

B 6 KA 39/98 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Mainz (RPF)
Aktenzeichen
-

Datum
22.04.1998
2. Instanz
-

Aktenzeichen
-
Datum
-

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 39/98 R

Datum
25.08.1999
Kategorie
Urteil

Die Revision der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 22. April 1998 wird zurückgewiesen. Die Kläger haben der Beklagten als Gesamtschuldner auch die Kosten des Revisionsverfahrens zu erstatten.

Gründe:

I

Die Beteiligten streiten um die Rechtmäßigkeit sachlich-rechnerischer Richtigstellungen bei der Abrechnung von Laborleistungen.

Die Kläger sind als Ärzte für Laboratoriumsmedizin niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. In ihrer Abrechnung für das Quartal II/1996 machten sie für Labor-CDT-Bestimmungen (Carbohydrate-Deficient Transferrin = Kohlehydrat-defizientes Transferrin) die Gebühren-Nr 4298 des Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (BMÄ) und der Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) geltend, nach der "ähnliche Untersuchungen mittels Immunoassay" mit 1100 Punkten bewertet sind. Die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) stellte die Honoraranforderung insoweit richtig (Kürzungssumme: 6.694,17 DM), weil das CDT-Verfahren nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sei, wie durch eine Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) vom 2. August 1995 bestätigt werde. Dessen Eignung als Marker für Alkoholmißbrauch könne nicht abschließend beurteilt werden (Bescheid vom 20. Dezember 1996). Den Widerspruch wies die Beklagte zurück (Bescheid vom 13. März 1997).

Das von den Klägern angerufene Sozialgericht (SG) hat ihre Klage abgewiesen. In dem Urteil vom 22. April 1998 ist ausgeführt, nicht alle quantitativen Bestimmungen mittels Immunoassay seien ohne weiteres als ähnliche Untersuchungen im Sinne der Geb-Nr 4298 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für die ärztlichen Leistungen (EBM-Ä) zu qualifizieren und der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen. Ob sich die Bestimmung von CDT im menschlichen Serum mittels Immunoassay als zuverlässige Kenngröße für Alkoholmißbrauch eigne, sei noch nicht geklärt. Soweit die von den Klägern vorgelegten Untersuchungsergebnisse englischsprachig seien - und angeblich besagten, daß das CDT-Verfahren allen anderen derzeit verfügbaren Kenngrößen für Alkoholismus überlegen sei -, könnten sie nicht verwertet werden. Aus den deutschsprachigen Aufsätzen ergebe sich zwar, daß die CDT-Bestimmung zum Nachweis und zur Kontrolle von Alkoholabusus geeignet, die Spezifität der Methode außerordentlich hoch sei und sie bessere Ergebnisse liefere als andere Methoden. In Berichten vom Kongreß für Laboratoriumsmedizin 1996 werde aber darauf hingewiesen, daß die Spezifität bei weitem noch nicht ausreiche, um klar zwischen Personen mit chronischem Alkoholmißbrauch und Abstinenzlern bzw moderaten Trinkern zu unterscheiden. Die unterschiedlichen Bewertungen ließen eine abschließende Beurteilung nicht zu. Dementsprechend hätten bisher auch weder die Krankenkassen noch die KÄBV die Aufnahme der CDT-Untersuchung in den Katalog der vertragsärztlichen Leistungen beantragt. Daher sei sie noch nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung.

Mit ihrer Sprungrevision machen die Kläger geltend, die CDT-Bestimmung mittels Immunoassay sei eine Leistung im Sinne der Geb-Nr 4298 EBM-Ä. Diese Geb-Nr erfasse alle ähnlichen Untersuchungen, die entsprechend der Abschnittsüberschrift vor Nrn 4290 ff EBM-Ä mittels Immunoassay durchgeführt würden, wenn die Art der jeweiligen Untersuchung angegeben werde. Die Ähnlichkeit des CDT-Verfahrens mit den Leistungen nach Nrn 4290 und 4291 EBM-Ä ergebe sich daraus, daß es vom methodischen Aufwand her mit diesen vergleichbar sei. Die Einschätzung der Eignung, auf die die Vorinstanz abgestellt habe, stehe nur dem Bewertungsausschuß zu. Im übrigen sei die wissenschaftliche und wirtschaftliche Eignung ohnehin gegeben und nachgewiesen. Mit CDT sei regelmäßiger hoher Alkoholkonsum noch nach mehr als einer Woche nachweisbar. Die Überlegenheit der CDT-Bestimmung gegenüber anderen Verfahren habe auch das SG anerkannt, dabei allerdings nur einen Teil der von ihnen - den Klägern - vorgelegten Untersuchungen verwertet. Die vom SG ferner herangezogene Stellungnahme der KÄBV sei irrelevant. Nicht diese, sondern der Bewertungsausschuß sei für die Aufnahme von Leistungen

