

L 12 KA 116/99

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 38 KA 2177/98

Datum

04.08.1999

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 116/99

Datum

26.09.2001

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Auf die Berufung der Kläger wird das Urteil des Sozialgerichts München vom 4. August 1999 abgeändert. Die Bescheide der Beklagten vom 31. Juli 1996 und 31. Oktober 1996 in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 24. September 1998 werden aufgehoben, soweit wegen Überschreitung der CT-/MRT-Budgets im 1. Quartal 1996 mehr als 480.700 Punkte und im 2. Quartal 1996 mehr als 1.105.280 Punkte abgesetzt wurden. Die Beklagte wird verurteilt, die darüber hinaus abgesetzten 11,4 bzw. 32,4 Punkte nachzuvergüten. Im Übrigen wird die Berufung der Kläger zurückgewiesen.

II. Die Kläger haben der Beklagten auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Honorarabrechnungen der Kläger für das 1. und 2. Quartal 1996 in Anwendung der ab 1. Januar 1996 geltenden Regelungen für CT- und MRT-Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (Abschnitt Q I 7 und Kapitel R EBM-Ä) zu recht sachlich-rechnerisch richtiggestellt wurden.

Die Kläger nahmen im streitigen Zeitraum als Radiologen in F. an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Die Kläger rechneten im 1. Quartal 1996 gemäß den am 1. Januar 1996 in Kraft getretenen neuen Leistungslegenden der Nrn.5520 und 5521 BMÄ/E-GO im Rahmen der von ihnen erbrachten MRT-Untersuchungen 3.419 Untersuchungssequenzen in 671 Behandlungsfällen ab und forderten dafür ein Honorar von 3.931.850 Punkten an. Wegen Überschreitens ihres MRT-Budgets von 3.479.900 Punkten wurden mit Bescheid vom 31. Juli 1996 480.711,4 Punkte von der Honoraranforderung abgesetzt. Bei den CT-Leistungen wurde das Budget nicht überschritten, so dass insoweit auch keine sachlich-rechnerische Richtigstellung erfolgte.

Im 2. Quartal 1996 wurden mit Bescheid vom 31. Oktober 1996 von den angeforderten 2.824.295 Punkten für CT-Leistungen und 4.374.600 Punkten für MRT-Leistungen 1.105.312,4 Punkte wegen Überschreitens des CT- und MRT-Budgets abgesetzt.

Die von den Klägern ohne nähere Begründung eingelegten Widersprüche gegen die vorgenannten Bescheide wurden mit gleichlautenden Widerspruchsbescheiden vom 24. September 1998 zurückgewiesen. Die Überprüfung der globalen Widersprüche habe keine Hinweise auf formale und inhaltliche Fehler ergeben.

Gegen die am 13. Oktober 1998 mit Einschreiben zur Post gegebenen Widerspruchsbescheide haben die Kläger am 16. November 1998 Klagen zum Sozialgericht München erheben lassen (Az.: [S 38 KA 2177/98](#) und S 38 KA 2178/98). In diesen Verfahren machten die Bevollmächtigten der Kläger erstmals in ihrer Klagebegründung vom 26. Juli 1999 geltend, dass sie sich gegen die Richtigstellungen der CT- und MRT-Leistungen wenden. Die in den Präambeln der Kapitel Q I 7 und R des seit 1. Januar 1996 geltenden EBM vorgesehenen Abrechnungsbeschränkungen bei den CT- und MRT-Leistungen seien rechtswidrig, insbesondere sei die eigens für den Bereich der Großgeräteleistungen geschaffene Ermächtigungsgrundlage des [§ 87 Abs.2b SGB V](#) missachtet worden. Es sei auch den vom Bundessozialgericht entwickelten Grundsätzen zu Art und Umfang von Bewertungs- und Steuerungselementen nicht Rechnung getragen worden. Die Regelung in dem ab 1. Januar 1996 geltenden EBM ignoriere den Gesetzeswortlaut sowohl nach Intention als auch im Hinblick auf die vorgegebenen Umsetzungsmodalitäten. Es sei nicht ersichtlich, dass der Bewertungsausschuss einen abstrakten Auslastungsgrad ermittelt habe, der unter Zugrundelegung der Leistungsbewertung zu einer Abdeckung der durchschnittlichen Investitionskosten für das betreffende Großgerät führe. Bei der gewählten Regelung werde systemwidrig nicht der für die betriebswirtschaftliche Leistungserbringung erforderliche Auslastungsgrad erreicht, sondern ausschließlich eine Mengenbegrenzung bewirkt. Mit dieser Regelung könne ein Vertragsarzt

trotz tatsächlicher Auslastung seines Geräts nicht die zur Abdeckung insbesondere der Investitionskosten erforderlichen Punktzahlen abrechnen. Die hier streitgegenständlichen Regelungen des EBM stünde auch nicht im Einklang mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts. Danach habe der Bewertungsausschuss zwar die Befugnis zur Einführung ergänzender Bewertungsformen. Der Bewertungsausschuss habe jedoch hinsichtlich der Bewertung Kalkulationsgrundlagen zu entwickeln. Ob solche Berechnungen hier vorgenommen worden seien, sei mangels Transparenz nicht nachprüfbar und damit willkürlich. Systemwidrig und unangemessen sei auch der Ansatzpunkt "Scan-/Sequenzahlen", weil es sich um unselbständige Teile einer Gesamtleistung handle, die nach der Regelungssystematik (A I 1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM) bei der Frage der Bewertung keine Rolle spielten. Eine zulässige Steuerung habe nur zu bezwecken, dass der Arzt die Erforderlichkeit überprüfe und im Falle des Vorhandenseins von Auswahlmöglichkeiten die richtige Leistung wähle. Medizinisch-sachliche Motive für die jeweils festgesetzten Scan- bzw. Sequenzahlen seien nicht erkennbar. Mangels Transparenz könne nicht festgestellt werden, ob der Bewertungsausschuss bei einer Entscheidung sachliche Gesichtspunkte zugrunde gelegt habe. Tatsächlich sei in den allermeisten Fällen eine Überschreitung des Grenzwerts erforderlich, in kaum einem Fall jedoch eine Unterschreitung möglich.

In der mündlichen Verhandlung verband das Sozialgericht die beiden Rechtsstreitigkeiten zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung.

Die Kläger beantragten,

die sachlich-rechnerischen Richtigstellungen hinsichtlich der CT- und MRT-Leistungen für die Quartale 1/96 und 2/96 in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 24. September 1998 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, die sich hieraus ergebenden Nachvergütungsbeträge an sie zu bezahlen.

Die Beklagte beantragte,

die Klagen abzuweisen.

