

---

-

## Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	6
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

### 1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	03.06.1998

### 2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	23.11.1999

### 3. Instanz

Datum	16.05.2001
-------	------------

Auf die Revisionen der Beklagten sowie der Beigeladenen zu 1., 2., 3., 6. und 7. wird das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 23. November 1999 aufgehoben. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 3. Juni 1998 wird zurückgewiesen. Der Kläger hat der Beklagten deren Kosten auch für das Berufungs- und Revisionsverfahren zu erstatten. Im übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

Gründe:

I

Die Beteiligten streiten über die Bewertung einer vertragsärztlichen Leistung.

Der Kläger ist im Bezirk der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) als Hautarzt und Allergologe zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Die Beklagte setzte von seinen Honoraranforderungen für die Quartale I und II/1996 die Leistung nach Nr 345 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen (EBM) mit Rücksicht auf die in diesem Zeitraum geltende Leistungslegende, die keine Ausnahmeregelung oder Erweiterung über

---

30 Tests hinaus (mehr) vorsehe, 5.226mal bzw 622mal ab. Die dagegen gerichteten Widersprüche des Klägers blieben ohne Erfolg.

Das Sozialgericht (SG) hat [â](#) nach Verbindung der Klagen und Beiladung der Vertragspartner des EBM-[â](#) [â](#) die Klage abgewiesen. Die Beschränkung auf 30 Tests im Behandlungsfall sei rechtmäßig, da sie durch [Â§ 87 Abs 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gedeckt sei. Die Norm übertrage es dem Bewertungsausschuß, die Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zu bestimmen und zu bewerten, was die (verfassungsgemäße) Befugnis einschlieÙe, die Abrechenbarkeit zu beschränken. Seinen Gestaltungsrahmen habe der Bewertungsausschuß nicht überschritten. Selbst wenn die streitige Fassung der Gebühren-Nr rechtswidrig gewesen sein sollte, sei der Ausschuß jedenfalls seiner Beobachtungspflicht nachgekommen; denn er habe die Regelung sehr zügig zum Quartal III/1996 durch die Wiedereinführung der Nr 346 EBM-[â](#) modifiziert und eine Honorierung bis zur 60. Testung ermöglicht (Urteil vom 3. Juni 1998).

Auf die Berufung des Klägers hat das Landessozialgericht (LSG) das erstinstanzliche Urteil aufgehoben und die Beklagte unter Änderung ihrer Bescheide verpflichtet, nach Neuregelung durch den Bewertungsausschuß über die Bewertung der Epikutan-Tests ab der 31. Leistung pro Behandlungsfall für die Quartale I und II/1996 erneut zu entscheiden. Zwar sei die Nr 345 EBM-[â](#) wortlautgemäß angewandt worden. Die Regelung sei jedoch mangels gesetzlicher Eingriffsgrundlage rechtswidrig. Sie sei nicht durch [Â§ 87 Abs 2a SGB V](#) gedeckt, weil dieser die Zusammenfassung gleichartiger Leistungen zu Komplexen nicht umfasse. Ob die erst 1997 eingeführten Abstufungsregelungen des [Â§ 87 Abs 2a Satz 7](#) und 8 SGB V auf die hier streitigen Quartale zurückwirkten, worauf die Gesetzesbegründung hindeute, könne dahinstehen. Anders als das LSG Nordrhein-Westfalen (NRW (Urteil vom 1. April 1998 [â](#) [L 11 Ka 187/97](#))) angenommen habe, stelle Nr 345 EBM-[â](#) nämlich keine Abstufungsregelung dar; eine solche setze voraus, daß über eine bestimmte Grenze hinaus erbrachte Leistungen mit einer geringeren Punktzahl, nicht aber (wie hier) überhaupt nicht honoriert würden. Während [Â§ 87 Abs 2a Satz 8 SGB V](#) auf eine vollständige oder teilweise Budgetierung abziele, würden die Tests bei Nr 345 EBM-[â](#) in jedem einzelnen Behandlungsfall getrennt und ohne Ausgleich innerhalb der verschiedenen Behandlungsfälle abgerechnet. Auch eine Vergütung in Form einer Pauschale liege nicht vor, weil bei weniger als 30 Tests nur die tatsächlich erbrachte Anzahl vergütet werde. Nr 345 EBM-[â](#) diene der reinen, durch [Â§ 87 Abs 2 SGB V](#) nicht gedeckten Mengenbegrenzung. Auch bei der grundsätzlich zulässigen Vereinbarung von Behandlungszahl-Obergrenzen müßten sich diese am Gerechtigkeitsgedanken orientieren. Daran fehle es, weil die Differenzierung zwischen den ersten 30 und den darüber hinausgehenden, nicht vergüteten Leistungen sachwidrig sei und gegen das Mißbrauchsverbot verstoÙe. Der Kläger habe gravierende Gründe dafür vorgetragen, daß 30 Epikutan-Tests das Maß des Notwendigen oftmals unterschritten. Ob seine Argumente tragfähig seien, brauche nicht durch Beweiserhebung ermittelt und entschieden zu werden; denn die beigeladenen Vertragspartner des EBM-[â](#) hätten sich dazu nicht geäußert, insbesondere nicht vorgetragen, warum die

---

Bewertungen der Nrn 345, 346 EBM-Ä zum Quartal I/1996 und dann erneut zum Quartal III/1996 geändert worden seien. Der Beklagten seien nach eigenem Bekunden die Hintergründe unbekannt. Nach einem Schreiben der zu 1. beigeladenen Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) an das LSG NRW habe man vor dem Quartal I/1996 die Auffassung vertreten, 30 Epikutan-Tests seien für eine Allergie-Diagnostik ausreichend; dieses habe sich jedoch in der Folgezeit als Fehlannahme erwiesen. Die gänzliche Streichung der Nr 346 EBM-Ä zum Quartal I/1996 habe daher auf einer Fehlvorstellung der Vertragspartner beruht, die die Regelung insgesamt fehlerhaft mache. Die Wiedereinführung einer Nr 346 EBM-Ä zum Quartal III/1996, die in ihrer Punktzahl über die bis zum Quartal IV/1995 geltende Regelung hinausgehe, belege, daß die Beschränkung auf 30 Tests nicht ausgereicht habe. Dieses ergebe auch der Vergleich mit der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die in Nr 380 bis 382 sogar eine Abrechnungsmöglichkeit von 100 Tests vorsehe. Der Bewertungsausschuß könne sich zudem nicht auf eine erweiterte Gestaltungsfreiheit bei Erprobungsregelungen berufen, da die Häufigkeit von Epikutan-Tests wegen des Abrechnungsverhaltens der Vertragsärzte bekannt gewesen sei; um einen neuartig strukturierten Regelungskomplex, dessen Auswirkungen auf das ärztliche Leistungs-, Abrechnungsverhalten sowie die Honorarentwicklung nicht zu überblicken gewesen seien, habe es sich nicht gehandelt (Urteil vom 23. November 1999).

Gegen dieses Urteil wenden sich die Beklagte, die Beigeladene zu 1. (KÄBV) sowie zu 2., 3., 6. und 7. (Primärkassen-Bundesverbände und Ersatzkassen-Verbände) mit ihren vom LSG zugelassenen Revisionen.

Die Beklagte macht geltend, das LSG-Urteil sei, soweit es einen Verstoß der Nr 345 EBM-Ä gegen den Gerechtigkeitsgedanken bejaht habe, nicht nachvollziehbar, weil sich das Instrument mengenbegrenzender Maßnahmen durch die gesamte Vergütungs- und Verteilungssystematik des Vertragsarztrechts ziehe. Auch der Bewertungsausschuß dürfe sich daran orientieren, solange er so wie hier die wirtschaftliche Erbringung notwendiger Leistungen ermögliche. Selbst Nr 346 EBM-Ä in der seit dem Quartal III/1996 geltenden Fassung enthalte eine Obergrenze, jenseits derer keine Vergütung mehr gewährt werde. Der Charakter einer Erprobungsregelung in den Quartalen I und II/1996 sei evident. Der Bewertungsausschuß habe die bis zum Quartal IV/1995 geltende Regelung nicht mehr für vertretbar und angemessen gehalten und die streitige Neuregelung in der Erwartung befriedigender Ergebnisse zum Quartal I/1996 getroffen. Nachdem sich diese Regelung jedoch als untunlich erwiesen und nicht bewährt habe, sei Nr 346 EBM-Ä in Anwendung der dem Bewertungsausschuß obliegenden Beobachtungs- und Handlungspflicht ab Quartal III/1996 geändert und die noch heute geltende Fassung geschaffen worden.