in den EBM-Ä zuständig. Überdies fehle der KÄBV die Fachkompetenz, wie ihre Unkenntnis zahlreicher Forschungen über das CDT-Verfahren zeige. Das vorinstanzliche Urteil sei auch nicht aus anderen Gründen richtig, etwa deshalb, weil die Abrechenbarkeit mangels Empfehlung nach [§ 135 Abs 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zu verneinen sei. Die CDT-Bestimmung sei keine "neue" Untersuchungsmethode. Sie sei bereits 1976 entwickelt worden und werde seit 1986 eingesetzt, seit ungefähr 1990 auch in der ambulanten Versorgung. Ihre Qualität sei anerkannt. Ihre Abrechenbarkeit sei schon seit 1994 gegeben, zunächst nach der Geb-Nr 4152 EBM-Ä, seit dem 1. Oktober 1994 nach der Nr 4298 EBM-Ä. Dem könne nicht entgegengehalten werden, daß die CDT-Bestimmung allein keine eindeutigen und absolut sicheren Diagnosen ermögliche. Dieser Mangel sei auch anderen Laborparametern eigen. Sie bedürfe ebenso wie diverse andere Verfahren der Ergänzung durch weitere medizinische Befunde und/oder anamnestische Daten. Dies hätte das SG schon aus der in seine Urteilsfindung einbezogenen Literatur erkennen müssen. Vorsorglich werde die Sachrüge der Fehlanwendung des Grundsatzes der objektiven Beweislast erhoben. Das SG hätte zur Frage der Zuverlässigkeit der CDT-Bestimmung weitere Erkenntnisquellen heranziehen und auch die englischsprachigen Untersuchungen verwerten müssen, die deren medizinische Zuverlässigkeit ergäben. Die Fremdsprachigkeit eines Schriftstücks sei kein Grund, es unberücksichtigt zu lassen.

Die Kläger beantragen,
das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 22. April 1998 und den Bescheid der Beklagten vom 20. Dezember 1996 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. März 1997 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihnen für das Quartal II/1996 die versagten Vergütungen nach der Gebühren-Nummer 4298 BMÄ/E-GO in Höhe von 6.694,17 DM zu gewähren,
hilfsweise,
das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 22. April 1998 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an dieses Gericht zurückzuverweisen.

Die Beklagte beantragt,
die Revision des Klägers zurückzuweisen,

hilfsweise,

das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 22. April 1998 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an dieses Gericht zurückzuverweisen.

