

L 12 KA 107/02

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 42 KA 1773/97

Datum

12.08.1999

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 107/02

Datum

19.03.2003

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 12. August 1999 wird zurückgewiesen.

II. Der Kläger hat der Beklagten auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger wendet sich gegen die Abstufung der Nr. 378 BMÄ/E-GO a.F. (Sonographische Untersuchung mittels Real-Time-Verfahren (B-Mode) einschließlich Bilddokumentation, je Sitzung) und die hiermit verbundene Honorarkürzung. Der Kläger ist als Nuklearmediziner und Internist in N., Obb., niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Die Beklagte hat im Quartal 2/96 mit Bescheid vom 30. Oktober 1996 über eine sachlich-rechnerische Richtigstellung betr. Abstufungs- und Budgetregelungen des EBM-96, die Punkteanforderung des Klägers bei der Nr. 378 BMÄ/E-GO a.F. um 89.692,6 Punkte gekürzt. Die Leistungen nach der Nr. 378 BMÄ/E-GO a.F. wurden vom Kläger 554-mal angefordert. Damit wird die Abstufungsgrenze von 255 Leistungen um 299 Leistungsansätze überschritten. Gegen diesen Berichtigungsbescheid hat der Kläger mit Schreiben vom 12. November 1996 Widerspruch eingelegt. Er verweist hier- zu auf frühere Einsprüche vom 4. August 1996 und 1. September 1996. In seiner Praxis würden die Leistungen nahezu ausschließlich auf Überweisungsbasis erbracht. Sonographien würden entweder als Auftragsleistungen (Zielaufträge) oder im Rahmen von Definitionsaufträgen zur Schilddrüsendiagnostik erbracht. Die Sonographie sei fachlich obligater Bestandteil der Schilddrüsendiagnostik, die Zahl der zu erbringenden Leistungen nach der Nr. 378 BMÄ/E-GO a.F. könne somit nicht selbst gesteuert werden. Die Sonographie sei eine nicht delegierbare ärztliche Leistung und wesentlicher Bestandteil seiner Ertragslage bei einseitig spezialisierter Praxisstruktur. Durch die Abstufung sei eine Kostendeckung auch angesichts des Punktwertverfalls nicht gegeben. In dem Schreiben vom 1. September 1996 hat der Kläger als Sonderregelung für seine Schwerpunktpraxis (Schilddrüsenambulanz) eine Befreiung von der Budgetierung der sonographischen Leistungen beantragt. Die zwischenzeitlich bestellten Prozessbevollmächtigten des Klägers haben mit Schreiben vom 27. Februar 1997 noch vorge- tragen, dass die Punktzahlenabstufung bei den Sonographien nicht rechtmäßig sei. Der Bewertungsausschuss habe seine Bewertungskompetenz mit der Abstufungshonorierung bei der Nr. 378 BMÄ/E-GO a.F. missbräuchlich ausgeübt. Im SGB V sei keine Abstufung im Ultraschallbereich oder für Ganzkörperplethysmographie vorgesehen, sondern nur für die Vergütung der Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten. Da allein [§ 87 Abs.2b Satz 3 SGB V](#) für die Vergütung der Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten eine Abstufung der Punktzahlen in Abhängigkeit von der Auslastung des jeweiligen Gerätes gebiete und ansonsten für alle anderen vertragsärztlichen Leistungen nicht vorschreibe, fehle für die gestaffelte Bewertung der Nr. 378 BMÄ/E-GO a.F. im EBM 1996 eine entsprechende gesetzliche Ermächtigungsgrundlage. Im Übrigen müssten neben der Vergütung des zeitlichen Aufwandes des Arztes in die Bewertung alle Kosten miteinfließen, die bei einem als Vertragsarzt tätigen Arzt durch das Führen einer Kassenarztpraxis bei generalisierender Betrachtung anfallen würden. Für eine Abstufung sei hier kein Raum. Aber selbst wenn man die Abstufung als wirksam ansehen würde, müsste der angefochtene Honorarbescheid abgeändert werden, denn der größte Teil der von dem Kläger ausgeführten Ultraschallleistungen seien Zielaufträge. Die Durchführung der Sonographie sei obligater Bestandteil der Schilddrüsendiagnostik, so dass die Frequenz der Nr. 378 BMÄ/E-GO a.F. hier nicht eigenverantwortlich gesteuert werden könne. Die Patienten würden im Rahmen von Konsiliaruntersuchungen zur Abklärung der Schilddrüse geschickt, wobei die überweisenden Kollegen des Klägers eine verbindliche, forensisch abgesicherte Schlussdiagnose mit entsprechenden Therapieempfehlungen erwarten würden. Weiter sei darauf hingewiesen, dass die Praxisstruktur des Klägers nicht mit anderen vergleichbar sei, die Sonographie sei hier ein wesentlicher Bestandteil der Praxisstruktur und auch erforderlich zur Existenzsicherung eines spezialisierten Untersuchungszentrums mit gesondert ausgelegter fachlicher Qualifikation. Ein Ausgleich der Kürzungen durch andere diagnostische Methoden oder die überwiegend durchgeführte Ausweitung der so genannten sprechenden Medizin sei in all diesen Fällen nicht möglich. Die Beklagte hat mit Widerspruchsbescheid vom 2. Dezember 1997 den Widerspruch zurückgewiesen. Der Honorarabrechnung liege der Einheitliche Bewertungsmaßstab in der Fassung vom 29. September 1995 (DÄ Nr.39) zugrunde. Nach den Allgemeinen Bestimmungen A I 1 des EBM sei