Die Beigeladene zu 1. verweist auf Hintergründe und Geschichte der Nr 345, 346 EBM-Ä mit den Zwischenschritten 1. Januar 1996, 1. Juli 1996 und 1. Juli 1997, die angesichts des relativ schnellen Wechsels von Mengensteuerungselementen im EBM-Ä die Problematik der Mengenausweitung bei allergologischen Leistungen verdeutlichten. In die Beratungen zur EBM-Ä-Reform 1996 seien die Ergebnisse einer Defizitanalyse eingegangen, nach der 10 bis 12% der Bevölkerung an

---

atopischen Erkrankungen leide oder subjektiv Allergiebetreffenheit  $\ddot{u}$ ber, w $\ddot{a}$ hrend die Leistungsh $\ddot{a}$ ufigkeit bei den Nr 345, 346 EBM- $\ddot{A}$  von 1992 bis 1995 st $\ddot{a}$ ndig gestiegen sei. Ausma $\ddot{a}$  der Gesundheitsst $\ddot{a}$ rlungen und Anzahl der durchgef $\ddot{u}$ hrten Epikutan-Tests h $\ddot{a}$ tten in einem krassen Mi $\ddot{a}$ verh $\ddot{a}$ ltnis gestanden; nach Wiedereinf $\ddot{u}$ hrung der Nr 346 zum 1. Juli 1996 habe die abgerechnete Leistungsmenge deutlich unterhalb derjenigen aus der Zeit vor 1996 gelegen. Die Analyse habe Probleme bei der Indikationsstellung aufgezeigt, die nur  $\ddot{u}$ ber geeignete Mengensteuerungsma $\ddot{a}$ nahmen zu beheben gewesen seien. Der Bewertungsausschu $\ddot{a}$  habe daher zum 1. Januar 1996 Handlungsbedarf gesehen, Epikutan-Tests nicht schon an den Anfang einer rationalen Stufendiagnostik zu stellen. Die Anh $\ddot{e}$ lung von Sachverst $\ddot{a}$ ndigen habe ergeben, da $\ddot{a}$  das relevante Allergen grob typisierend bei 30 Tests im Behandlungsfall gefunden werden k $\ddot{a}$ nnne. Damit sei der Bewertungsausschu $\ddot{a}$  seiner Aufgabe der Leistungsbeschreibung unter dem Aspekt der medizinischen Notwendigkeit und Zweckm $\ddot{a}$ igkeit  $\hat{=}$  nicht zwingend mengensteuernd  $\hat{=}$  nachgekommen. W $\ddot{a}$ hrend die grobe Typisierung zun $\ddot{a}$ chst zur Problembehebung geeignet erschienen sei, h $\ddot{a}$ tten sich im Verlauf der Diskussion nach dem 1. Januar 1996 Zweifel ergeben, ob 30 Testungen bei Typ-IV-Allergien ausreichen. Man habe dann erkannt, da $\ddot{a}$  diese Anzahl zwar regelhaft gen $\ddot{u}$ ge, nicht jedoch bei den letztgenannten Allergien und schlie $\ddot{a}$ lich die weitergehende Regelung in den EBM- $\ddot{A}$  aufgenommen.

Erg $\ddot{a}$ nzend dazu sieht die Beigeladene zu 2. in [Ä§ 87 Abs 2 Satz 1](#) iVm Abs 2a Satz 1 SGB V die Rechtsgrundlage f $\ddot{u}$ r die streitige Regelung. Der Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses umfasse es nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) im Hinblick auf die Steuerungsfunktion des EBM- $\ddot{A}$  mit,  $\ddot{u}$ ber erg $\ddot{a}$ nzende Bewertungsformen wie Komplexgeb $\ddot{u}$ hren, Geb $\ddot{u}$ hrenpauschalen, Abstaffelungsregelungen und "Ähnliche mengen- oder fallzahlbegrenzende Ma $\ddot{a}$ nahmen" die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu f $\ddot{u}$ rdern sowie Verteilungseffekte mit dem Ziel einer angemessenen Verg $\ddot{u}$ tung der  $\ddot{a}$ rtlichen Leistungen auch im Verh $\ddot{a}$ ltnis der Arztgruppen zueinander anzustreben. Dem Begriff "Leistungskomplex" in Abs 2a Satz 1 aaO unterfielen sowohl behandlungsfallbezogene Pauschalverg $\ddot{u}$ tungen als auch H $\ddot{a}$ chstwertregelungen, die den im Einzelfall berechnungsf $\ddot{a}$ higen Betrag begrenzen. Praxisbudgets und Teilbudgets habe das BSG ausdr $\ddot{u}$ cklich als solche zul $\ddot{a}$ ssige Steuerungsma $\ddot{a}$ nahmen angesehen. Die Vereinbarung von Teilbudgets habe das BSG bereits f $\ddot{u}$ r die Zeit vor dem 1. Juli 1997 f $\ddot{u}$ r zul $\ddot{a}$ ssig erachtet, da die zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretene Gesetzesneuregelung lediglich klarstellenden Charakter besessen habe. Nr 345 EBM- $\ddot{A}$  begrenze ebenso wie die Praxisbudgets nur das je Behandlungsfall maximal erzielbare Punktevolumen und f $\ddot{u}$ hre entgegen den Ausf $\ddot{u}$ hrungen des LSG nicht dazu, da $\ddot{a}$  medizinisch notwendige Leistungen nicht mehr verg $\ddot{u}$ tet w $\ddot{a}$ rden. Schon im Zusammenhang mit dem O I- Laborbudget habe das BSG dargelegt, da $\ddot{a}$  bei  $\ddot{u}$ berschreitung eines Grenzwertes lediglich die H $\ddot{a}$ he der Verg $\ddot{u}$ tung f $\ddot{u}$ r die einzelne erbrachte Leistung absinke. Entsprechende  $\ddot{u}$ berlegungen habe das LSG NRW zu Recht auf den vorliegenden Komplex  $\ddot{u}$ bertragen. Der Wirkungsmechanismus der Nr 345 EBM- $\ddot{A}$  sei nicht neuartig, sondern zeige sich zB auch bei Nr 4075 bis 4091 sowie 4143 bis 4149 im Laborbereich, bei Nr 800 EBM- $\ddot{A}$  1994 ("1x im Behandlungsfall")

---

oder bei Nr 821 EBM-Ä 1996 ("höchstens 2x im Behandlungsfall"). DaÄ der BewertungsausschuÄ zum 1. Juli 1996 die Bewertung der Epikutan-Tests geÄndert habe, sei seiner Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht geschuldet.

Die Beklagte und die Beigeladenen zu 1. bis 3. sowie die Beigeladenen zu 6. und 7. beantragen (sinngemÄ), das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 23. November 1999 aufzuheben und die Berufung des KlÄgers gegen das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 3. Juni 1998 zurÄckzuweisen.

Der KlÄger beantragt, die Revisionen zurÄckzuweisen.