Die Beklagte hält das vorinstanzliche Urteil für zutreffend. Die im Laborkapitel des EBM-Ä vorkommende Leistungskategorie "ähnliche Untersuchungen" nehme eine Sonderstellung ein. Vor dem Hintergrund mehrerer tausend Parameter in der Laboratoriumsmedizin habe der Bewertungsausschuß seine Kompetenz zur abschließenden Tatbestandskonkretisierung auf die Anwender des EBM-Ä übertragen dürfen. Problematisch sei die Qualifizierung als ähnliche Untersuchung bei Parametern, die neu in die Diagnostik eingeführt und/oder deren diagnostische Wirksamkeit in Fachkreisen nicht einheitlich beurteilt würden. Dann müsse, wenn es sich nicht lediglich in bezug auf Indikation und Methodik um Varianten bzw Verbesserungen schon eingeführter Leistungen handele, zunächst - was bei der CDT-Bestimmung mangels entsprechendem Antrag bisher nicht geschehen sei - der Arbeitsausschuß "Ärztliche Behandlung" tätig werden. Soweit dieser die Bewertungskompetenz wie im Falle des Merkmals der ähnlichen Untersuchungen den Anwendern des EBM-Ä, dh den KÄVen, übertragen habe, müßten diese die Bewertung vornehmen. Für das Vorliegen einer ähnlichen Untersuchung reiche es nicht aus, daß das CDT-Verfahren eine quantitative Bestimmung mittels Immunoassay darstelle. Es müsse auch nach Indikation und Methodik ähnlich und von der Nutzen-Kosten-Relation her akzeptabel sein. Das von den Klägern vorgelegte Schrifttum enthalte Resultate, die nicht reproduzierbar seien oder unzulässig verallgemeinert würden. Untersuchungen bei stationären Entziehungskuren könnten auf die ambulante Krankenversorgung nicht übertragen werden. Das CDT-Verfahren könne allenfalls ergänzende Informationen liefern. Die vom SG angeführte Stellungnahme der KÄBV vom 2. August 1995 habe durchaus Gewicht; denn die KÄBV sei maßgeblich an der Arbeit des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen beteiligt, der über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden entscheide. Ferner sei die CDT-Bestimmung im Vergleich zu anderen Parametern unwirtschaftlich. Diese böten zwar ebenfalls keine gesicherten Testergebnisse, seien aber erheblich kostengünstiger (zB Gamma-GT nach Geb-Nr 3683 EBM-Ä - 25 Punkte - oder mittleres Zellvolumen der roten Blutkörperchen (MCV) in Geb-Nr 3843 EBM-Ä - 100 Punkte -). Im übrigen sei zu fragen, warum die Kläger gerade die Geb-Nr 4298 EBM-Ä (1100 Punkte) und nicht eine andere im EBM ebenfalls als "quantitative Bestimmung mittels Immunoassay" bezeichnete Geb-Nr angesetzt hätten wie zB Nrn 4225 (350 Punkte), 4246 (600 Punkte) oder 4272 (800 Punkte) EBM-Ä.

II

Die Sprungrevision der Kläger ist unbegründet. Zutreffend hat das SG ihre Klage abgewiesen.

Rechtsgrundlage für die sachlich-rechnerischen Richtigstellungen, die die Beklagte in dem hier betroffenen Quartal II/1996 vorgenommen hat, war für den Primärkassenbereich § 45 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) idF vom 19. Dezember 1994. Für den Ersatzkassenbereich galt § 34 Abs 4 des Arzt-/Ersatzkassen-Vertrages (EKV-Ä) idF vom 7. Juni 1994. In den Bestimmungen ist übereinstimmend geregelt, daß die KÄV die von den Vertragsärzten eingereichten Abrechnungen rechnerisch und gebührenordnungsgemäß prüft und nötigenfalls richtigstellt.

Die aufgrund dieser Rechtsvorschriften vorgenommenen sachlich-rechnerischen Richtigstellungen sind rechtmäßig. Die Beklagte hat die Vergütung der CDT-Bestimmung zu Recht verweigert.

Die CDT-Bestimmung ist im EBM-Ä nicht ausdrücklich als abrechenbare Leistung aufgeführt. Das schließt an sich von vornherein ihre Abrechnungsfähigkeit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung aus; denn nur diejenigen Leistungen, die im Leistungsverzeichnis des EBM-Ä enthalten sind, können von den Vertragsärzten zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht und abgerechnet werden (Urteil des Senats vom 13. November 1996 - [BSGE 79, 239](#), 241 f = [SozR 3-2500 § 87 Nr 14](#) S 48 f). Eine Abrechenbarkeit der CDT-Bestimmung kommt danach nur in Betracht, wenn sie als "ähnliche Untersuchung" iS der Nrn 4207 ff, 4228 ff, 4248 ff, 4275 ff oder der Nrn 4290 ff des EBM-Ä angesehen werden kann. Sollte es sich allerdings um eine neue Untersuchungsmethode iS des [§ 135 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) handeln, würde die Abrechenbarkeit zusätzlich erfordern, daß sie durch den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen anerkannt worden ist.

Nach [§ 135 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung nur erbracht

werden, wenn der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen sie entsprechend den zu [§ 135 Abs 1 SGB V](#) erlassenen Richtlinien anerkannt hat. Hiernach hat der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen im Falle neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vorab über ihre Erbringbarkeit und Abrechenbarkeit in der vertragsärztlichen Versorgung zu entscheiden. Eine solche Anerkennung ist hinsichtlich der CDT-Bestimmung nicht erfolgt. Daher würde in dem Falle, daß diese eine neue Untersuchungsmethode darstellt, der Abrechenbarkeit schon das Fehlen der Anerkennung entgegenstehen.