die Bewertung von kurativ-ambulant Leistungen, für die Höchst- und Mindestpunktzahlen festgesetzt seien, abhängig von der Gesamtzahl der in allen kurativ-ambulant Fällen abgerechneten Leistungen. Die unterhalb der Abstufungsgrenze abgerechneten Leistungen würden mit der angegebenen Höchstpunktzahl, diejenigen oberhalb der Abstufungsgrenze mit der Mindestpunktzahl bewertet. Bei den vom Kläger angeforderten Punktzahlen, die die Abstufungsgrenze überschreiten würden, sei dem Kläger die Differenz zwischen der Summe, die sich aus der Berechnung dieser Punktzahl mit der Höchstpunktzahl ergebe, und der Summe, die sich aus der Berechnung dieser Punktzahl mit der Mindestpunktzahl ergebe, im Rahmen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung von der Abrechnung abgesetzt und nicht vergütet worden (= 89.662,6 Punkte). Die Einführung von Abstufungsregelungen durch den Bewertungsausschuss stelle eine Inhaltsbestimmung der abrechnungsfähigen Leistungen gemäß § 87 Abs.2 SGB V dar. Im Rahmen der Abstufungsregelungen erhalte die Leistungsnummer 378 BMÄ/E-GO a.F. neben der im EBM festgesetzten Punktzahl für Leistungen, die die Abstufungsgrenze nicht überschreiten, eine weitere, niedrigere Punktzahl für Leistungen, die die Abstufungsgrenze überschreiten. In dieser niedrigeren Punktzahl werde die durch die Zahl der erbrachten Leistungen erreichte Amortisation der Fixkosten bewertungsmäßig berücksichtigt. Mit Überschreitung der Abstufungsgrenze und der sich daraus ergebenden Deckung der Fixkosten werde daher ausschließlich die nunmehr verbleibende ärztliche Arbeitsleistung vergütet. Die für alle Arztgruppen gemeinsam festgelegte Abstufungsgrenze sei so bemessen, dass mit einer Häufigkeit von 255 Leistungen pro Quartal bei wirtschaftlicher Leistungserbringung der Fixkostenanteil gedeckt sei. Hiergegen richtet sich die Klage zum Sozialgericht München vom 16. Dezember 1997, die mit Schriftsatz vom 26. Juli 1999 näher begründet wurde. Zwar möge es richtig sein, dass durch die vorgesehenen Abstufungen im EBM grundsätzlich der Fixkostenanteil habe gedeckt werden sollen. Allerdings hätten spezifische individuelle Gegebenheiten der Praxis, wie sie beim Kläger vorliegen, überhaupt keinen Eingang in diese Kalkulation gefunden, und seien von daher nicht als sachgerecht zu bezeichnen. Gerade bei den Ärzten, bei denen die Sonographie, wie beim Kläger, einen wesentlichen Bestandteil der Praxisstruktur darstelle und zur Existenzsicherung eines spezialisierten Untersuchungszentrums mit gesondert ausgelegter fachlicher Qualifikation so nicht mehr weiter betrieben werden könne, sei eine Sicherstellung der Versorgung der Patienten nicht mehr gewährleistet. Dies gelte insbesondere für den hohen Überweisungsanteil zur Durchführung von Sonographien. Darüber hinaus sei zu sehen, dass sich die seitens des Bewertungsausschusses angestellten Kalkulationen nicht bewährt hätten, da bereits zum 1. Juli 1996 wiederum eine Umgestaltung des Kapitels für die sonographischen Untersuchungen im EBM erfolgt sei. Hier seien dann einzelne Budgets für die verschiedenen Arztgruppen festgelegt und damit eine weitergehende Differenzierung geschaffen worden, um gerade auch individuellen Gegebenheiten der Praxis zu berücksichtigen. Dies insbesondere im Hinblick darauf, dass sich das maßgebliche Budget aus der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahl und der Zahl der kurativ-ambulant Fälle in der Arztpraxis berechne, also keine starre Regelung getroffen worden sei, wie im hier vorliegenden Quartal 2/96. Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 19. Juli 1999 vorgetragen, dass sich die Funktion des EBM nicht allein auf die Leistungsbenennung und -beschreibung beschränke. Der EBM habe vielmehr den Charakter eines komplexen Bewertungsgefüges, das unterschiedlichen und auch entgegengesetzten Zielsetzungen gerecht werden müsse. Weiter erschöpfe sich die Funktion des EBM gerade nicht allein in der Leistungsbewertung unter betriebswirtschaftlichen Aspekten. Dem betriebswirtschaftlichen Aspekt sei durch die Abstufungsregelung insoweit ausreichend Rechnung getragen worden, als nach einer bestimmten Geräteauslastung von einer Amortisation des Fixkostenanteils auszugehen sei. Nachfolgend sei es sachgerecht, nur noch den Aufwand für die ärztliche Tätigkeit zu honorieren. Hintergrund dieser Begrenzung sei, die medizinisch nicht indizierten Geräteauslastungen einzuschränken und die Leistungsanreize zu einer Erweiterung der Auslastung ohne medizinische Indikation zu verringern. Hinsichtlich des Vortrags des Klägers zu den Zielaufträgen sei anzumerken, dass im Quartal 2/96 der Anteil der Zielaufträge knapp 18 % an der Gesamtfallzahl (absolut: 188 Fälle) betragen habe. Bei Durchsicht der Scheine mit Zielauftrag habe die Beklagte jedoch ermitteln können, dass allein auf zehn Überweisungsscheinen, die durch einen Zielauftrag eingeschränkt gewesen seien, auch die Nr. 378 BMÄ/E-GO a.F. zur Abrechnung gekommen sei. Die Ausführungen des Klägers, er könne die Anzahl der Sonographien nach der Nr. 378 BMÄ/E-GO a.F. wegen der Überweisung durch Zielauftrag nicht beeinflussen, sei angesichts der geringen Häufigkeit dieser Fälle hier irrelevant.

Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 12. August 1999 die Klage abgewiesen. Nach dem Wortlaut der Nr. 378 BMÄ/E-GO a.F. im 1. und 2. Quartal 1996 seien sonographische Untersuchungen mit 450 Punkten bewertet. Bei Überschreitung einer Abstufungsgrenze von 255 kurativ-ambulant Leistungen pro Quartal würden solche Untersuchungen nur noch mit 150 Punkten bewertet. Abstufungsregelungen im Zusammenhang mit technischen Leistungen würden sich zunächst aus der Notwendigkeit rechtfertigen, dass die Bewertung sowohl die Investitionskosten einschließlich der sonstigen Fixkosten als auch die Arbeitsleistung des Arztes umfasse. Mit steigender Auslastung sinke die Notwendigkeit, bei jeder einzelnen Leistung die Investitions- und Fixkosten im gleichen Umfang abzugelten. Damit erscheine es auch angemessen, die aufgrund hoher Auslastung steigenden Gewinnmargen ab einer bestimmten Untersuchungszahl durch Abstufung zu kappen, um im Wesentlichen nur noch die Arbeitsleistung des Arztes und die laufenden Kosten zu bewerten. Hinzu komme, dass das Bundessozialgericht in seiner "O I Labor-Budget-Entscheidung" vom 20. März 1996 (6 RKA 51/95) die Rechtfertigung von Abstufungsregelungen über den erstgenannten Gesichtspunkt hinaus wesentlich weiter gefasst habe. Im Hinblick auf die Steuerungsfunktion, die dem EBM als bundesweit für alle Kassenarten verbindliche Vergütungsgrundlage zukomme, sei es zulässig, über ergänzende Bewertungsformen wie Komplexgebühren, Gebührenpauschalen, Abstufungsregelungen und ähnliche mengen- oder fallzahlbegrenzende Maßnahmen, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu fördern und Verteilungseffekte mit dem Ziel einer angemessenen Vergütung der ärztlichen Leistungen, auch im Verhältnis der Arztgruppen zueinander, anzustreben. Allerdings dürften nach Ansicht der Kammer bei der Ausgestaltung der Abstufungsregelung nicht wesentliche Unterschiede, die über eine gewisse Typisierung hinausgehen, unbeachtet bleiben. Denn dadurch würde gerade dem Anliegen, Verteilungseffekte auch im Verhältnis der Arztgruppen zueinander zu erzielen, entgegen gewirkt. Das Unterlassen einer sachlich gebotenen Differenzierung zwischen den verschiedenen Arztgruppen könnte so gegen Art. 3 Grundgesetz verstoßen. In dem hier zu entscheidenden Fall wäre erwägenswert, ob es nicht geboten gewesen wäre, unterschiedliche Notwendigkeiten in der apparativen Ausstattung, die sich aus den Ultraschallrichtlinien ergeben, zu berücksichtigen. Wenn hier, was die Kammer nicht ermittelt habe, der Bewertungsausschuss bei der Festlegung der Abstufungsgrenze sowie den Bewertungen tatsächlich von einem Durchschnittswert aller Arztgruppen ausgegangen sei, könnte es sich tatsächlich ergeben, dass einige Arztgruppen in ihrem Recht auf Gleichbehandlung verletzt wären und der Bewertungsausschuss insoweit seinen weiten Beurteilungsspielraum überschritten habe. Indes sei festzustellen, dass der Bewertungsausschuss selbst durch Änderung des EBM ab dem 3. Quartal 1996 die Abstufungsregelung eliminiert habe. Damit halte die Kammer die nur zwei Quartale geltende Regelung unter dem Gesichtspunkt der Erprobungsregelung für noch nicht die Willkürgrenze überschreitend.