Er hÄlt die Revisionen der Beigeladenen zu 3. sowie zu 6. und 7. mangels ordnungsgemÄer BegrÄndung fÄr unzulÄssig und diejenigen der Äbrigen RevisionsfÄhrer fÄr unbegrÄndet. Das LSG sei mangels gegenteiligen Vortrags der Beteiligten zutreffend und Äberzeugend zur fehlenden Nachvollziehbarkeit und Rechtswidrigkeit der Nr 345 EBM-Ä gelangt. Die Beigeladene zu 1. (gefolgt von der Beigeladenen zu 2.) stÄtze ihre Revision demgegenÄber nun auf revisionsrechtlich unzulÄssigen neuen Ä im Äbrigen nachdrÄcklich bestrittenen Ä Tatsachenvortrag zum Hintergrund der zum 1. Januar und 1. Juli 1996 geschaffenen Regelungen. Im Revisionsverfahren seien dagegen weiterhin die Feststellungen des LSG maÄgeblich, daÄ die beigeladenen Vertragspartner des EBM-Ä zu den GrÄnden fÄr die Änderung der Nr 345, 346 EBM-Ä nichts vorgetragen hÄtten und daÄ die gÄnzliche Streichung der Nr 346 zum Quartal I/1996 auf der Fehlvorstellung beruht habe, 30 Tests je Behandlungsfall seien zur Sicherstellung der vertragsÄrztlichen Versorgung ausreichend. Rein vorsorglich habe der Berufsverband der Deutschen Dermatologen eV nun geÄuert, daÄ die Begrenzung der Epikutan-Tests nicht mit dermatologischen Experten erÄrtert worden sei und sein kÄnne; die vorgenommene Begrenzung sei aus medizinischen und haftungsrechtlichen GrÄnden unverstÄndlich und unsinnig. Als sich diese Äberzeugung nach zahlreichen Reklamationen auch beim BewertungsausschuÄ durchgesetzt habe, sei eine Korrektur erfolgt; daÄ 30 Tests nicht ausreichten, sei aber von Anfang an bekannt gewesen. Von einer angeblichen, von der Beigeladenen zu 1. nicht einmal vorgelegten "Defizitanalyse" sei nichts bekannt. Mengenausweitungen seien nicht substantiiert belegt, zudem habe er (der KlÄger) dazu in den Tatsacheninstanzen gegenteilig vorgetragen. Wenn selbst nach den Zahlen der Beigeladenen zu 1. bei 8 Mio Menschen in Deutschland Allergiediagnostik betrieben werden mÄsse, stehe schon dieses einer Mengenbegrenzung entgegen. Der Vortrag zur Stufendiagnostik sei unzureichend und betreffe andere Testarten, wÄhrend sich die Masse der Allergien nicht "grob typisierend" erfassen lasse und Kontaktallergien nicht mit 30 Tests abzuklÄren seien. Da es Epikutan-Tests seit mehr als 40 Jahren gebe, die streitige Regelung aber nur fÄr zwei Quartale gegolten habe, Äberzeuge die Behauptung, der BewertungsausschuÄ sei medizinischen Aspekten gefolgt, nicht. SachgemÄe bzw sachgerechte ErwÄgungen fÄr die Begrenzung auf 30 Tests je Behandlungsfall (zB medizinische Gesichtspunkte oder Rationalisierungseffekte) fehlten. Es habe sich bei alledem auch nicht um die Änderung einer nur erprobten,

---

sondern um die Korrektur einer von Anfang an ersichtlich fehlerhaften Regelung gehandelt.

Die Beigeladenen zu 4., 6. und 7. schließen sich den Ausführungen der Beklagten bzw. so die Beigeladenen zu 3., 5. und auch zu 6. und 7. denjenigen der Beigeladenen zu 2. an.

II

Die zulässigen Revisionen der Beklagten, der Beigeladenen zu 1. bis 3. sowie zu 6. und zu 7. sind begründet.

Entgegen der Ansicht des Klägers bestehen keine Bedenken gegen die Zulässigkeit der Revisionen der Beigeladenen zu 3., 6. und 7. Die Bezugnahme auf die ordnungsgemäße Revisionsbegründung eines anderen Beteiligten entspricht den Anforderungen des [Â§ 164 Abs 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG), wenn wie hier beide Beteiligte dasselbe Prozedziel verfolgen und dieselben Anträge stellen (vgl. zuletzt [BSGE 86, 126, 129 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 37](#) S 289, mwN).

In der Sache erweist sich das Urteil des LSG als unzutreffend und mußte unter Wiederherstellung des erstinstanzlichen Urteils aufgehoben werden. Die Ausführungen des Berufungsgerichts tragen die Aufhebung des erstinstanzlichen Urteils und die Änderung der angefochtenen Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale I und II/1996 nicht. Die beschränkte Abrechenbarkeit von Epikutan-Tests im streitigen Zeitabschnitt verstieß nicht gegen höherrangiges Recht.

Rechtsgrundlage für die sachlich-rechnerischen Richtigstellungen, die die Beklagte bei dem Kläger für die streitigen Quartale I und II/1996 vorgenommen hat, war für den Primärkassenbereich [Â§ 45 Abs 1 und 2](#) Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) idF vom 19. Dezember 1994 (D 1995 A-625) und für den Ersatzkassenbereich [Â§ 34 Abs 4](#) Ärzte-Ersatzkassen-Vertrag (EKV-Ä) idF vom 7. Juni 1994 (D 1994, A-1967). In diesen Vorschriften ist übereinstimmend geregelt, daß die KV die von den Vertragsärzten eingereichten Abrechnungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig prüft und nötigenfalls richtigstellt. Die auf dieser Grundlage vorgenommenen sachlich-rechnerischen Richtigstellungen bei der Gebühren-Nr 345 EBM-Ä sind rechtmäßig.

In der streitigen Zeit war nach dem Wortlaut der Nr 345 EBM-Ä ein "Epikutan-Test, einschl Kosten, bis zu 30 Tests" je Behandlungsfall je Test mit 30 Punkten abrechenbar. Die zuvor bis zum Ablauf des Quartals IV/1995 geltende Nr 346 EBM-Ä hatte darüber hinausgehend bestimmt, daß "jeder weitere" Epikutan-Test einschließlich Kosten mit 15 Punkten berechnungsfähig war. Nach dem Ende des streitigen Zeitraums, in dem allein Nr 345 EBM-Ä galt, ist dann mit Wirkung von Beginn des Quartals III/1996 an erneut eine Nr 346 EBM-Ä in das Leistungsverzeichnis aufgenommen worden, allerdings nunmehr mit dem Wortlaut "Epikutan-Test, einschl Kosten für 30 weitere Tests (31. bis 60. Test) im Behandlungsfall, je Test 20 Punkte".

---

Die wortlautgerechte Anwendung der Nr 345 EBM-Ä durch die Beklagte auf die Honorarabrechnung des Klägers im maßgeblichen Zeitraum steht in Einklang mit der Sach- und Rechtslage. Für die Auslegung der vertragsärztlichen Gebührenordnungen ist nach der ständigen Rechtsprechung des Senats in erster Linie der Wortlaut der Leistungslegenden maßgeblich (vgl zuletzt Urteil des Senats vom 31. Januar 2001 – [B 6 KA 5/00 R](#) -, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen; BSG SozR 3-5533 Nr 75 Nr 1 S 2; SozR aaO Nr 100 Nr 1 S 4; SozR aaO Nr 2449 Nr 1 S 3; [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 2](#) S 5 sowie aaO Nr 5 S 22 f), da das vertragliche Regelungswerk dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen zwischen Ärzten und Krankenkassen dient (vgl BSG [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 5](#) S 22 f sowie [SozR 3-5555 Â§ 10 Nr 1](#) (zum zahnärztlichen Bereich)) und es in erster Linie Aufgabe des Bewertungsausschusses selbst ist, Unklarheiten zu beseitigen. Ergänzend kann eine systematische Interpretation in einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Gebührensregelungen zur Klarstellung des Wortlauts der Leistungslegende erfolgen (vgl BSG SozR 3-5533 Nr 115 Nr 1 S 3; SozR aaO Nr 1460 Nr 1 S 2; vgl auch SozR aaO Nr 2145 Nr 1 S 3). Eine entstehungsgeschichtliche Auslegung unklarer oder mehrdeutiger Regelungen kommt nur in Betracht, wenn Dokumente vorliegen, in denen die Urheber der Bestimmungen diese in der Zeit ihrer Entstehung selbst erläutert haben (BSG SozR 3-5535 Nr 119 Nr 1 S 6). Leistungsbeschreibungen dürfen weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewandt werden (vgl BSG SozR 3-5535 Nr 119 Nr 1 S 15; SozR 3-5533 Nr 1460 Nr 1 S 2; [SozR 3-5555 Â§ 10 Nr 1](#) S 4).