Hieran scheidet die Abrechenbarkeit indessen nicht. Denn die CDT-Bestimmung als Ermittlung eines einzelnen Laborparameters erfüllt nicht die Voraussetzungen, die an eine neue Untersuchungsmethode iS des [§ 135 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) zu stellen sind.

Zwar umfaßt der Anwendungsbereich des [§ 135 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) grundsätzlich auch neue Untersuchungsmethoden im Laborbereich (vgl betr. Arzneitherapien [BSGE 82, 233](#), 238 = [SozR 3-2500 § 31 Nr 5](#) S 19). Aber nicht jede neue Laborleistung, die der Diagnostik dient, stellt sich zugleich als neue Untersuchungsmethode dar. Das ergibt sich aus Sinn und Zweck der durch das Gesundheits-Reformgesetz (GRG) im Jahre 1989 eingeführten Vorschrift des [§ 135 Abs 1 SGB V](#). Mit dieser Regelung soll die Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung dadurch verbessert werden, daß vor der Einbeziehung neuer - nach wissenschaftlichen Erkenntnissen möglicherweise zweifelhafter - Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die (ambulante) vertragsärztliche Versorgung eine Anerkennung dieser Untersuchungs- oder Behandlungsmethode durch den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen stehen muß (Abs 1 Satz 1 aaO). Im Rahmen des Anerkennungsverfahrens (vgl dazu nunmehr eingehend die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und über die Überprüfung erbrachter vertragsärztlicher Leistungen gemäß [§ 135 Abs 1](#) iVm [§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 5 SGB V](#) vom 1. Oktober 1997, BAAnz Nr 243 vom 31. Dezember 1997) ist der diagnostische und/oder therapeutische Nutzen der neuen Methode sowie ihre medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Erkenntnisse zu beurteilen (Abs 1 Satz 1 Nr 1 aaO). Der Bundesausschuß hat mit der Anerkennung einer Methode zugleich die persönlichen und apparativen Voraussetzungen festzulegen, um eine sachgerechte Anwendung der neuen Methode zu sichern (Abs 1 Satz 1 Nr 2 aaO). Ist die Anerkennung durch den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen erfolgt, obliegt es gemäß [§ 87 Abs 2 SGB V](#) dem Bewertungsausschuß, die anerkannte Methode in abrechenbare und punktzahlmäßig bewertete Leistungen umzusetzen und in den EBM-Ä aufzunehmen (zum Ineinandergreifen der Maßnahmen des Bundesausschusses und des Bewertungsausschusses s Urteil des Senats vom 13. November 1996 - [BSGE 79, 239](#), 244 f = [SozR 3-2500 § 87 Nr 14](#) S 51 f).

Schon die Zielrichtung der Norm, unter Qualitätssicherungsgesichtspunkten sowie aus Gründen der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden sollen, von solchen Methoden abzugrenzen, die den dargestellten Anforderungen nicht genügen, verdeutlicht, daß mit dem Begriff der Methode nicht jede einzelne diagnostische oder therapeutische ärztliche Leistung gemeint sein kann, die vom Bewertungsausschuß in den EBM-Ä aufzunehmen ist. Zwar sind durchaus Fallgestaltungen vorstellbar, in denen eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode im EBM-Ä bewertungsmäßig nur als eine einzige Leistung im EBM-Ä umzusetzen ist, so daß insoweit die Tatbestandsmerkmale von "Methode" und "ärztlicher Leistung" deckungsgleich sind. Regelmäßig wird aber die Anerkennung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode die Einführung mehrerer neuer ärztlicher Leistungen im EBM-Ä nach sich ziehen. In diesem Zusammenhang stellt sich der Begriff der Methode iS des [§ 135 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) im Verhältnis zu dem der ärztlichen Leistung iS des [§ 87 SGB V](#) als der umfassendere dar. Dies ergibt sich auch aus der Bestimmung des [§ 135 Abs 1 Satz 1 Nr 2 SGB V](#), nach der der Bundesausschuß die qualitativen Anforderungen für die Anwendung einer neuen Methode vorzugeben hat. Hierbei ist typischerweise nicht die Erbringung einer einzelnen ärztlichen Leistung gemeint, denn für einzelne ärztliche Leistungen sind solche besonderen Anforderungen im Regelfall nicht festzulegen.