Hiergegen richtet sich die Berufung zum Bayer. Landessozialgericht vom 8. November 1999, die mit Schriftsatz vom 29. Dezember 1999 näher begründet wurde. Entgegen der vom Gericht vertretenen Auffassung sei die in der Nr. 378 BMÄ/E-GO a.F. vorgesehene Abstufung auch in dem hier streitigen Quartal 2/96 als rechtswidrig anzusehen und nicht im Sinne einer Erprobungsregelung hinzunehmen. Der Bewertungsausschuss habe seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgeübt und seinen Regelungsspielraum überschritten.

Insbesondere habe der Bewertungsausschuss bei der von ihm eingeführten Regelung die notwendigen Differenzierungen unterlassen, obwohl ihm dies von Anfang an möglich gewesen wäre aufgrund der vorliegenden Erfahrungswerte der bisher bestehenden Vergütung der Sonographieleistungen. Aufgrund der nicht vorgesehenen, sachlich jedoch gebotenen Differenzierung zwischen den verschiedenen Arztgruppen verstoße mithin die Abstufungsregelung gegen [Art.3 GG](#), da die unterschiedlichen Fachgebiete und Ausrichtungen der Praxen nicht berücksichtigt worden seien bzw. es keine Möglichkeit gegeben habe, diese weitergehend zu berücksichtigen. Die Regelung könne auch nicht unter dem Gesichtspunkt der Erprobungsregelung Bestand haben, da dem Bewertungsausschuss aus seiner langjährigen Tätigkeit und Erfahrung heraus die unterschiedlichen Gegebenheiten in den verschiedenen Arztgruppen bekannt gewesen seien und hier von vorne herein eine sachlich weitergehende Differenzierung sich abgezeichnet habe. Auf Anfrage des Senats hat die Beigeladene zu 1) mit Schriftsatz vom 19. Februar 2003 mitgeteilt, dass zu den sonographischen B-Bild-Untersuchungen seinerzeit umfangreiche Berechnungen mit dem Ergebnis durchgeführt worden seien, dass unter Berücksichtigung einer wirtschaftlichen Erbringungsweise die sonographischen B-Bild-Untersuchungen bei einer Bewertung von 450 Punkten bei 255 Untersuchungen im Quartal kostendeckend seien. Deswegen sei für die über die Zahl von 255 pro Quartal hinausgehenden Sonographien eine abgestufte Bewertung von 150 Punkten festgelegt worden. Eine weitere Begrenzung sei nicht beschlossen worden, so dass mit der Bewertung von 150 Punkten beliebig viele zusätzliche Untersuchungen durchgeführt werden könnten. Die Wirtschaftlichkeit der sonographischen B-Bild-Untersuchungen hänge nicht vom Fachgebiet des einzelnen Arztes ab, sondern nur davon, wie viele Untersuchungen durchgeführt würden. Sonographische Untersuchungen mittels B-Bild würden von Ärzten der verschiedenen Fachgruppen mit identischen Geräten ausgeführt, abgesehen von einigen speziellen Fachgebieten bzw. Untersuchungen, die eine besondere Ausführungstechnik verlangten.