Da die Beklagte in den Quartalen I und II/1996 die Honorierung der über den 30. Test eines jeweiligen Behandlungsfalles hinausgehenden ärztlichen Leistungen des Klägers abgelehnt hat, steht mit diesen Maßnahmen, insbesondere dem Wortlaut der Nr 345 EBM-Ä, in Einklang. So ist unter "Behandlungsfall" nicht der einzelne Arzt-Patienten-Kontakt zu verstehen, sondern die gesamte von demselben Vertragsarzt innerhalb desselben Quartals an demselben Versicherten vorgenommene Behandlung (vgl Â§ 21 BMV-Ä, Â§ 25 EKV-Ä; zuletzt BSG SozR 3-5533 Nr 100 Nr 1 S 6).

Die Ansicht des LSG, für die vom 1. Januar bis 30. Juni 1996 in Geltung gewesene Beschränkung auf 30 Tests je Behandlungsfall in Nr 345 EBM-Ä habe der Bewertungsausschuss sich nicht auf eine hinreichende gesetzliche Grundlage stützen können, erweist sich vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des Senats als unzutreffend.

Nicht gefolgt werden kann bereits dem rechtlichen Ansatz des LSG, es habe für die einschränkende Bewertung der Nr 345 EBM-Ä einer speziellen Eingriffsgrundlage bedurft. Diese Aussage beruht anscheinend auf der Vorstellung, dass der Kläger mit der Leistungserbringung eine rechtlich geschätzte Position erwarb, welche ihm im Nachhinein wieder beschnitten wurde. Dem steht bereits entgegen, dass zum Zeitpunkt der Leistungserbringung in den Quartalen I und II/1996 von vornherein keine Regelung (mehr) existierte, aus der ein Anspruch des Klägers auf Abrechnung weiterer Tests im Behandlungsfall hätte erwachsen können. Eine geschätzte Position, auch mit Wirkung für die Zukunft, hatte er

---

insbesondere nicht dadurch inne, daß Epikutan-Tests bis zum Ablauf des Quartals IV/1995 über die Nr 346 EBM-mengenmäßig uneingeschränkt abrechenbar waren. Denn Leistungen können immer nur dann von einem Vertragsarzt zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht und abgerechnet werden, wenn sie (bereits bzw noch) im Leistungsverzeichnis der Vertragsgebührenordnungen bzw im EBM aufgeführt sind (so schon [BSGE 79, 239](#), 241 f = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 14](#) S 48 f (extrakorporale Stoßwellenlithotripsie); [BSGE 84, 247](#), 248 = [SozR 3-2500 Â§ 135 Nr 11](#) S 48 (Labor-CDT-Untersuchung zur Bestimmung von Alkoholmißbrauch); zuletzt: Urteil des Senats vom 26. Januar 2000 â€‹ [B 6 KA 59/98 R](#) â€‹ unveröffentlicht â€‹ (Bewertung von HIV-Antikörper-Untersuchungen vor Aufnahme in den EBM im Quartal III/1987)).

Die Streichung der Nr 346 EBM zum 1. Januar 1996 mit der Folge, daß allein die Beschränkungen der Nr 345 EBM galten, ist darüber hinaus durch [Â§ 87 Abs 2 Satz 1](#) iVm Abs 2a Satz 1 und 2 SGB V gedeckt. Gemäß [Â§ 87 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) bestimmt der EBM den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. In Abs 2a Satz 1 und 2 der Vorschrift (eingeführt durch das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 ([BGBl I 2266](#))) ist dem Bewertungsausschuß darüber hinaus gesetzlich aufgegeben worden, die ärztlichen Leistungen des EBM zu Leistungskomplexen zusammenzufassen, sofern medizinische Gesichtspunkte nicht entgegenstehen. Der Senat hat zu diesen Regelungen bereits wiederholt ausgeführt, daß sich der dem Bewertungsausschuß damit übertragene Gestaltungsauftrag nicht in der Aufstellung eines reinen Leistungs- und Bewertungskataloges unter betriebswirtschaftlichen oder sonstigen kalkulatorischen Gesichtspunkten erschöpft, sondern daß dem EBM auch eine Steuerungsfunktion zukommt. Der Bewertungsausschuß hat danach sowohl die Befugnis als auch die Verpflichtung, über die Definition sowie Bewertung der vertragsärztlichen Verrichtungen das Leistungsverhalten durch mengen- oder fallzahlbegrenzende Maßnahmen zu steuern (so schon zB [BSGE 78, 98](#), 105 = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 12](#) S 41 (Abstaffelung von Basislaborleistungen); [BSGE 79, 239](#), 242 = [SozR aaO Nr 14](#) S 49; [BSGE 81, 86](#), 92 = [SozR aaO Nr 18](#) S 88 (Teilbudgetierung von Beratungs-, Betreuungs- und Untersuchungsleistungen); Beschlüsse vom 29. September 1999 â€‹ [B 6 KA 34/99 B](#) und vom 18. Dezember 2000 â€‹ [B 6 KA 35/00 B](#) (Abstaffelung von Röntgenleistungen in den Quartalen I/1996 bis II/1997)). Auf diese Weise kann der Bewertungsausschuß durch die Bewertung ärztlicher Leistungen zu erreichen versuchen, daß die Vertragsärzte bestimmte Leistungen häufiger oder weniger häufig erbringen. Diese Steuerungsbefugnis ermöglicht es ihm insbesondere, ergänzende Bewertungsformen wie Komplexgebühren, Gebührenpauschalen und Budgetierungen einzuführen, um die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu fördern oder Verteilungseffekte herbeizuführen, die das Ziel einer angemessenen Vergütung der Leistungen ([Â§ 72 Abs 2 SGB V](#)) verfolgen (vgl [BSGE 78, 98](#), 106 = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 12](#) S 41; [BSGE 81, 86](#), 92 = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 18](#) S 88); so ist es auch zulässig, durch Abrechnungsbestimmungen einer übermäßigen und/oder mißbräuchlichen Leistungserbringung entgegenzuwirken (vgl schon BSG [SozR 3-1500 Â§ 96 Nr 3](#) S 8). Zuletzt hat der

---

Senat in mehreren Urteilen vom 8. März 2000 ([B 6 KA 16/99 R = BSGE 86, 30](#), 40 ff = [SozR 3-2500 Â§ 83 Nr 1](#) S 12 ff) zu den ab 1. Juli 1996 geltenden, in ähnlicher Weise wirkenden Teilbudgets des EBM-Ä im einzelnen ausführlich dargelegt, daß der Gesetzgeber schon vor Einführung des [Â§ 87 Abs 2a Satz 8 SGB V](#) durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz vom 23. Juni 1997 ([BGBl I 1520](#)) von der Zulässigkeit entsprechender zur Mengengrenzung geschaffener Regelungen ausgegangen ist, weil die Ergänzung der Vorschrift ausweislich der Gesetzesmaterialien nur klarstellende Funktion hatte. In einem weiteren Urteil vom 8. März 2000 sind im übrigen die zum 1. Juli 1997 in Kraft getretenen Vorschriften des EBM-Ä über die vergleichbar wirkenden fallzahlabhängigen Praxisbudgets für rechtmäßig erachtet worden ([BSGE 86, 16 = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 23](#)).

Dafür, daß der Bewertungsausschuß am 1. Juli 1997 auf einen numerus clausus von Regelungstechniken zur Mengen- und Fallzahlbegrenzung festgelegt gewesen wäre, ist entgegen der Auffassung des Klägers nichts ersichtlich. Im Gegenteil hat der Senat schon in seinem Urteil vom 20. März 1996 ([BSGE 78, 98](#), 105 = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 12](#) S 41 f) entschieden, daß die Steuerungsfunktion des EBM-Ä durch vom Bewertungsausschuß geschaffene "Komplexgebühren, Gebührenpauschalen, Abstufungsregelungen und ähnliche mengen- oder fallzahlbegrenzende Maßnahmen" wahrgenommen und umgesetzt werden darf. Ohne Belang ist daher, daß die von Nr 345 EBM-Ä erfaßten Epikutan-Tests bei ihrer Bewertung anzahlmäßig begrenzt bzw als Leistungen der gleichen Art wenn auch in bezug auf unterschiedliche Reagenzien unter einer Gebühren-Nr zusammengefaßt worden sind.