Diesem Verständnis des [§ 135 Abs 1 SGB V](#) folgt auch die Rechtsprechung des BSG, wenn sie für das Vorliegen einer Behandlungsmethode fordert, daß einer medizinischen Vorgehensweise ein eigenes theoretisch-wissenschaftliches Konzept zugrunde liegen muß, das sie von anderen Therapieverfahren unterscheidet und das ihre systematische Anwendung in der Behandlung bestimmter Krankheiten rechtfertigen soll (Urteil des 1. Senats vom 23. Juli 1998 - [BSGE 82, 233](#), 237 = [SozR 3-2500 § 31 Nr 5](#) S 19). Es bedarf keiner näheren Darlegung, daß nicht jede einzelne in der vertragsärztlichen Versorgung erbringbare therapeutische Leistung die genannten Voraussetzungen für die Anerkennung als Behandlungsmethode erfüllt und erfüllen kann, weil die einzelne Leistung oftmals nur ein Bestandteil eines methodischen Konzepts ist. Dementsprechend hat der 1. Senat den Begriff der Behandlungsmethode als den umfassenderen im Vergleich zu dem der ärztlichen Leistung bezeichnet ([BSGE 82, 233](#), 238 = [SozR 3-2500 § 31 Nr 5](#) S 19). Auch der erkennende Senat geht davon aus, daß es ärztliche Leistungen gibt, die vom Bewertungsausschuß im Rahmen seiner Entscheidungsfreiheit als im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abrechenbare Leistungen neu in den EBM-Ä aufgenommen werden können, ohne daß es vorab einer Entscheidung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen bedarf (Urteil vom 13. November 1996 - [BSGE 79, 239](#), 242 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 14](#) S 49; vgl auch BSG SozR 3-5533 BMÄ-Nr 3512 Nr 1 S 4 betr neue Zielrichtung bei schon eingeführter Leistung). Dies entspricht auch der Praxis der Vertragspartner im Bewertungsausschuß.

Nach den aufgezeigten Maßstäben erweist sich die CDT-Bestimmung - ebenso wie die weiteren Bestimmungen mittels Immunoassay der Nrn 4207 bis 4290 ff EBM-Ä - nicht als neue Untersuchungsmethode iS des [§ 135 Abs 1 Satz 1 SGB V](#). Denn bei ihr handelt es sich um eine diagnostische Einzelleistung, die bei der Feststellung von Alkoholabusus im Zusammenwirken mit anderen diagnostischen Maßnahmen Aufschluß darüber geben soll, ob bei einem Patienten chronischer Alkoholismus vorliegt. Als diagnostischer Einzelschritt könnte sie zwar in eine neue Untersuchungsmethode eingebettet sein, sie stellt sich aber selbst nicht als neue Untersuchungsmethode iS des [§ 135 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) dar. Daher bedarf es für ihre Abrechenbarkeit nicht der vorherigen Anerkennung durch den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen.

Der Vergütung der von den Klägern durchgeführten CDT-Bestimmungen steht aber entgegen, daß sie nicht als nach dem EBM abrechenbare "ähnliche Untersuchungen" iS der Gebühren-Nrn 4207 bis 4290 ff EBM-Ä angesehen werden können.

Diesen Gebührenregelungen, die mit unterschiedlichen Punktzahlbewertungen die quantitative Bestimmung mittels Immunoassay zum Inhalt haben, ist gemeinsam, daß sie als Auffangbegriff den der "ähnlichen Untersuchung" enthalten. Damit wird die jeweilige abrechenbare Laboruntersuchung nicht konkret bestimmt, sondern die Entscheidung darüber, ob es sich um eine "ähnliche Untersuchung" handelt, im jeweiligen Einzelfall auf die die Abrechnung des Vertragsarztes prüfende KÄV übertragen. Mithin legt insoweit nicht der Bewertungsausschuß fest, ob eine ähnliche Untersuchung gemäß der Nrn 4207 ff, 4228 ff, 4248 ff, 4275 ff oder 4290 ff EBM-Ä vorliegt, sondern die jeweilige KÄV. Damit hat der Bewertungsausschuß die Konkretisierung der Regelungsbefugnisse, die gemäß [§ 87 Abs 2 SGB V](#)

ihm zustehen, auf die KÄVen übertragen.