Mit Urteil vom 4. August 1999 wies das Sozialgericht die Klagen ab. Diese Entscheidung stütze es im Wesentlichen auf folgende Erwägungen: Der Bewertungsausschuss habe die Kompetenz gehabt, die streitigen Mengenbegrenzungsregelungen in Abschnitt Q I 7 und R des EBM zu schaffen. Aus [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) lasse sich keine originäre Zuweisung an den Normgeber des Honorarverteilungsmaßstabs entnehmen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ergänzten sich EBM und HVM im komplexen Vergütungssystem wechselseitig. Sowohl aufgrund der gesetzlichen Vorgaben der [§§ 87 Abs. 2](#), 2a, 2b SGB V als auch der gefestigten höchstrichterlichen Rechtsprechung seien mittels des EBM Mengenbegrenzungsmaßnahmen möglich. Die Beklagte habe im vorliegenden Fall die ab 1. Januar 1996 geltenden Leistungslegenden der Nrn. 5210, 5211, 5520 und 5521 BMÄ/E-GO sowie die Präambeln richtig angewandt. Danach würden die Leistungen durch die Untersuchungsart, die Körperregionen, die Scan- bzw. die Sequenzzahl bestimmt. Die Abänderung des EBM stelle keinen Verstoß gegen die Allgemeinen Bestimmungen A I des EBM dar, denn die Leistungen seien neu definiert worden. Rechtsgrundlage für die im EBM getroffenen Regelungen, die eine Höchstmengenbegrenzung darstellte, sei [§ 87 Abs. 2 SGB V](#). Das Bundessozialgericht habe in seinem Urteil vom 20. März 1996, Az.: [6 RKa 51/95](#), entschieden, dass sich der EBM nicht auf die Funktion eines bloßen Leistungs- und Bewertungsverzeichnisses beschränke. Die streitgegenständlichen Regelungen bei CT-Untersuchungen und MRT-Untersuchungen stellten Höchstbegrenzungsregelungen dar. Hintergrund sei, dass mit steigender Auslastung die Notwendigkeit sinke, bei jeder einzelnen Leistung die Investitions- und Fixkosten im gleichen Umfang abzugelten. Werde die festgelegte Scan- bzw. Sequenzzahl überschritten, blieben die überschreitenden Leistungen nicht unvergütet. Vielmehr würden mit zunehmender Überschreitung sämtliche abgerechneten Scans bzw. Sequenzen mit einer sinkenden Punktzahl bewertet. Diese Budgetierung ähnele der Budgetierung, wie sie bei allergologischen Leistungen vorgenommen worden sei. Dort sei die Zahl der Tests begrenzt worden. Die Regelung sei auch transparent, denn die betroffenen Ärzte wüssten aufgrund der Regelungen exakt ihr Budget. Von einer willkürlichen Bewertungsweise könne nicht ausgegangen werden, da der Vergleich mit dem vor dem 1. Januar 1996 geltenden EBM zeige, dass der Bewertungsausschuss in etwa von der gleichen Wertigkeit der Untersuchungen ausgehe. Hinzu komme, dass dem Bewertungsausschuss bei der Schaffung neuer EBM-Regelungen ein weiterer Regelungs- und Gestaltungsspielraum zustehe, die allerdings mit einer regelmäßigen Nachprüfungspflicht korrespondiere. In den hier streitigen Quartalen 1/96 und 2/96 sei der EBM noch als Anfangs- und Erprobungsregelung zu verstehen. Auch die Argumentation, die Budgetierung sei deshalb rechtswidrig, weil die Radiologen Auftragsleistungen erbrächten, überzeuge nicht. Das Bundessozialgericht habe sich in seinem Urteil vom 9. September 1998, Az.: [B 6 KA 55/97 R](#), hierzu geäußert. Begrenzungsregelungen dienten auch dem Ziel, Leistungen vor einem Punktwertverfall zu schützen. Das Budget sei auch nicht willkürlich festgelegt worden. Es betrage für die Leistungen nach Nr. 5210 BMÄ/E-GO 2.125 Punkte, für die Leistung nach Nr. 5211 BMÄ/E-GO 3.060 Punkte, für die Leistung nach Nr. 5520 BMÄ/E-GO 4.600 Punkte und für die Leistung nach Nr. 5521 BMÄ/E-GO 5.750 Punkte. Ein Vergleich der vor dem 1. Januar 1996 geltenden EBM-Regelung zeige, dass diese Bewertungen in etwa gleich seien. Von einer willkürlichen Regelung könne daher keine Rede sein. Die EBM-Regelungen seien auch zu vereinbaren mit [§ 87 Abs. 2a SGB V](#). Die neuen Leistungslegenden bedeuteten eine Zusammenfassung von Leistungskomplexen. Richtig sei, dass von der Vorschrift des [§ 87 Abs. 2b SGB V](#) kein Gebrauch gemacht worden sei. Diese sei darauf zurückzuführen, dass die Großgeräteplanung nach [§ 122 SGB V](#) von Anfang an zweifelhaft gewesen und später aufgegeben worden sei. Da diese Norm nur objektiv-rechtlicher Natur sei, verleihe sie dem einzelnen Arzt kein subjektives Recht. Es sei deshalb ohne Belang, dass die Regelung des [§ 87 Abs. 2b SGB V](#) nicht angewandt worden sei. Auch die Regelung, wonach bei einem Nebeneinander von CT-Untersuchungen und MRT-Untersuchungen beim gleichen Patienten Abschlüsse vorzunehmen seien, sei rechtlich nicht zu beanstanden. Die Absenkungen seien hinzunehmen, da das Zusammentreffen von CT- und MRT-Untersuchungen einen seltenen Ausnahmefall darstelle.

Gegen das am 23. September 1999 zugestellte Urteil haben die Kläger am 11. Oktober 1999 Berufung einlegen lassen. In der Berufungsbegründung vom 5. Oktober 2000 wird zunächst auf die Klagebegründung verwiesen. Zum Urteil des Sozialgerichts wird Folgendes angemerkt: Das Sozialgericht übertrage die Rechtsprechung zu Honorarverteilungsfragen hinsichtlich der Anfangs- und Erprobungsregelung bzw. hinsichtlich korrespondierender Beobachtungs- und Reaktionspflichten auf Gebührenordnungsstreitigkeiten, lehne jedoch unzutreffend die von den Klägern geforderte Transparenz hinsichtlich der Bewertungs- und Berechnungsgrundlagen ab. Werde den normgebenden Gremien - hier: dem Bewertungsausschuss - keine Offenbarungsobliegenheit hinsichtlich der Kalkulationsgrundlagen auferlegt, so sei es für die Betroffenen nicht nachvollziehbar und für die Gerichte nicht überprüfbar, ob bei der Gestaltung der betroffenen Gebührenordnungsvorschrift von zutreffenden und zweckmäßigen Grundlagen ausgegangen worden sei und ob zwischenzeitlich wegen der Veränderung äußerer Umstände ein Korrekturbedürfnis entstanden sei. Ausweislich der Gesetzesbegründung zu [§ 87 Abs. 2b SGB V](#) und der sogenannten Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes seien betriebswirtschaftliche Überlegungen