Die Prozessbevollmächtigte des Klägers beantragt, das Urteil des Sozialgerichts München vom 12. August 1999 sowie den Bescheid der Beklagten vom 30. Oktober 1996 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. Dezember 1997 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die erbrachten Sonographie-Leistungen ohne die Abstufungsregelung zu vergüten.

Die Beklagte stellt den Antrag, die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung hat die Beklagte mit Schriftsatz vom 12. März 2003 auf das rechtskräftige Urteil des Bayer. Landessozialgerichts vom 12. April 2000, Az.: [L 12 KA 11/99](#), Bezug genommen.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakte der Beklagten, die Klageakte mit dem Az.: S 42 Ka 1773/97 sowie die Akte des Bayer. Landessozialgerichts mit dem Az.: [L 12 KA 107/02](#) zur Entscheidung vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren sonstigen Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ([§ 151 Abs.1 SGG](#)) ist auch statthaft, da der nach [§ 143](#) i.V.m. [§ 144 Abs.1 Nr.1 SGG](#) maßgebliche Beschwerdewert von 1.000,00 DM bei einem abgesetzten Betrag von 89.692,6 Punkten deutlich überschritten ist. Die Berufung ist jedoch unbegründet. Der mit einer kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage angegriffene Bescheid der Beklagten vom 30. Oktober 1996 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. Dezember 1997 ist rechtlich nicht zu beanstanden. Die von der Beklagten vorgenommene Berichtigung der Honoraranforderung des Klägers entspricht den Vorgaben des im 1. und 2. Quartal 1996 gültigen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, der gemäß [§ 87 Abs.2 Satz 1 SGB V](#) den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander bestimmt. Er sah bei der Nr. 378 BMÄ/E-GO a.F. (sonographische Untersuchungen mittels Real-Time-Verfahren, B-Mode, einschließlich Bilddokumentation, je Sitzung) eine Vergütung von 450 Punkten vor. Bei Überschreitung der Abstufungsgrenze von 255 kurativ-ambulanten Leistungen pro Quartal reduzierte sich der Wert auf 150 Punkte. Dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab in der Fassung vom 29. September 1995 (BÄBl. Nr.39), der im streitigen Quartal 2/96 Gültigkeit hatte, lag ein Beschluss des Bewertungsausschusses vom 31. August 1995 zugrunde, der eine Neufassung des EBM vorsah. Ziel der Reform war unter anderem eine generelle Leistungsbewertung anhand betriebswirtschaftlicher Kalkulationen. Die Einführung von Abstufungsregelungen bei apparativen Leistungen ist ein Teil der Berücksichtigung der betriebswirtschaftlichen Kalkulation bei der Bewertung der Leistungen und entspricht dem Auftrag des Gesetzgebers in [§ 87 Abs.2 Satz 2 SGB V](#), demzufolge die Bewertungsmaßstäbe in bestimmten Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen sind, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen. Die niedrigere Punktzahl für Leistungen, die die Abstufungsgrenze überschreiten, berücksichtigt die durch die Zahl der erbrachten Leistungen erreichte Amortisation der Fixkosten bewertungsmäßig. Mit Überschreitung der Abstufungsgrenze und der sich daraus ergebenden Deckung der Fixkosten wird nunmehr ausschließlich die verbleibende ärztliche Arbeitsleistung vergütet. Dies ist nicht zu beanstanden. Bei dieser betriebswirtschaftlichen Betrachtungsweise spielt es keine Rolle, ob die Leistungen aufgrund eines Fremdauftrages erbracht wurden bzw. der Leistungserbringer an den Auftrag gebunden war oder auch wie viele Leistungen oberhalb der Leistungsgrenze von 255 Leistungsansätzen erbracht wurden. Wenn man - wie der Bewertungsausschuss dies getan hat -, davon ausgeht, dass mit der Erbringung von 255 sonographischen Untersuchungen, die mit 450 Punkten bewertet sind, pro Quartal die anfallenden Fixkosten und die ärztliche Arbeitsleistung ausreichend vergütet sind, so ist es nicht zu beanstanden, wenn bei der Vergütung der darüber hinaus erbrachten Leistungen nur mehr die ärztliche Arbeitsleistung berücksichtigt wird. Der durch das erste Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-NOG I) vom 23. Juni 1997 ([BGBl.I, S.1518](#)) eingefügte Satz 7 in [§ 87 Abs.2a SGB V](#) sieht nunmehr sogar ausdrücklich vor, dass die Bewertung der von einem Vertragsarzt in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen so festgelegt werden kann, dass er mit zunehmender Menge absinkt (Abstufung). Aufgrund der Vorschrift des [§ 87 Abs.2 Satz 2 SGB V](#) in der am 1. Januar 1996 geltenden Fassung konnte der Bewertungsausschuss im EBM eine Abstufungsregelung aber auch schon damals einführen (siehe auch BSG, Urteile vom 8. März 2000, Az.: B 8 KA 8/99 R und [B 6 KA 16/99 R, SozR 3-2500 § 83 Nr.1](#)). Entgegen der Auffassung der Klägerbevollmächtigten beruht die Festsetzung einer Abstufungsgrenze in Höhe von 255 kurativ-ambulanten Leistungen nach der Nr. 378 BMÄ/E-GO a.F. pro Quartal, die in gleicher Weise für alle Fachgebiete gilt, auch nicht auf unsachgemäßen Erwägungen, mit denen der Bewertungsausschuss seinen weiten Gestaltungsspielraum überschritten hätte (zum Prüfungsumfang bei Regelungen des EBM-Ä, vgl. BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr.29](#)). Vielmehr sind der Abstufungsregelung in der Nr. 378 BMÄ/E-GO a.F. in der in den beiden ersten Quartalen des Jahres 1996 geltenden Fassung, wie sich aus dem Schriftsatz der Beigeladenen zu 1) vom 19. Februar 2003 ergibt, umfangreiche Berechnungen vorausgegangen. Diese Berechnungen hatten zum Ergebnis, dass mit 255 Leistungen nach der Nr. 378 BMÄ/E-GO a.F. bei einer Bewertung mit 450 Punkten bei einer wirtschaftlichen Erbringungsweise eine kostendeckende Leistungserbringung gewährleistet ist. Die Berechnungen ergaben weiter, dass die kostendeckende Erbringbarkeit nicht