Anders als das LSG und der Kläger meinen, verstößt die Beschränkung auf 30 abrechenbare Epikutan-Tests auch nicht deshalb gegen höherrangiges Recht, weil Nr 345 EBM-Ä dazu gefaßt habe, daß bei Durchführung von mehr als 30 Tests durch einen Arzt einzelne Leistungen, nämlich diejenigen vom 31. Test an, gänzlich von der Vergütung ausgenommen seien. Der Senat hat schon für die Bewertung von Basislaborleistungen nach Kapitel O I EBM-Ä und bei anderen ähnlich konzipierten Leistungen wiederholt darauf hingewiesen, daß eine solche Betrachtungsweise der vom Bewertungsausschuß dabei angewandten spezifischen Bewertungstypik nicht gerecht wird. Durch die Begrenzung einer mehraktigen Leistungserbringung auf einen berechnungsfähigen Höchstwert sinkt nämlich bei Überschreitung dieses Höchstwertes lediglich die rechnerische Höhe der Vergütung für jeden durchgeführten Einzeltest; denn jeder Einzelakt wird nicht mehr mit der im EBM-Ä nominell angegebenen Punktzahl honoriert, sondern mit einem sich aus den Einschränkungen der Leistungslegende heraus ergebenden, rechnerisch niedrigeren Wert (vgl bereits [BSGE 78, 98](#), 108 = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 12](#) S 44 (O I- Laborleistungen); [BSGE 81, 86](#), 95 = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 18](#) S 91 (Budgetierung von Gesprächs- und Untersuchungsleistungen); [BSGE 81, 213](#), 221 = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 23](#) S 156 (Budgetierung konservierend-chirurgischer zahnärztlicher Leistungen); [BSGE 86, 30](#), 41 = [SozR 3-2500 Â§ 83 Nr 1](#) S 13 (Teilbudgetierung orthopädischer Leistungen)). Zu Recht hat das LSG NRW diesen Gedanken in seinem am 1. Juli 1997 schon im Klage- und Berufungsverfahren bekannt

---

gewesenen Urteil vom 1. April 1998 - L 11 Ka 187/98 -, dem auch das LSG Bremen (Urteil vom 2. Dezember 1998 - L 1 KA 2/98 -) gefolgt ist, auf den vorliegend streitigen Komplex übertragen. Für die mehr als 30 Tests nach Nr 345 EBM durch, teilte sich das maximale Punktevolumen von 30 x 30 Punkten (= insgesamt 900 Punkten) lediglich auf eine entsprechend höhere Anzahl von Tests auf und die Zahl der auf jeden einzelnen Test entfallenden Punkte sank entsprechend. Dafür, daß der vom Berufungsgericht in Erwägung gezogene Extremfall, wegen einer immensen Vielzahl notwendiger Einzelleistungen, die der Wert der einzelnen Leistung gegen Null gehen, einen realen Hintergrund haben, ist nichts ersichtlich (offen lassend, wie in einem derartigen Fall zu verfahren wäre: [BSGE 81, 213, 221](#) = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 23](#) S 156 für eine vergleichbare Regelung im Honorarverteilungsmaßstab). Nr 346 EBM in der ab 1. Juli 1996 geltenden Fassung der vom Kläger nicht beanstandet wird folgt letztlich derselben Regelungstechnik, indem er Testungen oberhalb des 60. Tests im Behandlungsfall von der gesonderten Vergütungspflicht ausnimmt. Schließlich haben schon das LSG NRW (aaO) und die Beigeladene zu 2. darauf aufmerksam gemacht, daß der EBM zahlreiche Gebührenpositionen kennt, bei denen die Abrechnung im einzelnen Behandlungsfall auf eine Höchstanzahl von Einzelleistungen begrenzt ist (zB Nr 800, 2173 EBM 1994; 415, 801, 821 EBM 1996), ohne daß dagegen bislang rechtliche Bedenken vorgetragen worden oder ersichtlich sind. So hat auch der Senat zB Nr 16 EBM, der bei bestimmten schweren Erkrankungen für die "kontinuierliche Betreuung des jeweiligen Patienten im Quartal" nur eine einmalige Honorierung vorsieht, nicht als rechtswidrig angesehen, weil im Einzelfall krankheits- oder patientenbedingt eine große Vielzahl von Arzt-Patienten-Kontakten nötig sein kann, aber nur eine einmalige Honorierung in Form einer Pauschale erfolgt (vgl [BSGE 83, 218](#) ff = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 21](#); BSG [MedR 1999, 432](#)).

Die Annahme des LSG, der Bewertungsausschuß habe in sachwidriger Weise seinen Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum überschritten, da die Leistungslegende der Nr 345 EBM einer verfassungsrechtlichen, am Mißbrauchsverbot orientierten Überprüfung nicht standhalte, erweist sich schließlich ebenfalls als unzutreffend.

Das LSG konnte bereits nicht aus dem bloßen Schweigen der Beklagten und der Beigeladenen im Berufungsverfahren zu den Hintergründen der jeweiligen Änderung der Nr 345, 346 EBM auf eine mißbräuchliche bzw sachwidrige Ausübung der Gestaltungsbefugnisse des Bewertungsausschusses schließen. Da die Fiktion des [Â§ 138 Abs 3](#) Zivilprozeßordnung in dem durch das Amtsermittlungsprinzip geprägten Sozialgerichtsprozeß nicht gilt, wäre die vom LSG unterstellte Sachlage nur im Falle einer sog "Beweisvereitelung" gerechtfertigt gewesen, dh, bei planmäßigem schuldhaftem Zurückhalten von Beweismitteln bzw von sonstigen entscheidungserheblichen Erkenntnissen, über die nur einer der Beteiligten verfügte (vgl Meyer-Ladewig, SGG, 6. Aufl 1998, Â§ 103 RdNr 18a mwN). Davon kann hier allerdings angesichts der Prozeßgeschichte des Berufungsverfahrens, der nur "einfachen" Passivität der Beigeladenen sowie der von der Beklagten geäußerten fehlenden Kenntnis nicht die Rede sein. Das LSG wäre vielmehr angesichts der besonderen Prozeßsituation gehalten gewesen,

---

insbesondere der zu 1. beigeladenen Klagebeilagen noch einmal gezielt aufzugeben, sich zu den von der Klagebeilagen vorgetragenen Umständen des Zustandekommens der EBM-Regelungen genauer zu äußern.

