96, aufzuheben und den Widerspruch des Klägers unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Vertreterin der Beklagten hat beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakte der Beklagten, die Klageakte (Az.: [S 21 KA 2288/99](#)) und die Berufungsakte (Az.: [L 12 KA 56/01](#)) zur Entscheidung vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren sonstigen Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die nach [   143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte sowie gemäß [   151 Abs.1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist unbegründet. Das SG hat die Klage vom 10. September 1999 gegen den Bescheid der Beklagten ohne Datum zum Quartal 2/96 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. Juli 1999 zu Recht abgewiesen. Die von der Beklagten im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung erfolgte Absetzung von 155.410 Punkten in Anwendung der streitgegenständlichen Abstufungs- und Budgetregelungen ist nicht zu beanstanden.

Rechtsgrundlage für die sachlich-rechnerische Richtigstellung, die die Beklagte beim Kläger im Quartal 2/96 vorgenommen hat, war für den Prim rkassenbereich    45 Abs.1 und 2 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-  ) in der Fassung vom 19. Dezember 1994 und für den Ersatzkassenbereich    34 Abs.4 Ärzte-Ersatzkassen-Vertrag (EKV-  ) in der Fassung vom 7. Juni 1994. In diesen Vorschriften ist übereinstimmend geregelt, dass die K V die von den Vertragsärzten eingereichten Abrechnungen rechnerisch und geb hrenordnungsm  ig prüft und nötigenfalls richtig stellt. Die auf dieser Grundlage vorgenommene sachlich-rechnerische Richtigstellung bei den kurativ-ambulantem Röntgenuntersuchungen des Abschnitts Q I.2.1 (Nrn.5010 bis 5034 EBM) ist rechtmäßig. Die Absetzung ist zunächst rechnerisch richtig. Der Kläger hat mit seiner angeforderten Gesamtpunktzahl bei den Nrn.5010 bis 5034 BM /E-GO in Höhe von 726.980 Punkten die abstufungsfreie Gesamtpunktzahl von 416.160 (= Produkt aus arztgruppenbezogener Fallpunktzahl    180 Punkte    und der Zahl der kurativ-ambulantem F lle    hier: 2.312 -) einschließlich der zusätzlich berechnungsfähigen Punkte in Höhe von 50 % von 310.820 Punkten um die abgesetzten 155.510 Punkte überschritten. Es war auch nicht zu beanstanden, dass beim Kläger die arztgruppenbezogenen Fallpunktzahlen für Chirurgen zur Anwendung kamen, weil der Kläger schließlich als Chirurg

zugelassen ist. Der KÃ¤rger hat keinen Anspruch auf weitere Unterteilung der fÃ¼r ihn maßgeblichen Arztgruppe oder Zuteilung einer anderen Arztgruppe â nÃ¤mlich der OrthopÃ©den â aus [Art.3 GG](#). Er hat vor allem keine hinreichenden Gesichtspunkte vorgetragen, die das abstrakt-generelle Abstellen des untergesetzlichen Normgebers â hier: Bewertungsausschuss â auf die Arztgruppe, fÃ¼r die der jeweilige Arzt zugelassen ist, als sachwidrig erscheinen lassen wÃ¼rde.