und hier insbesondere die Abschöpfung von Rationalisierungsgewinnen beim Betrieb medizinisch-technischer Großgeräte - neben der Vermeidung medizinisch nicht indizierter Untersuchungen - ausschlaggebend gewesen. Zudem habe sich der Bewertungsausschuss selbst zu einer detaillierten Überprüfung der Auswirkungen der EBM-Reform zum 1. Januar 1996 verpflichtet. Wie allgemein bekannt sei, habe sich mit der Einführung des EBM 1996 die insgesamt abgerechneten Punktzahlvolumina drastisch erhöht, was insbesondere auf eine medizinisch nicht indizierte Leistungsausweitung bei denjenigen Fachgruppen zurückzuführen sei, die nicht - wie z.B. die Radiologen - ausschließlich im Rahmen von Auftragsleistungen tätig geworden seien, sondern ihr Leistungsvolumen im Wesentlichen selbst bestimmen könnten. Seit der EBM-Reform seien die radiologischen Punktwerte signifikant zurückgegangen. Soweit der Bewertungsausschuss die hier gegenständlichen Gebührenordnungsregelungen betriebswirtschaftlich kalkuliert habe, müsse ein kalkulatorischer Durchschnittswert Berücksichtigung gefunden haben. Bis heute sei jedoch keinerlei Korrektur an der hier streitgegenständlichen Gebührenordnungsregelung vorgenommen worden, sehe man von der zum Quartal 3/96 vorgenommenen weiteren Absenkung der CT-Leistungsbewertung von 85 auf 80 Punkten je Scan ab. Es werde deshalb angeregt, den Bewertungsausschuss respektive die Honorarabteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bzw. die Spitzenverbände der Krankenkassen zu einer Stellungnahme zu der Frage aufzufordern, aufgrund welcher Kalkulationen die entsprechenden Leistungsbewertungen für CT- und MRT-Leistungen erfolgt seien. Soweit das Sozialgericht von einer Mischkalkulation ausgehe, habe es hierzu keinerlei tatsächlichen Feststellungen getroffen. Soweit das Sozialgericht die Auffassung vertrete, [§ 87 Abs.2b SGB V](#) habe lediglich objektiv-rechtliche Bedeutung, so sei dies mit der bisherigen sozialgerichtlichen Rechtsprechung zu den Gebührenordnungsvorschriften und deren formell-gesetzlichen Ermächtigungsgrundlagen wegen des die Berufsausübung regelnden Charakters dieser Vorschriften nicht vereinbar. Ausgehend von der bisherigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sei die streitige Regelung neben ihrer Angemessenheit auf ihrer Zielkonformität hin zu untersuchen. Ausgehend von der Begründung des Gesetzgebers zu [§ 87 Abs.2b SGB V](#) sollten Anreize für eine medizinisch nicht erforderliche Ausweitung der Großgeräteleistungen vermieden werden. Demnach seien bei der Entwicklung der Mengenbegrenzungs-, Budget- und Abstufungsregelungen auch medizinisch-qualitative Kriterien einzubeziehen. Bisher sei vom Bundessozialgericht ein Budget mit der ausdrücklichen Zielsetzung der Rationierung noch nicht für zulässig erklärt worden, sondern nur, um medizinisch nicht indizierte Mengenausweitung zu verhindern (Gesprächsleistungen/Laborleistungen). Der Radiologe sei von der Röntgenverordnung her bei seiner Entscheidung, wieviele Schichtaufnahmen er im konkreten Fall durchführe, an strikte Vorgaben gebunden, die den Umfang der durchgeführten Untersuchungen auf das notwendige Maß beschränkten. Darüber hinaus gebe es eine Vielzahl von Qualitätsrichtlinien und -standards, die den Radiologen bei seiner Entscheidungsfindung determinierten (Leitlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Computertomographie; Leitlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung der Magnet-Resonanz-Tomographie; wissenschaftliche Veröffentlichungen zum Thema Kontrastmittelapplikation bei der Spiral-Computertomographie). Er könne deshalb die Anzahl der Schichtaufnahmen nicht beliebig erweitern. Auch eine Stufendiagnostik sei nicht möglich. Die von den Radiologen insgesamt in Ansatz gebrachten Scans und Sequenzen ergäben sich aus der Addition aller in den jeweiligen Einzelfällen erforderlichen Schichten. Die Festlegung von unterschiedlichen Scans und Sequenzen ausschließlich unter Bezugnahme auf unterschiedliche Körperregionen widerspreche dem Differenzierungsgebot und dem Willkürverbot. Für die Anzahl der Schichten sei allein die konkrete patientenbezogene Indikation maßgeblich. Im Einzelfall sei es durchaus möglich, dass die angegebenen Scan- und Sequenzzahlen ausreichen. Umgekehrt gebe es jedoch Fälle, etwa bei der Untersuchung von Tumorpatienten oder beim Vorliegen einer OP-Indikation, die einen wesentlich höheren Untersuchungsaufwand erforderten. Eine angemessene Gebührenordnungsregelung hätte deshalb einen wesentlich differenzierten Katalog von CT- und MRT-Leistungen schaffen müssen. Unter medizinischen Gesichtspunkten, insbesondere der ausreichenden und zweckmäßigen Patientenversorgung, seien Scan- und Sequenzzahlen, die sich ausschließlich an Körperregionen orientierten, nicht angemessen. Die angegebenen Scan- und Sequenzzahlen seien somit willkürlich, hierauf basierende Steuerungseffekte unzulässig. Für besonders betroffene Praxen hätte zumindest eine Ausnahmeregelung geschaffen werden müssen, wie sie etwa in der Teilbudgetierung vorgesehen sei. Zudem komme es durch vergleichbare Regelungen auf HVM-Ebene zu einer doppelten Budgetierung, so dass auch grundsätzlich zu klären sei, ob auf der Grundlage der jeweiligen Ermächtigungsgrundlagen die Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Bewertungsausschuss dem Grunde nach hinsichtlich betriebswirtschaftlich kalkulierter Mengenbegrenzungsregelungen normsetzungsbefugt sei.

Nachdem die Bevollmächtigten der Kläger mit Schriftsatz vom 15. Dezember 2000 ergänzend Beweisanträge gestellt hatten, hat zunächst die Beklagte auf Bitte des Gerichts mit Schriftsatz vom 3. April 2001 zur Berufungsbegründung und zum Beweisantrag der Kläger Stellung genommen: Es habe zwar für die Quartale 1/96 und 2/96 keine ausdrückliche gesetzliche Ermächtigungsgrundlage für die sogenannte Abstufungsregelung bei CT- bzw. MRT-Leistungen gegeben. Diese lasse sich jedoch aus den gesetzlichen Vorgaben der [§§ 87 Abs.2, 2a, 2b SGB V](#) sowie der gefestigten Rechtsprechung entnehmen. Danach seien auch mittels Vorschriften im EBM Mengenbegrenzungen möglich. Das Bundessozialgericht habe in seinem Urteil vom 20. März 1996, Az.: B 6 KA 51/95, entschieden, dass der EBM nicht auf die Funktion eines bloßen Leistungs- und Bewertungsverzeichnisses beschränkt sei. Eine derartige Abstufungsregelung sei bei technischen Untersuchungsleistungen sachlich begründet und daher nicht willkürlich. Mit zunehmender Leistungserbringung ergebe sich bei diesen Leistungen ein Kompensationseffekt. Danach würden bei zunehmender Frequenz die auf die Leistungsbestandteile umzulegenden Praxis- und Geräte-Investitionskosten sinken. Im Gegenzug steige der erwirtschaftete Gewinn. Da es sich bei Gebührenordnungsbewertungen im EBM grundsätzlich um Mischbewertungen handle, hätte der Bewertungsausschuss davon ausgehen können, dass sich ab einer bestimmten Leistungsmenge die Relation zwischen Kostenfaktor und Gewinn im Rahmen der Leistungsbewertung verschiebe und daher die Vergütungshöhe abgestaffelt werden könne. Dadurch werde erreicht, dass der Gewinnfaktor begrenzt, der Kostenfaktor jedoch voll abgedeckt sei. Im Übrigen habe der Gesetzgeber mit Gesetz vom 23. Juni 1997 in [§ 87 Abs.2a](#) die Sätze 7 und 8 aufgenommen, wonach die Bewertung des EBM so festgelegt werden könne, dass sie mit zunehmender Menge sinke. Darüber hinaus könne die Menge der Leistungen für einen bestimmten Zeitraum begrenzt werden. Dadurch sei jedoch keine gesetzliche Neuregelung geschaffen worden, sondern das durch die Rechtsprechung festgestellte Regelungsgefüge deklaratorisch auf eine gesetzliche Grundlage gestellt worden. Die Berufung sei daher als unbegründet zurückzuweisen.

Ergänzend hat die Beklagte mit Schriftsatz vom 19. April 2001 den Bescheid über die Abstufung bei CT- und MRT-Leistungen für das Quartal 2/96 vorgelegt.

Mit Schreiben des Gerichts vom 27. April 2001 ist der Bewertungsausschuss gebeten worden, folgende Fragen zu beantworten: 1. Inwieweit hat sich der Bewertungsausschuss bei der am 1. Januar 1996 in Kraft getretenen Neufassung der Leistungslegenden der Gebührenordnungs-Nrn.5210, 5211, 5520, 5521 BMÄ/E-GO sowie der Präambeln in Abschnitt Q I 7 und in Kapitel R des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM-Ä) von der damals geltenden gesetzlichen Regelung des [§ 87 Abs.2b](#) Sätze 3 bis [5 SGB V](#) leiten lassen? 2. Welche Erwägungen waren dafür maßgebend, dass in der Neufassung der Leistungslegenden der Gebührenordnungs-Nrn.5210, 5211, 5520, 5521 BMÄ/E-GO lediglich an die Scans bzw. an die Untersuchungssequenzen angeknüpft wurde? 3. Welche Erwägungen waren für die Bewertungen der in Frage 2

genannten Leistungen maßgebend? 4. Welche Erwägungen waren dafür maßgebend, dass in den Präambeln in Abschnitt Q I 7 und in Kapitel R des EBM-Ä eine begrenzt abrechnungsfähige Gesamtscanzahl bzw. eine begrenzt abrechnungsfähige Gesamtsequenzzahl eingeführt wurde? 5. Welche Erwägungen waren dafür maßgebend, dass bei Doppeluntersuchungen (CT und MRT) Abschläge vorgenommen werden?