vom Fachgebiet des einzelnen Arztes abhängt, sondern nur davon, wie viele Leistungen erbracht werden. Denn sonographische Leistungen werden zwar von Ärzten verschiedener Fachrichtungen erbracht, aber dabei erfolgt die Ausführung im Wesentlichen mit identischen Geräten, abgesehen von einigen speziellen Untersuchungen, die eine besondere Ausführungstechnik verlangen. Vor diesem tatsächlichen Hintergrund, an dessen Richtigkeit der Senat keine Zweifel hat, ist die streitgegenständliche Abstufungsregelung in der Nr. 378 BMÄ/E-GO a.F. nicht zu beanstanden (in diesem Sinne bereits das Urteil des Senats vom 12. April 2000, Az.: [L 12 KA 11/99](#), einen Radiologen betreffend). Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die ab dem dritten Quartal 1996 geltende Fassung der Nr. 378 BMÄ/E-GO einen anderen Leistungsinhalt hatte (sonographische Untersuchung des Abdomens oder dessen Organe und/oder des Retroperitoneums oder dessen Organe einschließlich der Nieren und/oder der Thoraxorgane, einschließlich Bilddokumentation, je Sitzung) mit einer folgerichtig anderen Punktebewertung (520 Punkte) und keine Abstufung mehr vorsah. Von daher ist es vertretbar, den vom SG zur Begründung seiner Entscheidung herangezogenen Gesichtspunkt einer nur zwei Quartale geltenden Erprobungsregelung in die Betrachtung miteinzubeziehen. Die Berufung des Klägers ist deshalb unbegründet. Die Entscheidung über die Kosten für das erfolglose Rechtsmittel des Klägers beruht auf [§ 193 SGG](#). Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs.2 SGG](#) liegen nicht vor. Die Rechtssache hat weder grundsätzliche Bedeutung, da sie nur die Anwendung nicht mehr geltender Vorschriften des EBM betrifft, noch weicht das Urteil von einer Entscheidung des Bundessozialgerichts oder des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes ab.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-08-18