Zwar war der Vortrag der Klagebeilagen den anderen Prozessbeteiligten bereits seit langem bekannt, weil das LSG die den Bewertungsausschuss tragenden Partner des EBM wegen des Streits über Rechtmäßigkeit einer EBM-Bestimmung frühzeitig zum Rechtsstreit beigeladen hatte. Allein aus der Aufrechterhaltung der Beiladung durch das LSG müßten die Beigeladenen jedoch nicht entnehmen, daß im Berufungsverfahren weiterer Vortrag zu den Hintergründen und zum Zustandekommen der streitigen Regelung geboten und entscheidungserheblich sein würde. Die Beigeladenen hatten schließlich neben entsprechenden Urteilen des LSG NRW und des LSG Bremen in erster Instanz ein günstiges Urteil erstritten, auch ohne daß die vom Berufungsgericht später als bedeutsam angesehenen Umstände genauer hinterfragt worden waren. Auch das Prozessverhalten der Klagebeilagen im Berufungsverfahren und die prozessuale Behandlung der Sache ließen es die weiteren Beteiligten nicht geboten erscheinen, vorsorglich noch einmal mit umfangreichem Sachvortrag auf das Klagevorbringen zu erwidern. Die am 4. November 1998 bei Gericht eingegangene Berufungsschrift enthielt allein einen Antrag und kündigte eine Begründung zunächst nur an. Nachdem mehrfache Aufforderungen des Vorsitzenden des Berufungsgerichts zur Einreichung der Berufungsbegründung ohne Reaktion geblieben waren, erfolgte erst auf die Ladung vom 20. Oktober 1999 zur mündlichen Verhandlung am 23. November 1999 hin, die ebenfalls keine Hinweise für die Beklagte und die Beigeladenen auf noch erforderlichen Vortrag enthielt, am 16. November 1999 per Fax die Berufungsbegründung (im wesentlichen unter Bezugnahme auf das erstinstanzliche Vorbringen). Diese wurde den sonstigen Beteiligten am 18. November 1999 ebenfalls per Fax zugeleitet; die vom Berufungsgericht mit Verfügung vom 16. November 1999 selbst gesetzte Ein-Monatsfrist für die Berufungserwidern konnte damit bis zum Termin am 23. November 1999, in dem die Beigeladenen zu 1. bis 5. und 8. auch nicht vertreten waren, nicht mehr eingehalten werden. Wenn das LSG in dieser prozessualen Situation nach Ende der mündlichen Verhandlung ein weitreichendes Urteil zugunsten des Klägers verkündete, mit dem es abweichend von zwei anderen LSGen zur Rechtswidrigkeit einer bundesweit geltenden Regelung gelangte, und seine Entscheidung maßgeblich mit dem Schweigen der Beigeladenen begründete, ist dieses Vorgehen mit den Anforderungen an ein faires gerichtliches Verfahren schwerlich in Einklang zu bringen; denn es darf nicht nur von Zufälligkeiten und in das Belieben gestellten Stellungnahmen der Betroffenen abhängen, ob eine im EBM enthaltene Regelung des Bundesrechts für unwirksam erklärt wird oder nicht. Nach [§ 62 SGG](#) und aus Gründen des Amtsermittlungsprinzips ([§ 103 Abs 1](#), [§ 106 Abs 1 SGG](#)) bestanden in einer solchen Situation vielmehr gesteigerte Hinweis- und Aufklärungspflichten des Gerichts. Das LSG wäre auch von seinem Standpunkt aus verpflichtet gewesen, die Partner der Bundesmantelverträge noch einmal gezielt auf die von ihm für entscheidungserheblich gehaltenen Umstände hinzuweisen und aufzufordern, dazu Stellung zu nehmen, ob der von ihm selbst für "gravierend" und klärungsbedürftig gehaltene Sachvortrag der

---

Klägerseite zur Tragfähigkeit der Gründe für die Beschränkung auf 30 Epikutan-Tests inhaltlich geteilt wurde oder was dieser Einschränkung entgegenstand.

Die vom LSG in diesem Zusammenhang angeführten Gesichtspunkte tragen das von ihm gewonnene Ergebnis indessen auch inhaltlich nicht. Der Kläger hat im Kern gerügt, die Beschränkung der Vergütung im EBM-Ä auf je 30 Punkte für maximal 30 Epikutan-Tests je Behandlungsfall habe zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aus fachmedizinischen Gründen von Anfang an erkennbar nicht ausgereicht, die Begrenzung sei im Gegensatz zur Behauptung der KÄBV nicht mit dermatologischen Experten abgestimmt worden und die KÄBV habe eine angeblich erstellte "Defizitanalyse" nicht vorgelegt. Diese Gesichtspunkte sind für die Frage der Rechtmäßigkeit der Nr 345 EBM-Ä-1996, insbesondere ihrer Sachgerechtigkeit, indessen ohne ausschlaggebende Bedeutung. Gleiches gilt für die in erster Instanz vom Kläger gestellten und in zweiter Instanz hilfsweise aufrecht erhaltenen Beweisanträge.

Wie bereits oben angesprochen, kann das vom Bewertungsausschuss erarbeitete System autonomer Leistungsbewertung seinen Zweck nur erfüllen, wenn Eingriffe von außen grundsätzlich unterbleiben, so dass die gerichtliche Überprüfung von Regelungen des EBM-Ä im wesentlichen auf die Prüfung beschränkt ist, ob der Ausschuss den ihm zustehenden Entscheidungsspielraum überschritten hat. Dieses ist nicht schon immer dann der Fall, wenn sich bei nachträglicher Überprüfung einer Gebühren-Regelung im Rahmen der ex-post-Betrachtung deren Unzulänglichkeit erweist, sondern nur dann, wenn der Ausschuss seine Bewertungskompetenz zweifelsfrei "mißbräuchlich", dh nicht durch sachgerechte Erwägungen gedeckt, sondern von sachfremden Erwägungen getragen, ausgeübt hat (stRspr; vgl nur [BSGE 83, 205, 208](#) = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 29](#) S 215; BSG SozR 3-5533 Nr 75 Nr 1 S 3) bzw. was hier nicht einschlägig ist, wenn er seine Bewertungskompetenz gleichheitswidrig genutzt und nur einer Arztgruppe Vergütungsansprüche zugestanden hat, obgleich die Leistung auch von anderen Arztgruppen erbracht wird bzw erbracht werden kann (so [BSGE 83, 218](#) = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 21](#); vgl auch BSG [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 5](#) S 23 f).

An diesen Grundsätzen hält der Senat entgegen der bisweilen erhobenen Forderung, die sozialgerichtliche Rechtsprechung möge ihre bisherige Zurückhaltung bei der Kontrolle der Normsetzung durch den Bewertungsausschuss aufgeben, fest. Die Bestimmungen des EBM-Ä beruhen nämlich auf einem rechtlich unbedenklichen Regelungsgebilde der Normsetzung durch vertragliche Vereinbarung, die den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung zuzurechnen ist (vgl Engelmann, NZS 2000, 1, 7; 76, 79 f). Die Regelungen des EBM-Ä sind letztlich nur Ausprägung des im Laufe der Zeit mehr und mehr öffentlich-rechtlich ausgestalteten und in Gesetzesrecht umgesetzten, ursprünglich aber im wesentlichen (gesamt-)vertraglich geregelten Konzepts einer Kooperation von Ärzteschaft und Krankenkassen. Dieses Zusammenwirken durchzieht die Entwicklung des Vertragsarztrechts insgesamt und trägt maßgeblich dazu bei, die Funktionsfähigkeit des Systems zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung von ca 9/10 der Bevölkerung zu akzeptablen

---

finanziellen Bedingungen zu gewährleisten (vgl BVerfG Beschluss vom 20. März 2001 – 1 BvR 491/96 = NJW 2001, 1779; 1780). Die Gestaltungsbefugnisse der in diesem Bereich zuständigen Institutionen dürfen dabei von außen nicht funktionswidrig verengt werden; denn nicht nur dem Gesetzgeber, sondern auch anderen Normgebern steht bei der ihnen überantworteten Rechtsetzung generell weitgehende Gestaltungsfreiheit zu (vgl zB BVerfGE 97, 271, 290 f; 90, 22, 26 mwN; 69, 150, 159 f mwN; Heun in Dreier, GG, Bd I, 1996, Art 3 RdNr 43, 44 mwN), die grundsätzlich auch von der Rechtsprechung zu respektieren ist und von dieser nur in Ausnahmefällen korrigiert werden darf. Der Gestaltungsspielraum eines Normgebers ist um so mehr zu beachten, wenn es auch nur mittelbar um Regelungen über die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme im Streit sind (vgl zB BVerfGE 81, 156, 205 f; 77, 84, 106 f mwN; 75, 108, 157 ff; BSG (12. Senat) E 62, 136, 140 mwN = SozR 2200 Â§ 180 Nr 37) oder wenn es um die Bewältigung komplexer Sachverhalte geht, wie sie vielfach im Krankenversicherungs- und Vertragsarztrecht anzutreffen sind (vgl BVerfGE 33, 171, 189; BSGE 73, 131, 139 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 4 S 27; BSG SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 8 S 49, jeweils für die Regelung der Honorarverteilung). Dabei darf nicht übersehen werden, dass gerade im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und dem dort der Leistungserbringung dienenden Vertragsarztrecht die Verfolgung der Aufgabe, durch normative Vorgaben die Funktionsfähigkeit dieses Sozialleistungssystems zu erhalten, ein sensibles, weil hochrangig einzustufendes Gemeinschaftsgut darstellt (vgl BVerfGE 68, 193, 218; 70, 1, 29; BVerfG NJW 2001, 1779, 1780).