Außerdem ist die Beklagte mit Schreiben des Gerichts gleichen Datums gebeten worden, zur Frage Stellung zu nehmen, ob in den angefochtenen Bescheiden vom 31. Juli 1996 und 31. Oktober 1996 die in Anwendung der CT- und MRT-Budgets abgesetzte Punktzahl zutreffend ermittelt worden ist. Sollte sich eine unzutreffende Rechtsanwendung ergeben, ist ihr anheim gestellt worden, erneut Bescheide zu erlassen, die Gegenstand dieses Rechtsstreit würden.

Mit Schriftsatz vom 10. Juli 2001 hat die Geschäftsführung des Bewertungsausschusses, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Anfrage des Gerichts im Wesentlichen wie folgt beantwortet: Zu Frage 1.: Der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses habe sich in den Jahren 1993 bis 1995 intensiv mit der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben des [§ 87 Abs.2b Satz 3 bis 5 SGB V](#) befasst. In einem Gespräch zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung seien im August 1993 die Schwierigkeiten erörtert worden, die sich hinsichtlich der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben ergeben hätten. Die Spitzenverbände der Krankenkassen hätten sich daraufhin mit Schreiben vom 2. September 1993 an das Bundesgesundheitsministerium gewandt und darauf hingewiesen, dass die Umsetzung des Gesetzes an bestimmte Voraussetzungen gebunden sei: Eine bundeseinheitlich wirksame Abstufungsregelung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab erfordere eine bundeseinheitliche Definition der Großgeräte nach [§ 122 SGB V](#). Bis zum Wirksamwerden der Rechtsverordnung über einen Katalog abstimmungspflichtiger medizinisch-technischer Großgeräte könne eine bundeseinheitliche Regelung nicht getroffen werden. Die Schaffung einer solchen Rechtsverordnung sei daher dringend erforderlich. Es sei auch fraglich, ob es die gesetzliche Regelung zur Abstufung von Großgeräteleistungen zulasse, die stationär erbrachten Leistungen mitzuerfassen. Die mit Großgeräten erbrachten Untersuchungen an Krankenhauspatienten wie auch an Privatpatienten könnten weder von den Krankenkassen noch von den Kassenärztlichen Vereinigungen ermittelt werden. Die Betreiber von Großgeräten müssten daher verpflichtet werden, alle erbrachten Leistungen zu dokumentieren und diese Dokumentation der Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung zu stellen. Eine betriebswirtschaftlich sinnvolle Abstufung der Vergütung für die mit Großgeräten erbrachten Leistungen sei nur möglich, wenn von der arztbezogenen Erfassung auf eine gerätebezogene Erfassung der Leistungen umgestellt werde. Nach einer Besprechung im Bundesgesundheitsministerium am 22. April 1994 habe die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit Schreiben vom 31. Mai 1994 an die Spitzenverbände der Krankenkassen, welches nachrichtlich auch das Bundesgesundheitsministerium gegangen sei, nochmals darauf hingewiesen, dass aus ihrer Sicht eine Umsetzung der Großgeräteabstufung entsprechend den gesetzlichen Vorgaben des [§ 87 Abs.2b SGB V](#) nicht möglich sei. Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die eine andere Auffassung vertreten hätten, seien gebeten worden, eine Vorschlag zur Umsetzung zu unterbreiten. Am 5. Juli 1994 hätten im Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses nach wie vor kontroverse Auffassungen bestanden. Die Ärzteseite habe den Standpunkt vertreten, dass das Gesundheitsstrukturgesetz in diesem Punkt nicht umgesetzt werden könne und einer entsprechenden Änderung bedürfe. Dem von der Kassenseite unterbreiteten Vorschlag zur Abstufung könne nicht zugestimmt werden. Noch im Jahr 1994 habe daraufhin der Vorsitzende der Ärzteseite, ein Gespräch im Bundesgesundheitsministerium geführt. Nachdem 1993 und 1994 keine greifbaren Ergebnisse erzielt worden seien, sei ein Alternativmodell erarbeitet worden, welches eine Mengengrenzung bei der Erbringung der Großgeräteleistung bewirken sollte. Der Arbeitsausschuss habe am 16./17. August 1995 beschlossen, dieses Modell dem Bewertungsausschuss zur Beschlussfassung vorzulegen. Der Bewertungsausschuss habe daraufhin die zum 1. Januar 1996 in Kraft getretenen Regelungen beschlossen. Diese sähen vor, CT-Leistungen nach Anzahl der abgerechneten Scans und MRT-Leistungen nach der Anzahl der durchgeführten Sequenzen zu vergüten. Zu Frage 2: Vor dem 1. Januar 1996 seien CT- und MRT-Untersuchungen in Abhängigkeit von der Körperregion, die untersucht worden sei, berechnungsfähig gewesen. Dabei hätten Schnittbildebene im Abstand von wenigen Millimetern bis zu mehreren Zentimetern gefahren werden können. Mit relativ geringem Aufwand hätte der zur Berechnung der Leistungsposition geforderte Leistungsinhalt erbracht werden können. Um eine sachgerechte Vergütung in Abhängigkeit von dem tatsächlichen Untersuchungsaufwand zu gewährleisten, habe der Bewertungsausschuss zum 1. Januar 1996 beschlossen, die CT-Leistungen nach den tatsächlich durchgeführten Schnittbildebene (Scans) bzw. den Bildebene im MRT (Sequenzen) zu vergüten. Zu Frage 3: Die Bewertungen sollten sich nach dem 1. Januar 1996 nicht wesentlich von den früheren Bewertungen unterscheiden. Durch Multiplikation mit der höchstmöglichen Scanzahl, nämlich 25 für den Schädelbereich und 36 für den übrigen Körperbereich, ergebe sich eine Punktzahl, die etwa dem früher abgerechneten durchschnittlichen Punktzahlvolumen je CT-Untersuchung entsprechen habe. Zu Frage 4: Der Grund für die Begrenzung der Gesamtscanzahl liege zum einen darin, dass sich die insgesamt berechnungsfähige Punktzahl für CT- bzw. MRT-Leistungen nicht wesentlich von dem zuvor möglichen Punktzahlvolumen unterscheiden sollte. Außerdem hätten Beratungen mit Fachleuten ergeben, dass in der Regel im Schädelbereich 25 Scans, im übrigen Körperbereich 36 Scans bei CT-Untersuchungen zur Diagnostik ausreichend seien. Dasselbe gelte für vier bzw. fünf Sequenzen bei MRT-Untersuchungen. Ein gewisser Ausgleich sei möglich, wenn weniger als 25 Scans bzw. weniger als 36 Scans erforderlich seien. Die insgesamt mögliche Scanzahl einer Praxis ergebe sich aus der Multiplikation der insgesamt mittels CT- bzw. MRT-untersuchten Patienten mit der Obergrenze für die Scanzahl bzw. Sequenzzahl, wobei es unerheblich sei, wieviele Scans tatsächlich beim einzelnen Patienten erbracht worden seien. Zu Frage 5: Dem Bewertungsausschuss seien immer wieder Fälle geschildert worden, in denen neben CT-Untersuchungen in unwirtschaftlicher Weise MRT-Leistungen erbracht worden seien. Bei der häufigsten Indikation zur Durchführung von CT-Untersuchungen (Verdacht auf Bandscheibenvorfall) sei zum sicheren Ausschluss eines krankhaften Prozesses zusätzlich zur CT-Untersuchung eine MRT-Untersuchung veranlasst worden. Da der Bewertungsausschuss davon ausgegangen sei, dass eine ausreichende Diagnostik auch mit einer der beiden Untersuchungstechniken, nämlich entweder mit CT oder mit MRT möglich sei, sei für die Fälle, in denen beide Untersuchungstechniken durchgeführt würden, das gegenseitige Abzugsverfahren eingeführt worden.