Das ist in engen Grenzen zulässig. Bei dem EBM-Ä handelt es sich um einen von den Vertragspartnern der Bundesmantelverträge durch den Bewertungsausschuß vereinbarten Vertrag in der Form einer untergesetzlichen Rechtsnorm ([BSGE 83, 218, 219 = SozR 3-2500 § 87 Nr 21 S 108](#); [BSGE 83, 205, 208 = SozR 3-2500 § 85 Nr 29 S 214](#)). Er soll gewährleisten, daß die unterschiedlichen Interessen der an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Gruppen zum Ausgleich kommen und eine sachgerechte inhaltliche Beschreibung und Bewertung der ärztlichen Leistungen erreicht wird. Wie jedem Normgeber kommt auch den Vertragspartnern des EBM-Ä bei der autonomen Festlegung der Leistungen, ihres Inhalts und ihrer Bewertung ein Gestaltungsspielraum zu. Dieser schließt grundsätzlich die Befugnis des Bewertungsausschusses ein, in den Vergütungstatbeständen unbestimmte Rechtsbegriffe zu verwenden, die einer konkretisierenden Auslegung durch den Normanwender, dh durch die KÄVen, bedürfen. Vor diesem Hintergrund unterliegt es keinen durchgreifenden Bedenken, daß der Bewertungsausschuß im Laborkapitel des EBM-Ä den Begriff der ähnlichen Untersuchung verwendet, weil dafür in diesem Bereich ein unabwiesbares praktisches Bedürfnis besteht. Es gibt mehrere tausend verschiedene Laborparameter und ständig neue Kombinationen von Laboruntersuchungen. Würde man verlangen, sie alle ausdrücklich im Kapitel O des EBM-Ä über Laboratoriumsuntersuchungen aufzuführen, so würde zum einen die Leistungsfähigkeit des Normgebers überfordert, zum anderen das Regelwerk des Laborkapitels für den Normanwender und die Normbetroffenen unüberschaubar und nicht mehr handhabbar werden. Die Normierung unbestimmter Rechtsbegriffe wird auch sonst als unbedenklich angesehen, soweit ihr Inhalt noch bestimmbar ist (vgl zB [BVerfGE 79, 106, 120](#); [79, 174, 195](#); [96, 68, 97 f](#)) und daher keine unzulässige Delegation der Rechtssetzungskompetenz an den Rechtsanwender vorliegt. Der Gebrauch eines unbestimmten Rechtsbegriffs darf nicht dazu führen, daß der Rechtsanwender einen Entscheidungsspielraum erhält, wie ihn Normsetzer haben. Im vorliegenden Zusammenhang des Verhältnisses von Bewertungsausschuß zu KÄV ist zudem zu berücksichtigen, daß sich eine Kompetenzzuweisung von einem Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung, das paritätisch mit Vertretern der Ärzte und Krankenkassen besetzt ist, an die ärztliche Selbstverwaltung ergäbe. Dementsprechend darf mit dem Tatbestand der ähnlichen Untersuchungen den KÄVen kein zu großer eigener Rechtsanwendungsfreiraum eingeräumt sein. Auch in anderen Bereichen hat der Senat gefordert, daß der Normsetzer die wesentlichen Bestimmungen in der Norm selbst treffen muß und lediglich die Konkretisierung von Einzelheiten anderen Stellen übertragen darf (vgl BSG, Urteil vom 3. März 1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - (zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen) betr Grenzwerte und Quoten bei Honorarabstaffelungen; ebenso BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 27 S 196-198](#) zu Härtefall-Ausnahmen von Umsatz-Obergrenzen; [BSGE 81, 213, 217 und 222 = SozR § 85 Nr 23 S 152 und 157](#) zu Ausnahmen von der Kontingentgrenze für besondere Fachgruppen und Praxisanfänger).