Selbst wenn die Behauptungen der Klägerseite, für die umstrittene Abrechnungsbeschränkung gebe es keine spezifische medizinisch-fachliche Begründung, zutreffend sein sollten, wird durch sie die Sachgerechtigkeit der Nr 345 EBM-Ä (ohne die in den Quartalen I und II/1996 fehlende Begleitregelung der Nr 346 EBM-Ä) nicht in Frage gestellt, so dass es an der Entscheidungserheblichkeit der entsprechenden Angaben fehlt. Kläger und LSG verkennen nämlich gleichermaßen die Verbindung der streitigen Regelung zum Gesamtregelungskontext des EBM-Ä-1996, in welchem die Neubewertung der Epikutan-Tests offenkundig stand. Auf diesen Zusammenhang hat auch die KVB schon in ihrem Schreiben an das LSG NRW vom 19. März 1998 einleitend hingewiesen. Bei den zum Quartal I/1996 getroffenen EBM-Ä-Neuregelungen ging es insgesamt um den Versuch, zwei Ziele zu erreichen, nämlich "die Effizienz der vertragsärztlichen Versorgung zu erhöhen [und] mittelfristig die Entwicklung der Punktzahlmenge als Voraussetzung für die Vergütung fester Punktwerte in möglichst vielen Leistungsbereichen kalkulierbar zu machen" (so Ergänzende Vereinbarung zur Reform des EBM-Ä vom 14. September 1995, veröffentlicht in D 1995, A-2585 Spiegelstriche unter 1. am Ende). In diesem Rahmen sollten u.a. strukturelle Maßnahmen zur Mengengrenzung, insbesondere andere Bewertungsformen wie Leistungskomplexe, eingeführt werden, um gleichzeitig einer medizinisch nicht begründbaren Leistungsbedarfsentwicklung "entgegenzuwirken" (vgl Ergänzende Vereinbarung, aaO unter 1.2). Der Bewertungsausschuss hat insoweit im hier betroffenen Bereich der Allergologie zum Quartal I/1996 – ohne dieses allerdings ausdrücklich so zu kennzeichnen – ähnlich wie bei anderen neu eingeführten Pauschalierungen und Abstufungsregelungen (zB für Sonographie-, Röntgen-, CT-/MRT-Leistungen)

---

mit dem Wegfall der Nr 346 und dem Verbleiben ausschließlich der Nr 345 EBM-Ä eine Art "Epikutan-Test-Teilbudget" mit  $30 \times 30 = 900$  Punkten geschaffen. Ausweislich des Schreibens der KÄBV vom 19. März 1998 hat er sich dabei von den bekannt gewesenen Abrechnungsfrequenzen bei den allergologischen Hauttestungen in der davor liegenden Zeit leiten lassen. Dabei kann der Streit über die Größe der Abrechnungshäufigkeit ("weit überproportional, nicht immer plausibel" (so die KÄBV) bzw "der Krankheitshäufigkeit in der Bevölkerung entsprechend" (so der Kläger)) offen bleiben, weil allein schon die Vielzahl abgerechneter Leistungen an sich es rechtfertigen konnte, hier im Zuge der EBM-Ä-1996-Reform – wie in anderen Leistungsbereichen auch – Maßnahmen zur Mengenbegrenzung in Betracht zu ziehen. Die Anzahl der bis Ende 1995 erbrachten Leistungen allein ließe demgegenüber keinen zuverlässigen Schluss auf deren medizinische Notwendigkeit und Bedarfsgerechtigkeit eines ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Leistungsumfangs gemäß [Â§ 12 Abs 1](#), [Â§ 70 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) zu (zum gesundheitsökonomisch gesicherten Phänomen einer angebotsinduzierten Nachfrage nach (zahn-)ärztlichen Leistungen vgl bereits [BSGE 80, 9, 13 = SozR 3-2500 Â§ 98 Nr 4](#) S 12 mwN). Trotz der vorhandenen bzw zu ermittelnden Abrechnungszahlen aus der Vergangenheit verfiel der Bewertungsausschuß damit nicht schon über gesicherte Erkenntnisse zu den Auswirkungen der beschränkten Abrechenbarkeit von Epikutan-Tests auf maximal 30 im Behandlungsfall, sondern konnte die Auswirkungen einer solchen Regelung, insbesondere auch, was die Folgewirkungen auf die Stabilisierung des Punktwertes anbelangte, nicht zuverlässig einschätzen.

Wenn der Ausschuß bei dieser Sachlage – wie bereits im Schreiben der Beigeladenen zu 1. vom 19. März 1998 ausgeführt wird – erst in der Folgezeit nach Erörterung mit "weiteren dermatologisch-allergologischen Experten" zu der Erkenntnis gelangte, die zunächst typisierende Festlegung auf 30 abrechenbare Epikutan-Tests und höchstens 900 Punkte habe bei der Diagnostik bestimmter Krankheitsbilder zu einer unangemessen niedrigen Bewertung geführt, und wenn er deswegen bereits nach zwei Quartalen, zum 1. Juli 1996, die Abrechenbarkeit auf 60 Tests und maximal 1.500 Punkte je Behandlungsfall erhöhte, war dieses Vorgehen nicht zu beanstanden.

Insoweit ist zunächst darauf hinzuweisen, daß der Bewertungsausschuß – anders als die Ausführungen des Klägers und des LSG nahelegen – nicht etwa entschieden hat, das Maß des medizinisch Notwendigen sei vom 1. Januar 1996 an in jedem Fall mit höchstens 30 Epikutan-Tests gleichzusetzen; er hat vielmehr lediglich eine in Punktzahlen ausgedrückte Bewertung bestimmter ärztlicher Leistungen vorgenommen. Wenn bei einem Versicherten in den Quartalen I und II/1996 mehr als 30 Tests notwendig waren, konnte der ausführende Arzt – wie dargelegt – (nur) nicht beanspruchen, jeden weiteren Test als Einzelleistung zusätzlich vergütet zu erhalten. Für die Festlegung der maximalen Punktzahl hätte bedurft es daher – auch angesichts der fachgebietsübergreifenden Aufgabe des Bewertungsausschusses, auf die Angemessenheit der Punkteverteilung im Verhältnis der verschiedenen Arztgruppen untereinander Bedacht zu nehmen – nicht der Einholung oder gar

---

Folgeleistung des umfassenden Rates von Experten der betroffenen Fachgruppe; es reichte vielmehr aus, daß Allergologen jedenfalls unstreitig am Entscheidungsprozeß im Vorfeld der Neuregelung überhaupt beteiligt worden waren (unabhängig davon, ob sich ihre Position durchsetzen konnte oder nicht). Nach der Rechtsprechung des Senats sind allein teilweise durch die konkrete Kostenstruktur einer Praxis selbst zu beeinflussende betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte aus den Praxen einzelner betroffener Ärzte oder Arztgruppen nicht geeignet, die vermeintlich zu niedrige EBM-Bewertung einzelner Leistungen zu Fall zu bringen. Die Honorierung der einzelnen erbrachten Leistung kann vielmehr auch zB in eine Komplexgebühr mit eingehen oder sonst ausgeschlossen werden. Der Senat hat in diesem Sinne wiederholt entschieden, daß dem Zuschnitt der vertragsärztlichen Vergütung insgesamt eine "Mischkalkulation" zugrunde liegt. Dies bedeutet, daß es durchaus Leistungen geben kann, bei denen selbst für eine kostengünstig organisierte Praxis kein Gewinn zu erzielen ist. Entscheidend ist nämlich, daß der Vertragsarzt insgesamt Anspruch auf eine leistungsgerechte Teilhabe an der Gesamtvergütung hat, der in aller Regel dazu führt, daß das aus der vertragsärztlichen Tätigkeit erzielbare Einkommen Ärzten hinreichenden Anlaß zur Mitwirkung an der vertragsärztlichen Versorgung bietet (so zuletzt Urteile des Senats vom 14. März 2001 - [B 6 KA 36/00 R](#), 54/00 R und 67/00 R mwN (zur Veröffentlichung vorgesehen), vgl ferner BSG SozR 5030 Allg Nr 1 S 5; [BSGE 75, 187](#), 189 = [SozR 3-2500 Â§ 72 Nr 5](#) S 6 f; BSG SozR 3-5533 Nr 763 Nr 1 S 4 f; [SozR 3-5555 Â§ 10 Nr 1](#) S 6; [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 30](#) S 228).