Die Beklagte hat zu der Anfrage des Gerichts mit Schriftsatz vom 23. Juli 2001 Stellung genommen.

Mit Schriftsatz vom 19. September 2001 haben die Bevollmächtigten des Klägers weiter Folgendes vorgetragen: Nach dem Schreiben vom 10. Juli 2001 stehe fest, dass keinerlei betriebswirtschaftliche Überlegungen in die Bewertung eingeflossen seien. Die Leistungsbewertung sei bereits deshalb willkürlich und damit rechtswidrig. [§ 87 Abs.2 Satz 2 SGB V](#) setze zwingend eine betriebswirtschaftliche Datengrundlage voraus. Zudem verstoße die Leistungsbewertung gegen die ergänzende Vereinbarung. Gemeinsame Zielsetzung dieser Vereinbarung sei es gewesen, Wirtschaftlichkeitsreserven und Rationalisierungspotentiale, insbesondere bei medizinisch-technischen Leistungen, auszuschöpfen. Diese Zielsetzung könne ohne eine entsprechende Datengrundlage nicht erreicht werden. Die Rechtfertigung der Höhe der festgesetzten Scan- bzw. Sequenzzahlen reduziere sich auf die Behauptung, Beratungen mit Fachleuten hätten ergeben, dass die Zahlen zur Diagnostik medizinisch ausreichend seien. Dies werde nach wie vor ausdrücklich bestritten. Tatsächlich würden die angegebenen Zahlen in den allermeisten Fällen überschritten. Bei annähernd allen bayerischen Radiologen, die Großgeräteleistungen erbrachten, seien die Budgets

seit deren Einführung erheblich überschritten worden. Die Beweisanträge zu der Frage, ob die angegebenen Scan- bzw. Sequenzzahlen den medizinischen Erfordernissen entsprächen, würden ausdrücklich aufrecht erhalten. Zudem habe das Bundessozialgericht am 6. September 2000 (Az.: B 6 K 41/99 R) entschieden, dass Kürzungen dann unzulässig seien, wenn Richtlinien eine konkrete Anzahl der durchzuführenden Untersuchungen normierten.

Die Kläger beantragen,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 4. August 1999 sowie die Bescheide der Beklagten vom 31. Juli 1996 (Quartal 1/96) und vom 31. Oktober 1996 (Quartal 2/96) in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 24. September 1998 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, die sich hieraus ergebenden Nachvergütungsbeträge an sie zu bezahlen. Hilfsweise beantragen sie die Zulassung der Revision.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen, hilfsweise die Zulassung der Revision.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakten der Beklagten, die Klageakten (Az.: S 38 KA 2177/98 und S 38 KA 2178/98) sowie die Berufungsakte (Az.: L 12 KA 116/99) 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 der Kläger ist begründet, soweit die Beklagte mit den in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 24. September 1998 wegen Überschreitens der CT- und MRT-Budgets im 1. Quartal 1996 mehr als 480.700 Punkte und im 2. Quartal 1996 mehr als 1.105.082 Punkte abgesetzt hat. Im Übrigen ist die Berufung unbegründet.

Rechtsgrundlage der sachlich-rechnerischen Richtigstellung war im streitigen Zeitraum § 75 Abs.1 SGB V i.V.m. § 45 Abs.1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) vom 19. Dezember 1994 im Primärkassenbereich bzw. § 34 Abs.4 Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV-Ä) vom 7. Juni 1994 im Ersatzkassenbereich (vgl. BSG SozR 3-2500 § 75 Nr.10 S.42). Im Rahmen des Verfahrens der sachlich-rechnerischen Richtigstellung hat die Beklagte auch zu prüfen, ob die Honoraranforderungen wegen Überschreitung von Budgets abzusetzen sind, denn auf den das Budget überschreitende Teil der Honoraranforderung hat der Arzt keinen Vergütungsanspruch.

Rechtsgrundlage für die Vergütung von CT- und MRT-Leistungen waren im streitigen Zeitraum (1. und 2. Quartal 1996) die mit Wirkung ab 1. Januar 1996 neu gefassten Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (vgl. Beilage im Deutschen Ärzteblatt vom 29. September 1995). Danach richtete sich die Vergütung der Leistungen nach den Nrn.5210, 5211, 5520, 5521 BMÄ/ E-GO entsprechend dem Wortlaut "je" nach der Anzahl der Scans (computertomographische Schnittbilder) bzw. der Untersuchungssequenzen. Je Scan bzw. Untersuchungssequenz wurden 85 bzw. 1.150 Punkte vergütet. Die Präambeln zu Abschnitt Q I 7 und Kapitel R sahen darüber hinaus eine Begrenzung der abrechnungsfähigen Leistungen sowie eine Anrechnung bei Doppeluntersuchungen vor. Die nach Abschnitt Q I 7 bzw. Kapitel R abgerechneten Scans bzw. Untersuchungssequenzen waren - von Ausnahmen abgesehen - nur bis zur einer begrenzenden Gesamtscanzahl bzw. Gesamtsequenzzahl berechnungsfähig. Für jeden kurativen Behandlungsfall, in denen Leistungen nach den Nrn.5210 und/oder 5211 BMÄ/E-GO bzw. MRT-Leistungen nach den Nrn.5520 und/oder 5521 BMÄ/E-GO abgerechnet wurden, wurde die begrenzte Gesamtscanzahl nicht um die Zahl der tatsächlich abgerechneten Scans bzw. Sequenzen um die Anzahl erhöht, die für die untersuchten Körperregionen jeweils festgesetzt war. Das waren bei den CT-Untersuchungen des Schädels und/oder von Gelenkbereichen 25 Scans, bei den CT-Untersuchungen anderer Körperregionen 36 Scans. Bei den MRT-Untersuchungen des Schädels und/oder von Gelenkbereichen betrug die im EBM festgesetzte Obergrenze (Budget) vier Sequenzen, bei der Untersuchung anderer Körperregionen fünf Sequenzen pro Behandlungsfall. Für jeden Behandlungsfall, in dem außer CT-Leistungen nach Nr.5210 BMÄ/E-GO auch MRT-Leistungen nach Nr.5520 BMÄ/E-GO und außer CT-Leistungen nach Nr.5211 BMÄ/E-GO auch MRT-Leistungen nach Nr.5521 BMÄ/E-GO abgerechnet wurden, wurde die begrenzte Gesamtscanzahl um jeweils zehn Scans und die Gesamtsequenzzahl um jeweils eine Sequenz reduziert (vgl. dazu: Köhler/Hess, Kölner Kommentar, 2. Auflage, jeweils Anm.1 zu den Präambeln des Abschnitts Q I 7 und des Kapitels R).