Die streitige Abstufung bei den Nrn.5010 bis 5034 BMA/E-GO hat ihre Rechtsgrundlage in [Â§ 87 Abs.2 Satz 1](#) i.V.m. Abs.2 a Satz 1 und Satz 2 SGB V. GemÃÃ [Â§ 87 Abs.2 Satz 1 SGB V](#) bestimmt der EBM-Ã den Inhalt der abrechnungsfÃ¤higen Leistungen und ihr wertmÃÃiges, in Punkten ausgedrÃ¼cktes VerhÃltnis zueinander. In Abs.2 a Satz 1 und 2 der Vorschrift (eingefÃ¼gt durch das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. September 1992 â BGBl I S.2266 -) ist dem Bewertungsausschuss darÃ¼ber hinaus gesetzlich aufgegeben worden, die Ã¤rztlichen Leistungen des EBM-Ã zu Leistungskomplexen zusammenzufassen, sofern medizinische Gesichtspunkte nicht entgegenstehen. Der Bewertungsausschuss hat sowohl die Befugnis als auch die Verpflichtung, Ã¼ber die Definition sowie Bewertung der vertragsÃ¤rztlichen Verrichtungen das Leistungsverhalten durch mengen- oder fallzahlbegrenzende MaÃnahmen zu steuern (so schon z.B. BSG, [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.12](#) S.41 â Abstufung von Basislaborleistungen -, BSG, [SozR 3-2500 Nr.14](#) S.49 und Nr.18 S.88 â Teilbudgetierung von Beratungs-, Betreuungs- und Untersuchungsleistungen; BeschlÃ¼sse vom 29. September 1999 â [B 6 KA 34/99 B](#) und vom 18. Dezember 2000 â [B 6 KA 35/00 B](#) â Abstufung von RÃ¶ntgenleistungen in den Quartalen 1/96 bis 2/97 -). Auf diese Weise kann der Bewertungsausschuss durch die Bewertung Ã¤rztlicher Leistungen zu erreichen versuchen, dass die VertragsÃ¤rzte bestimmte Leistungen hÃ¤ufiger oder weniger hÃ¤ufig erbringen. Diese Steuerungsbefugnis ermÃ¶glicht es ihm insbesondere, ergÃnzende Bewertungsformen wie KomplexgebÃ¼hren, GebÃ¼hrenpauschalen und Budgetierungen einzufÃ¼hren, um die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu fÃ¶rdern oder Verteilungseffekte herbeizufÃ¼hren, die das Ziel einer angemessenen VergÃ¼tung der Leistungen verfolgen. Zuletzt hat das BSG in mehreren Urteilen vom 8. MÃ¤rz 2000 (vgl. etwa [BSGE 86, 30](#), 40 ff) zu den ab 1. Juli 1996 geltenden, in Ã¤hnlicher Weise wirkenden Teilbudgets des EBM-Ã im Einzelnen ausfÃ¼hrlich dargelegt, dass der Gesetzgeber schon vor EinfÃ¼hrung des [Â§ 87 Abs.2](#) a Satz 8 SGB V durch das zweite GKV-Neuordnungsgesetz vom 23. Juni 1997 ([BGBl I 1520](#)) von der ZulÃ¤ssigkeit entsprechender zur Mengenbegrenzung geschaffener Regelungen ausgegangen ist, weil die ErgÃnzung der Vorschrift ausweislich der Gesetzesmaterialien nur klarstellende Funktion hatte (fÃ¼r die zum 1. Juli 1997 in Kraft getretenen Vorschriften des EBM-Ã Ã¼ber die vergleichbar wirkenden fallzahlabhÃ¤ngigen Praxisbudgets vgl. BSG [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.23](#)). Der vom KÃ¤rger "analog [Â§ 109 SGG](#)" gestellte Antrag, Beweis darÃ¼ber zu erheben, dass die VergÃ¼tungen von konventionellem RÃ¶ntgen in der Praxis des KÃ¤rgers nicht kostendeckend sind, geht schon deswegen ins Leere, weil nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. hierzu zuletzt eingehend BSG, Urteil vom 16. Mai 2001, [B 6 KA 20/00 R](#) S.17 ff) betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte allein nicht geeignet sind, die vermeintlich