Ebenso wie betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte können aber die von einer betroffenen Fachgruppe vorgetragene fachmedizinische Aspekte, selbst wenn sie in die 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 [Â§ 2 Abs 1](#), [Â§ 12 Abs 1](#), [Â§ 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 übertragene Normgebung in der Regel aus, einem von fachmedizinischer Seite vorgetragene Gesichtspunkt ein solches Gewicht beizumessen, daß schon bei Hintanstellen des Einzelgesichtspunkts im Entscheidungsprozeß auf eine mißbräuchliche oder sachwidrige Ausübung der Bewertungskompetenz geschlossen werden kann.

Dabei bedurfte es der Vorlage der von der Beigeladenen zu 1. wiederholt zitierten Defizitanalyse nicht. Denn wie bei jeder Normgebung sind dem vom betroffenen Kläger insoweit im Kern postulierten Verlangen nach Transparenz und Offenlegung der Erwägungen des Normgebers im Rahmen einer gerichtlichen Überprüfung Grenzen gesetzt. Die Begründung von Akten der Rechtsetzung ist weder einfachgesetzlich (vgl [Â§ 39](#) Verwaltungsverfahrensgesetz, [Â§ 35](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch) noch aus Gründen des Verfassungsrechts geboten (vgl zB Stelkens in Stelkens/Bonk/Sachs, VwVfG, 5. Aufl 1998, [Â§ 39](#) RdNr 8 mwN in

---

Fußnote 27; Liebetanz in Obermayer, VwVfG, 3. Aufl 1999, Â§ 39 RdNr 14; BVerfG [NVwZ 1987, 879](#); BVerwG [NVwZ-RR 1993, 286](#)). Nur wenn GrundrechtsbeeintrÄchtigungen von gewisser IntensitÄt zu besorgen sind, muÃ ein Normgeber Annahmen und Wertungen, die ihn zur Schaffung einer Regelung bestimmt haben, spÄtestens in einem Gerichtsverfahren offenlegen (so [BVerfGE 85, 36](#), 57 zur Festsetzung von StudienplatzkapazitÄten durch Verordnung; vgl auch [BVerfGE 54, 173](#), 197; [66, 155](#), 179 f). AuÃerhalb dieses Bereichs â wie hier beim Streit Äber eine einzelne GebÄhren-Position des EBM-Ä â ist der Normgeber auf die RÄge hin, eine von ihm geschaffene Bestimmung verstoÃe gegen hÄherrangiges Recht, dagegen nicht generell verpflichtet, seinen ProzeÃ der Meinungsbildung und Entscheidungsfindung in allen Einzelheiten offenzulegen; dieses gilt jedenfalls dann, wenn Äberhaupt tragende sachliche GrÄnde erkennbar sind, die die Regelung als nicht willkÄrlich erscheinen lassen. Solche GrÄnde liegen hier schon in der angestrebten Mengenbegrenzung im Rahmen eines EBM-Ä-Neuregelungs-Gesamtkonzepts, mit der kalkulierbarere Punktwerte erreicht werden sollen.

DaÃ die Orientierung der Bewertung von Epikutan-Tests an der Zahl 30 und die Begrenzung auf 900 Punkte darÄber hinaus medizinisch nicht in jeder Hinsicht offensichtlich unvertretbar war, durfte der BewertungsausschuÃ sogar den von der KlÄgerseite selbst im Rechtsstreit eingereichten Unterlagen entnehmen. So hat die Kontaktallergie-Gruppe der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in einem Schreiben vom 9. November 1995 â trotz ihrer weitergehenden Auffassung von der Notwendigkeit, eine hÄhere Zahl von Epikutan-Tests zu vergÄten â geÄuert, "die Zahl 30 deckt im allgemeinen â ein Basis-Screening ab".

Die EinschÄtzung, sÄmtliche solcher Tests seien insgesamt mit 900 Punkten angemessen bewertet, war zwar insoweit mÄglicherweise falsch, weil der BewertungsausschuÃ im Nachhinein die Äberzeugung gewonnen hat, daÃ unter medizinischen Gesichtspunkten mehr als 30 Tests, nÄmlich 60 (abgestaffelt) vergÄtet werden sollten. Die in den Quartalen I und II/1996 geltende Regelung ist aber als Anfangs- und Erprobungsregelung hinzunehmen, da der BewertungsausschuÃ alsbald nach zwei Quartalen â allerdings immerhin ohne zum alten Rechtszustand der Nr 346 EBM-Ä vor dem 1. Januar 1996 mit ihrer nach oben zahlenmÄÃig unbegrenzten VergÄtung aller Einzeltests zurÄckzukehren â eine Neuregelung getroffen hat. Der Senat billigt dem BewertungsausschuÃ nÄmlich seit jeher bei der Neuregelung komplexer Materien wie der Leistungsbewertung erweiterte Ermittlungs-, Erprobungs- und UmsetzungsspielrÄume zu, die bewirken, daÃ fÄr einen Äbergangszeitraum auch an sich rechtlich problematische Regelungen hingenommen werden mÄssen; grÄbere Typisierungen und geringere Differenzierungen sind in derartigen FÄllen vorÄbergehend unbedenklich, weil sich hÄufig bei ErlaÃ der Vorschriften deren Auswirkungen nicht in allen Einzelheiten Äbersehen lassen (std Rspr, vgl BSG SozR 5533 Nr 763 Nr 1 S 5; [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 15](#) S 60 mwN; [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 16](#) S 66 mwN; vgl auch BSG [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 16](#) S 107 (betr einen HonorarverteilungsmaÃstab)). Mit dieser relativ weiten Gestaltungsfreiheit korrespondiert allerdings eine Beobachtungs- und ggf Nachbesserungspflicht des Normgebers, wenn sich im Vollzug von ursprÄnglich gerechtfertigten Regelungen

---

herausstellt, da die die Norm legitimierenden Gründe weggefallen oder die Auswirkungen für einzelne betroffene Normadressaten unzumutbar geworden sind (BSG ebenda). Nur wenn von vornherein feststeht, dass ein vom Normgeber für die Regelung der konkreten Materie gewähltes Differenzierungskriterium systemfremd ist und ihm keine sachliche Rechtfertigung innewohnt, kann auch der Gesichtspunkt der Erprobungsregelung nicht zur Rechtmäßigkeit der Normgebung führen (vgl BSG [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 16](#) S 107 (Honorarverteilungsmaßstab)).

Wie dargestellt, war die Einschätzung von 30 im Regelfall ausreichenden Epikutan-Tests zumindest vertretbar. Darüber hinaus ist die auf dieser Einschätzung beruhende EBM-Bestimmung alsbald mit Wirkung vom 1. Juli 1996 an wieder geändert worden. Ein irreparabler inhaltlicher Gestaltungsfehler des EBM kann hier in der zunächst getroffenen Fehleinschätzung nicht gesehen werden. Die sinngemäße Annahme des LSG, der Vergleich mit der GO (100 Tests möglich) und die Erkenntnisse aus dem in der Vergangenheit gezeigten Abrechnungsverhalten der allergologisch tätigen Ärzte hätten von vornherein (dh unabhängig von einer privilegierten zukunftsgerichteten Einschätzungsprivileg) auch dem Ausschuss deutlich machen müssen, dass die Neuregelung sachlich nicht haltbar sein würde, ist nicht gerechtfertigt. Abgesehen von den grundsätzlich unterschiedlichen Zielrichtungen von EBM und GO fällt dabei schon auf, dass der Bewertungsausschuss selbst zum 1. Juli 1996 nicht nahtlos zu der bis zum 31. Dezember 1995 geltenden Regelung zurückkehrte, sondern nach wie vor Begrenzungsbedarf sah, indem er auch insoweit eine berechnungsfähige Obergrenze von nunmehr 60 Epikutan-Tests anstelle der ursprünglich unbegrenzten Abrechenbarkeit mit einer festen Punktzahl für sachgerecht hielt.

Die Kostenentscheidung folgt aus [Â§ 193 Abs 1 und 4 SGG](#).

Erstellt am: 28.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024