Die vorgenannten Bestimmungen des seit 1. Januar 1996 geltenden EBM-Ä sind durch § 87 Abs.2 und Abs.2b SGB V in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 (BGBl.I S.2266) gedeckt und mit höherrangigem Recht vereinbar (vgl. zum Basislaborbudget: BSG SozR 3-2500 § 87 Nr.12 S.40 ff.; Nr.15 S.59 ff.; Nr.16 S.64 ff.; zu den ab 1. Juli 1996 geltenden Teilbudgets: BSG SozR 3-2500 § 83 Nr.1 S.12 ff.; zu den ab 1. Juli 1997 geltenden Praxisbudgets: BSG SozR 3-2500 § 87 Nr.23 S.118 ff.). Umfang und Grenzen der Gestaltungsmöglichkeiten des Bewertungsausschusses bei der Aufstellung des EBM-Ä ergeben sich nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung zum einen aus den jeweiligen gesetzlichen Vorgaben und Zielsetzungen und zum anderen aus der Funktion des EBM-Ä innerhalb des vertragsärztlichen Vergütungssystems. Sie hängen demnach auch von der Weite der gesetzlichen Bestimmungen ab. Sind die gesetzlichen Vorgaben enger, ist auch der Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses geringer (vgl. dazu insbesondere: BSG SozR 3-2500 § 87 Nr.12 S.40 ff.; Nr.16 S.67 ff.; Nr.23 S.118 ff.; BSG SozR 3-2500 § 83 Nr.1 S.12 ff.). Nach § 87 Abs.2 Satz 1 SGB V hat der Bewertungsausschuss den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges Verhältnis zueinander festzulegen. Dabei sollen die Leistungsbeschreibungen und -bewertungen, wie sich aus § 87 Abs.2 Satz 2 SGB V ergibt, dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik und dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung Rechnung tragen und in regelmäßigen Zeitabständen entsprechend überprüft und angepasst werden. Die Bedeutung des EBM-Ä beschränkt sich aber nicht auf die Funktion eines bloßen Leistungs- und Bewertungsverzeichnisses. Der Bewertungsmaßstab ist vielmehr Teil eines aus mehreren Elementen bestehenden komplexen Vergütungssystems, das unterschiedlichen und teilweise gegenläufigen gesetzlichen Zielvorgaben gerecht werden muss. Innerhalb dieses Systems bestimmt er zum einen als Vergütungsmaßstab die Höhe der Gesamtvergütung, sofern diese nach Einzelleistungen berechnet wird (§ 85 Abs.2 Satz 2 SGB V); zum anderen schafft er die Voraussetzungen für eine leistungsgerechte Verteilung der Gesamtvergütung unter die Ärzte, wie sie das Gesetz in § 85 Abs.4 Satz 3 SGB V vorschreibt. Die vertraglichen Vereinbarungen über die Gesamtvergütung, der EBM-Ä und die Regelungen in den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen so ineinander greifen, dass die Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen einerseits eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der

medizinischen Erkenntnisse ermöglicht und andererseits den Vertragsärzten eine angemessene Vergütung sichert ([§ 72 Abs.2 SGB V](#)). Nicht nur unter der Geltung einer echten Einzelleistungsvergütung, sondern auch dann, wenn diese Ziele bei einer budgetierten oder pauschalierten Gesamtvergütung über die Honorarverteilung umgesetzt werden müssen, stellt der EBM-Ä ein wesentliches und unverzichtbares Steuerungsinstrument dar. Da die Honorarverteilung der autonomen Satzungs Gewalt der einzelnen regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen unterliegt, können Vergütungsgrundsätze, die aus Sachgründen für den gesamten Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung einheitlich geregelt werden müssen oder zweckmäßigerweise einheitlich geregelt werden sollten, nur über den EBM-Ä verwirklicht werden.

Hieraus folgt zunächst, dass sich der gesetzliche Auftrag des Bewertungsausschusses nicht in einer Leistungsbewertung nach betriebswirtschaftlichen oder sonstigen kalkulatorischen Gesichtspunkten erschöpft, sondern die Möglichkeit einschließt, über die Definition und Bewertung ärztlicher Verrichtungen auch eine Steuerung des Leistungsverhaltens zu bewirken. Darüber hinaus kann der EBM-Ä die ihm innerhalb des vertragsärztlichen Vergütungssystems zukommende Aufgabe aber nur erfüllen, wenn der Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses über die bloße Möglichkeit der Aufnahme neuer bzw. Abwertung, Höherwertung oder Bestreichung vorhandener Einzelleistungspositionen hinausreicht. Durch rein numerische Bewertungskorrekturen kann das Leistungsverhalten der betroffenen Ärzte nur sehr unspezifisch beeinflusst werden; gezielte Strukturveränderungen lassen sich mit diesem Mittel allein nicht bewirken. Im Hinblick auf die Steuerungsfunktion, die dem EBM-Ä als bundesweit für alle Kassenarten verbindlicher Vergütungsgrundlage zukommt, ist es deshalb zulässig, über ergänzende Bewertungsformen wie Komplexgebühren, Gebührenpauschalen, Abstaffelungsregelungen und ähnliche mengen- oder fallzahlenbegrenzende Maßnahmen die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu fördern und Verteilungseffekte mit dem Ziel einer angemessenen Vergütung der ärztlichen Leistungen, auch im Verhältnis der Arztgruppe zueinander, anzustreben.

Dieser Intention des Gesetzgebers entspricht auch die Erweiterung des [§ 87 SGB V](#) durch das GSG vom 21. Dezember 1992. Bei den in [§ 87 Abs.2a und Abs.2b SGB V](#) i.d.F. des GSG formulierten Aufträgen zur Schaffung hausärztlicher Grundvergütungen, spezifisch hausärztlicher Leistungen, Komplexgebühren und Abstaffelungsregelungen bei Großgeräte-Leistungen handelt es sich um solch steuernde Bewertungsformen, die mit den Leistungsdefinitionen zu einem Bewertungsgefüge verbunden werden können, ohne dass damit der Auftrag zu einer relativen Bewertung der einzelnen Leistung beseitigt würde. Für die Vergütung der Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten ([§ 122 SGB V](#)) schrieb [§ 87 Abs.2b Satz 3 bis 5 SGB V](#) eine Abstaffelung der Punktzahlen in Abhängigkeit von der Auslastung der jeweiligen Geräte in Stufen von mindestens 20, 30 und 40 v.H. vor, wobei der von der Abstaffelung nicht betroffene Leistungsbereich und der Berücksichtigung der Investitionskosten der Geräte und der Amortisationsdauer zu bestimmen war. Diese Abstaffelung sollte dem Ziel dienen, die mit einer hohen Geräteauslastung verbundenen Rationalisierungsgewinne abzuschöpfen und Anreize für eine medizinisch nicht erforderliche Ausweitung der Großgeräte-Leistungen zu vermeiden (vgl. [BT-Drucks.12/3937](#) S.34; dazu auch BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr.12](#) S.42). Dementsprechend sollten gleichzeitig die Gesamtvergütungen gemäß [§ 87 Abs.4a Satz 2 SGB V](#) i.d.F. des GSG um die infolge einer Neuordnung der Vergütung von Leistungen medizinisch-technischer Großgeräte nach [§ 87 Abs.2b SGB V](#) erzielten Einsparungen verringert werden (vgl. [BT-Drucks.12/3937](#) S.33).