zu niedrige EBM-Ä-Bewertung einzelner Leistungen zu Fall zu bringen. Dem Zuschnitt der vertragsärztlichen Vergütung liegt insgesamt eine "Mischkalkulation" zu Grunde. Dies bedeutet, dass es durchaus auch Leistungen geben kann, bei denen selbst für eine kostengünstig organisierte Praxis kein Gewinn zu erzielen ist. Ebenso wie betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte können aber auch die vom Kläger vorgetragenen fachmedizinischen Aspekte, selbst wenn sie in Empfehlungen einer medizinischen Fachgesellschaft gekleidet sind, allein nicht die Sachwidrigkeit oder Rechtswidrigkeit einer bestimmten Punkte-Bewertung begründen. Dieses resultiert zum einen schon daraus, dass Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung keinen Anspruch auf die von der jeweiligen Facharztgruppe für erforderlich gehaltene medizinische Versorgung haben, sondern ihr Leistungsanspruch gemäß § 2 Abs.1, § 12 Abs.1 [§ 70 Abs.1 Satz 2 SGB V](#) durch das Wirtschaftlichkeitsgebot auf das Maß des Notwendigen begrenzt ist. Zum anderen schließt es aber die Vielfalt der vom Bewertungsausschuss in Erwägung zu ziehenden Aspekte und zu berücksichtigenden Interessen bei der ihm übertragenen Normgebung in der Regel aus, einem von fachmedizinischer Seite vorgetragenen Gesichtspunkt ein solches Gewicht beizumessen, dass schon bei Hintanstellen des Einzelgesichtspunkts im Entscheidungsprozess auf eine allein relevante missbräuchliche oder sachwidrige Ausübung der Bewertungskompetenz geschlossen werden könnte. Den Beweisanträgen des Klägers war daher nicht Folge zu leisten.

Die streitgegenständlichen Abstufungsregelungen stellen auch keine dem Art. 3 des Grundgesetzes widersprechende Ungleichbehandlung der Chirurgen und Orthopäden im Vergleich zu anderen Ärzten dar. Die streitigen Nrn. 5010 bis 5034 EBM werden weit überwiegend von Chirurgen, Orthopäden und Radiologen abgerechnet. Die Radiologen werden dabei jedoch fast ausschließlich aufgrund von Überweisungen tätig und haben damit keine Möglichkeit zur Steuerung ihres Leistungsverhaltens im Rahmen der Röntgendiagnostik. Deswegen war es nicht nur gerechtfertigt, sondern geboten, diese Gruppe von der Abstufungsregelung auszunehmen. Andere Fachgruppen rechnen die streitgegenständlichen Röntgenleistungen nur in geringem Umfang ab, so dass kein Bedarf bestand, Maßnahmen zur Steuerung des Leistungsverhaltens einzuführen. Es liegt auch keine sachwidrige Ungleichbehandlung der Chirurgen im Verhältnis zu den Orthopäden vor. Bei der Festlegung der Fallpunktzahlen ist der Bewertungsausschuss von den abgerechneten Röntgenleistungen im Jahr 1991 ausgegangen. Das Anknüpfen an das empirisch ermittelte Leistungsverhalten früherer Quartale ist sachgerecht (BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr.16](#); Urteil vom 21. Oktober 1998, Az.: [B 6 KA 71/97 R](#)). Nach alledem ist die fallzahlenbezogene Abstufung im Abschnitt Q I.2.1 EBM-Ä, die nur für die sechs Quartale vom 1. Januar 1996 bis zum 30. Juni 1997 gegolten hat, nicht zu beanstanden (so bereits Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 12. Mai 1999, Az.: [L 5 KA 4550/98](#); die dagegen zum Bundessozialgericht eingelegte Nichtzulassungsbeschwerde wurde mit Beschluss des Bundessozialgerichts vom 29. September 1999, Az.: [B 6 KA 34/99 B](#), zurückgewiesen).

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§ 193 Abs.1, 4 Satz 2 SGG](#) und beruht auf der Erwägung, dass der Kläger in beiden Rechtszügen in vollem Umfang

unterlegen ist.

Gründe, die Revision nach [Â§ 160 Abs.2 Nrn.1](#) und [2 SGG](#) zuzulassen, liegen nicht vor.

Erstellt am: 27.09.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024