Nach diesen Grundsätzen ist zwar nicht zu beanstanden, daß der EBM-Ä im Kapitel über Laboratoriumsuntersuchungen im Anschluß an einzeln aufgeführte Laborleistungen weitere Leistungstatbestände enthält, die jeweils "ähnliche Untersuchung(en)" erfassen (Geb-Nrn 4225, 4246, 4272, 4288 und 4298). Mit der Verwendung dieses unbestimmten Rechtsbegriffs hat der Bewertungsausschuß aber nur dann nicht gegen seine Verpflichtung verstoßen, im wesentlichen selbst den Inhalt der vertragsärztlichen Versorgung festzulegen, wenn er einschränkend ausgelegt wird. Weitere Laborverfahren müssen, um als "ähnliche Untersuchung" anerkannt werden zu können, zwei Voraussetzungen erfüllen.

Zum einen muß auf der Hand liegen oder unstreitig sein, welchem der verschiedenen Tatbestände der ähnlichen Untersuchung die Leistung zuzurechnen ist. Von der Struktur der Kompetenzverteilung her kann die vertragsärztliche Selbstverwaltung nicht befugt oder gar verpflichtet sein, ggf unter Einholung von Sachverständigengutachten zu ermitteln, welchen der Tatbestände der ähnlichen Untersuchung eine Leistung erfüllt. Dies ist die Aufgabe des Bewertungsausschusses, der die Leistungen zu definieren und zu bewerten hat. Einen Tatbestand "ähnliche Untersuchung" darf er nur insoweit verwenden, als es nicht ernstlich Streit darüber geben kann, welche Leistungen ihm zuzuordnen sind.

Zum anderen dürfen dem Begriff der "ähnlichen Untersuchung" nicht solche Leistungen zugeordnet werden, die von ihrem Anwendungsbereich her darauf angelegt sind, in der vertragsärztlichen Versorgung in großem Umfang und/oder mit erheblichen finanziellen Auswirkungen eingesetzt zu werden. Würde dies zugelassen, käme der Ausfüllung des unbestimmten Rechtsbegriffs bei der Normanwendung durch die KÄV zu große Bedeutung zu. Das liefe dem Grundsatz zuwider, daß der Bewertungsausschuß lediglich die Konkretisierung von Einzelheiten an die KÄV übertragen darf und die wesentlichen Bestimmungen iS des [§ 87 Abs 2 SGB V](#) selbst treffen muß.

Die CDT-Bestimmung erfüllt weder die eine noch die andere Voraussetzung. Zunächst ist unklar, welcher der in den Vergütungstatbeständen der Geb-Nrn 4207 ff EBM-Ä aufgeführten quantitativen Bestimmungen mittels Immunoassay sie zugeordnet werden kann. Zum anderen handelt es sich - auch nach dem Vortrag der Kläger - um einen Laborparameter, dem erhebliche Tragweite in der vertragsärztlichen Versorgung zukommen könnte, wenn es zutreffen würde, daß mit ihm das Vorliegen von Alkoholabusus hinreichend sicher geklärt werden kann. Daraus folgt, daß es für die Abrechenbarkeit des CDT-Verfahrens erforderlich gewesen wäre, dieses ausdrücklich im Laborkapitel aufzuführen.

Gegenüber dem Ergebnis der Nichtabrechenbarkeit kann nicht mit Erfolg eingewandt werden, der Bewertungsausschuß wäre aber verpflichtet gewesen, die CDT-Bestimmung ausdrücklich als abrechenbare Leistung in den EBM-Ä aufzunehmen. Eine solche Pflicht besteht lediglich hinsichtlich der Leistungen, ohne die eine umfassende ambulante Versorgung der Versicherten nicht möglich ist (Urteil vom 13. November 1996 - [BSGE 79, 239, 243 = SozR 3-2500 § 87 Nr 14 S 50](#)). Dies zu beurteilen, obliegt in erster Linie dem Bewertungsausschuß, der wie jeder Normsetzer einen Entscheidungsspielraum hat. Die Nichtaufnahme in den EBM-Ä ist hier schon deshalb nicht zu beanstanden, weil ernstlich umstritten ist, ob die CDT-Bestimmung zur Feststellung von Alkoholabusus ausreichend geeignet ist. Es ist nicht Aufgabe der Gerichte, ihrerseits die Tauglichkeit des CDT-Verfahrens zu klären. Daher geht die Rüge der Kläger fehl, die Vorinstanz hätte dessen Eignung anhand weiterer Erkenntnisquellen und des vorgelegten fremdsprachigen Schrifttums klären müssen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs 1 und Abs 4](#) Sozialgerichtsgesetz.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-08-28