Die vom Bewertungsausschuss beschlossene Neuregelung der Vergütung von CT- und MRT-Leistungen in dem ab 1. Januar 1996 EBM-Ä weicht zwar vom Wortlaut des [§ 87 Abs.2b Satz 3 bis 5 SGB V](#) ab, entspricht jedoch in der Zielsetzung dem Willen des Gesetzgebers. Der Bewertungsausschuss hat deshalb nicht gegen die sich aus [Art.20 Abs.3 GG](#) und [Art.12 Abs.1 GG](#) ergebende Grundsätze des Vorrangs und des Vorbehalts des Gesetzes verstoßen (vgl. dazu: Ossenbühl, Vorrang und Vorbehalt des Gesetzes, in: Isensee/Kirchhof, Handbuch des Staatsrechts, Bd.III, § 62). Nach diesen Grundsätzen besteht zwar auch für den untergesetzlichen Normgeber, wie dem Bewertungsausschuss, eine Bindung dahingehend, dass er die gesetzlichen Vorgaben anzuwenden hat und davon nicht abweichen darf. Eine Abweichung ist jedoch nach Auffassung des Senats dann möglich, wenn die gesetzlichen Vorgaben selbst nicht mit höherrangigem Recht im Einklang stehen. Das Rechtsstaatsprinzip verbietet belastende Gesetze, die zur Erreichung des Gesetzeszweckes schlechthin untauglich sind ([BVerfGE 30, 250](#) (263 f.); [69, 1](#) (53)). Diese sind nichtig, sofern nicht eine verfassungskonforme Auslegung möglich ist. Lassen der Wortlaut, die Entstehungsgeschichte, der Gesamtzusammenhang der einschlägigen Regelungen und deren Sinn und Zweck mehrere Deutungen zu, von denen jedenfalls eine zu einem verfassungsgemäßen Ergebnis führt, so ist diese geboten. Allerdings darf einem nach Wortlaut eindeutigen Gesetz nicht ein entgegengesetzter Sinn verliehen, der normative Gehalt der auszuliegenden Norm nicht grundlegend neu bestimmt oder das gesetzgeberische Ziel nicht in einem wesentlichen Punkt verfehlt werden (vgl. [BVerfGE 86, 288](#) (320 f.); [95, 64](#) (93); [BVerwGE 98, 280](#) (293 f.); dazu auch: Jarass/Pieroth, GG, 5. Auflage, Art.20 Rdnr.33 f.).

Eine vom Wortlaut abweichende, aber der Zielsetzung des Gesetzgebers entsprechende verfassungskonforme Auslegung, hat der Bewertungsausschuss im vorliegenden Fall vorgenommen, nachdem sich [§ 87 Abs.2b Satz 3 bis 5 SGB V](#) i.d.F. des GSG nicht dem Wortlaut entsprechend hat umsetzen lassen und der Gesetz- bzw. Verordnungsgeber untätig geblieben ist. Wie sich aus der vom Senat eingeholten Stellungnahme der Geschäftsführung des Bewertungsausschusses, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, vom 10. Juli 2001 mitsamt den übersandten Anlagen sowie aus Äußerungen im Schrifttum (vgl. KassKomm-Hess, Stand Juni 1996, [§ 87 SGB V](#) Rdnr.14, § 85 SGB V Rdnr.65; Heinemann/Liebold, Kassenarztrecht, 5. Auflage, Stand Januar 1994, [§ 87 SGB V](#) Rdnr.44; Köhler-Hess, Kölner Kommentar zum EBM, 2. Auflage, Grundlagen und Ziele des EBM, Anm.12 zu [§ 87 SGB V](#)) ergibt, konnten die gesetzlichen Vorgaben von den Vertragsparteien trotz intensiver Bemühungen ohne weitere Regelungen durch den Gesetz- und Verordnungsgeber nicht umgesetzt werden. Zum einen fehlte eine bundeseinheitliche Definition des Begriffs des medizinisch-technischen Großgerätes, dessen Festlegung nach dem damals geltenden [§ 122 Abs.2 SGB V](#) i.d.F. des GSG dem Bundesminister für Gesundheit oblag. Er sollte nach dem Willen des Gesetzgebers durch Rechtsverordnung den Katalog der abstimmungspflichtigen medizinisch-technischen Großgeräte bestimmen. Zum Zweiten hätten die Betreiber von Großgeräten durch den Gesetz- oder Verordnungsgeber verpflichtet werden müssen, alle mit einem Großgerät erbrachten Leistungen zu erfassen, einschließlich der Leistungen im Rahmen der stationären Krankenhausbehandlung und der Privatbehandlung, und diese Daten der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung zu stellen, damit diese die Auslastung des jeweiligen Geräts feststellen kann, nach der sich die Abstaffelung der Punktzahlen in Stufen von mindestens 20, 30 und 40 v.H. richten sollte. Als sich abzeichnete, dass der Gesetzgeber diese rechtlichen Voraussetzung für die Umsetzung des [§ 87 Abs.2b Satz 3 bis 5 SGB V](#) jedenfalls nicht bis zur grundlegenden Reform des EBM-Ä zum 1. Januar 1996 (zur Entstehungsgeschichte: Köhler/Hess, Kölner Kommentar, 2. Auflage, Grundlagen und Ziele des EBM, Nr.2) nicht schaffen werde, haben die Partner der Bundesmantelverträge ein Alternativmodell zur Berechnung von CT- und MRT-Leistungen erarbeitet, das der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses am 16./17. August 1995 billigte und der Bewertungsausschuss als Teil des neuen am 1. Januar 1996 in Kraft getretenen EBM-Ä (Abschnitt Q I 7, Kapitel R) übernahm (vgl. Beilage im Deutschen Ärzteblatt, Heft 39 vom 29. September 1995). Die Partner der Bundesmantelverträge sind in ihrer "Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes" vom 14. September 1995 (DÄ 1995, A 2585 f.) in Nr.1.1 und Nr.3 davon ausgegangen, dass sie mit der

Neufassung des Abschnitts Q I 7 und dem Kapitel R die gesetzlichen Vorgaben des [§ 87 Abs.2b SGB V](#) realisiert und mit diesen vergütungsrechtlichen Maßnahmen unter dem Gesichtspunkt der Gewährleistung einer wirtschaftlichen Auslastung medizinisch-technischer Geräte eine Steuerung der Leistungshäufigkeit und des Vergütungsvolumens je Arztpraxis bewirkt hätten. Als allgemeiner Inhalt der Gesamtverträge, der in dem EBM als Bestandteil des Bundesmantelvertrages aufgenommen wurde, vereinbarten sie u.a. unter Ziffer (4.) die Maßnahme "CT-MRT-Budget". Danach waren CT- und MRT-Leistungen nur bis zu einer von der Zahl der Untersuchungen und der untersuchten Körperregionen abhängigen Obergrenze der Schnitte und Sequenzen berechnungsfähig. Bei Doppeluntersuchungen (MRT neben CT in gleichem Behandlungsfall) erfolgte ein Abschlag (vgl. dazu auch Köhler/Hess, a.a.O., Anm.8 zur Ergänzenden Vereinbarung).

Die ab 1. Januar 1996 geltende Fassung der Präambeln in Abschnitt Q I 7 und Kapitel R sowie die Leistungsbeschreibungen und -bewertungen der Nrn.5210, 5211, 5520 und 5521 BMÄ/E-GO ist auch im Übrigen rechtlich nicht zu beanstanden. Bei der Überprüfung von Vergütungstatbeständen des EBM-Ä ist den Gerichten Zurückhaltung auferlegt (vgl. etwa BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr.14](#) S.53 sowie BSG [SozR 3-5555 § 10 Nr.1](#) S.4; BSG [SozR 3-5533 Nr.2449 Nr.1](#) S.3; BSG, [MedR 2000, 2001](#); BSG, [SGB 2000, 209](#) und 210). Es ist nicht Aufgabe der Gerichte, mit punktuellen Entscheidungen zu einzelnen Gebührenordnungspositionen in ein umfassendes, als ausgewogen zu unterstellendes Tarifgefüge einzugreifen und dadurch dessen Funktionsfähigkeit in Frage zu stellen. Etwas anderes kann nur in den seltenen Ausnahmefällen gelten, in denen sich zweifelsfrei feststellen lässt, dass der Bewertungsausschuss seinen Regelungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgeübt hat, in dem er etwa eine ärztliche Minderheitsgruppe bei der Honorierung bewusst benachteiligt hat oder sich sonst erkennbar von sachfremden Erwägungen hat leiten lassen. Anhaltspunkte dafür, dass der Bewertungsausschuss vorliegend die Ärzte, die CT- und MRT-Leistungen erbringen, bewusst benachteiligt hat, oder sich bei der Fassung der Präambeln in Abschnitt Q I 7 und Kapitel R sowie den Leistungsbeschreibungen und -bewertungen der Nrn.5210, 5211, 5520 und 5521 BMÄ/E-GO von sachfremden Erwägungen hat leiten lassen, sind zweifelsfrei nicht festzustellen. Die Geschäftsführung des Bewertungsausschusses hat in ihrer Stellungnahme vom 10. Juli 2000 auf Fragen des Gerichts im Einzelnen dargelegt, dass es sowohl für die Anknüpfung an die Scans bzw. die Untersuchungssequenzen, für die Bewertungen, für die begrenzt abrechnungsfähige Gesamtscanzahl bzw. Gesamtsequenzzahl als auch für die Abschläge bei Doppeluntersuchungen sachgerechte, der Zielsetzung des Gesetzgebers entsprechende Erwägungen gab. Die Anknüpfung an die Scans bzw. die Untersuchungssequenzen diente dazu, eine Vergütung in Abhängigkeit von dem tatsächlichen Untersuchungsaufwand zu gewährleisten. Mit der Bewertung von 85 Punkten je Scan bzw. 1.150 Punkten je Untersuchungssequenz in dem hier streitigen Zeitraum (1. und 2. Quartal 1996) sollte bei Ausschöpfung der maximal abrechenbaren Scans (25 Scans für den Schädelbereich = 2.125 Punkte bzw. 36 Scans für die übrigen Körperregionen = 3.060 Punkte; 4 Sequenzen für den Schädelbereich = 4.600 Punkte bzw. 5 Sequenzen für die übrigen Körperregionen = 5.750 Punkte) an die zum 1. Januar 1996 geltenden Bewertungen angeknüpft werden (CT im Kopfbereich nach Nr.5200 BMÄ/E-GO 1.950 Punkte; CT im Hals- und/oder Thoraxbereich nach Nr.5201 BMÄ/E-GO 2.280 Punkte; CT im Abdominalbereich nach Nr.5202 BMÄ/E-GO 2.470 Punkte; CT des Skeletts nach Nr.5203 BMÄ/E-GO 1.900 Punkte; MRT im Bereich des Kopfes nach Nr.5500 BMÄ/E-GO 5.160 Punkte; MRT im Bereich der Wirbelsäule nach Nr.5505 BMÄ/E-GO 4.990 Punkte; MRT im Bereich des Herzens und/oder der Aorta, im Bereich des Halses, des Thoraxes sowie im Bereich von Muskeln, Gelenken und/oder Knochen der Extremitäten nach den Nrn.5510, 5511, 5512 BMÄ/E-GO 5.080 Punkte). Die Begrenzung der abrechnungsfähigen Gesamtscanzahl bzw. Gesamtsequenzzahl diente entsprechend den gesetzlichen Vorgaben der Gewährleistung einer wirtschaftlichen Leistungserbringung. Nach Einschätzung von Fachleuten waren in der Regel im Schädelbereich 25 Scans und im übrigen Körperbereich 36 Scans bei CT-Untersuchungen zur Diagnostik ausreichend. Dasselbe galt für vier bzw. fünf Sequenzen bei MRT-Untersuchungen. Auch die Abschläge bei Doppeluntersuchungen (CT und MRT) sollten der wirtschaftlichen Leistungserbringung dienen. In der Regel war bei den häufigsten Indikationen, wie z.B. Verdacht auf Bandscheibenvorfall, zur Abklärung eine Untersuchung ausreichend. Diese Einschätzungen des Bewertungsausschusses sind rechtlich nicht zu beanstanden.

Die auf dieser Grundlage vom Bewertungsausschuss gefundene Lösung hat in der Folgezeit auch der Gesetzgeber akzeptiert. Mit der Aufhebung der Großgeräteplanung durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz vom 23. Juni 1997 ([BGBl.I S.1520](#)) wurde auch der gesetzliche Auftrag in [§ 87 Abs.2b Satz 3 bis 5 SGB V](#) gestrichen (Art.1 Nr.29 Buchstabe b 2. GKV-NOG). Der Gesetzgeber hat dabei in der Gesetzesbegründung zu erkennen gegeben, dass es allein Aufgabe der Selbstverwaltungspartner ist, den wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten über Vergütungsregelungen sicherzustellen, ohne an gesetzlichen Vorgaben gebunden zu sein (vgl. [BT-Drucks.13/6087](#) S.29).

Die Bestimmungen über die CT- und MRT-Budgets sind mithin rechtmäßig. Die Beklagte hat allerdings in den angefochtenen Bescheiden vom 15. Juli 1996 und 15. Oktober 1996 in Gestalt der Widerspruchsbescheide diese Bestimmungen insoweit unzutreffend angewandt, als sie wegen Überschreitung der CT-/MRT-Budgets im 1. Quartal 1996 mehr als 480.700 Punkte und im 2. Quartal 1996 mehr als 1.105.280 Punkte abgesetzt hat. Laut Zeile 5 der Bescheide hat sie im 1. Quartal 1996 einen Leistungsbedarf von 480.711,4 Punkten und im 2. Quartal 1996 einen Leistungsbedarf von 1.105.312,4 Punkten gekürzt. Die Überschreitungen haben, wie die Beklagte im Schriftsatz vom 23. Juli 2001 selbst eingeräumt hat, im 1. Quartal 1996 480.700 Punkte (MRT) und im 2. Quartal 1996 1.105.280 Punkte (CT: 292.230 Punkte; MRT: 813.050 Punkte) betragen. Aus dem Wortlaut der Präambel zum Abschnitt Q I 7 und Kapitel R des EBM-Ä ergibt sich eindeutig, dass bei CT-Untersuchungen die abgerechneten Scans bzw. bei MRT-Untersuchungen die abgerechneten Sequenzen pro Behandlungsfall, in denen CT- und MRT-Untersuchungen abgerechnet werden, nur bis zu einer begrenzten Gesamtscanzahl bzw. Gesamtsequenzzahl berechnungsfähig sind und dass bei Doppeluntersuchungen Abschläge vorzunehmen sind. Dementsprechend hat die Beklagte im vorliegenden Fall auch die CT- und MRT-Budgets ermittelt (Zeile 1 bis 12 der Abstaffelungsnachweise). Diesen hat sie das von den Klägern angeforderte Honorar für CT- und MRT-Leistungen gegenübergestellt (Zeile 13 und 14 der Abstaffelungsnachweise) und als Differenzbetrag die Überschreitungswerte erhalten (Zeile 15 und 16 der Abstaffelungsnachweise). Diese Überschreitungswerte sind, da insoweit kein Vergütungsanspruch besteht, sachlich-rechnerisch richtig zu stellen (vgl. Köhler/Hess, Kölner Kommentar, 2. Auflage, jeweils Anm.1 zu Abschnitt Q I 7 und zu Kapitel R).

Aus diesen Gründen sind auf die Berufung der Kläger das Urteil des Sozialgerichts München vom 4. August 1999 abzuändern sowie die Bescheide der Beklagten vom 31. Juli 1996 und 31. Oktober 1996 in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 24. September 1998 insoweit aufzuheben, als wegen Überschreitung der CT-/MRT-Budgets im 1. Quartal 1996 mehr als 480.700 Punkte und im 2. Quartal 1996 mehr als 1.105.280 Punkte abgesetzt wurden. Die Beklagte ist zu verurteilen, die darüber hinaus abgesetzten 11,4 bzw. 32,4 Punkte nachzuvergüten. Im Übrigen ist die Berufung der Kläger zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§ 193 Abs.1 und Abs.4 Satz 2 SGG](#) i.d.F. des GSG. Da der obsiegende Teil vom Streitwert her (43,8 Punkte) gegenüber dem unterliegenden Teil (ca. 1.600.000 Punkte) nicht ins Gewicht fällt, erscheint es dem Senat angemessen, nur die Kläger zur Kostenerstattung zu verurteilen.

Der Senat hat die Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung nach [§ 160 Abs.2 Nr.1 SGG](#) zugelassen, weil die Frage, ob und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen der Bewertungsausschuss von den gesetzlichen Vorgaben abweichen darf, höchstrichterlich noch nicht geklärt ist.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-09-25