

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 6 RKa 51/95

.....,

Kläger und Revisionsbeklagter,

Prozeßbevollmächtigte:,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen,
Hannover, Berliner Allee 22,

Beklagte und Revisionsklägerin,

beigeladen:

- 1) Kassenärztliche Bundesvereinigung,
Köln, Herbert-Lewin-Straße 3,

Revisionsklägerin,
- 2) AOK-Bundesverband,
Bonn, Kortrijker Straße 1,
- 3) Bundesverband der Betriebskrankenkassen,
Essen, Kronprinzenstraße 6,



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



- 4) IKK-Bundesverband,
Bergisch Gladbach, Kölner Straße 1-5,
- 5) Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,
Kassel, Weißensteinstraße 70-72,
- 6) Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
Siegburg, Frankfurter Straße 84,
- 7) Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,
Siegburg, Frankfurter Straße 84.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 20. März 1996 durch die Richter Dr. E n g e l m a n n - Vorsitzender -,
S t e e g e und Dr. W e n n e r sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. B a u c h und Dr. S e
b a l d für Recht erkannt:

Auf die Revisionen der Beklagten und der Beigeladenen zu 1) wird das Urteil des
Sozialgerichts Hannover vom 24. Mai 1995 aufgehoben.

Die Klage wird abgewiesen.

Der Kläger hat der Beklagten deren Aufwendungen in beiden Rechtszügen zu erstatten.
Im übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.



Gründe:

I

Der Kläger, ein als Urologe zugelassener Vertragsarzt, wendet sich gegen die seit dem 2. Quartal 1994 von der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) praktizierte Begrenzung seiner Honorare für Laborleistungen.

Im Zuge der vom Bewertungsausschuß mit Wirkung ab 1. April 1994 beschlossenen Neufassung der Abschnitte O I und O II des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM) wurde zwecks Eindämmung der Mengensteigerungen bei Leistungen des sogenannten Basislabors bestimmt, daß kurativ-ambulante Laboratoriumsuntersuchungen nach dem Abschnitt O I von bestimmten Ausnahmen abgesehen je Arztpraxis und Abrechnungsquartal (nur) bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl berechnungsfähig sind, deren Höhe sich aus dem Produkt aus arztgruppenbezogener Fallpunktzahl und der Zahl kurativ-ambulanter Fälle der Arztpraxis ergibt. Der Kläger hat im Juli 1994 Klage auf Feststellung erhoben, daß er weiterhin berechtigt sei, Laborleistungen ohne Begrenzung auf eine Höchstpunktzahl zu erbringen und abzurechnen. Nachdem die Beklagte seine Honoraranforderung für Laborleistungen im Quartal II/1994 wegen Überschreitung der Punktzahlengrenze gekürzt hatte und der Widerspruch hiergegen erfolglos geblieben war (Widerspruchsbescheid vom 14. Dezember 1994), hat er die Klage erweitert und auch die Honorarkürzung angegriffen.

Das Sozialgericht (SG) hat den Kürzungsbescheid für das Quartal II/1994 sowie die während des Klageverfahrens ergangenen weiteren Kürzungsbescheide für die Quartale III/1994 und IV/1994 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, die abgerechneten O I-Leistungen in voller Höhe zu vergüten. Ferner hat es dem Feststellungsantrag des Klägers entsprochen. Für die Festlegung eines individuellen Laborbudgets im EBM gebe es keine gesetzliche Grundlage. Die Aufgaben des Bewertungsausschusses seien in § 87 Abs 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) abschließend dahingehend beschrieben, daß er den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges Verhältnis zueinander festzulegen habe. Eine Punktzahlenobergrenze als mengensteuernde Maßnahme habe aber mit der Leistungsbewertung nichts zu tun. Ihre Einführung könne auch nicht damit gerechtfertigt werden, daß gemäß § 87 Abs 2b Satz 2 SGB V bei der Neuordnung der Bewertungen Möglichkeiten struktureller Veränderungen der Versorgung mit Laborleistungen einzubeziehen seien; denn dadurch seien nur die in § 87 Abs 2 Satz 2 SGB V genannten Anpassungsziele um ein zusätzliches Kriterium erweitert, nicht aber dem Bewertungsausschuß neue, über das bisherige Instrumentarium hinausgehende Gestaltungsmittel an die Hand gegeben worden. Der mit der Begrenzungsregelung verbundene Eingriff in die Berufsfreiheit sei außerdem unverhältnismäßig, weil das Ziel einer Leistungsmengenbegrenzung im Laborbereich auch mit



dem milderen Mittel einer differenzierenden Neubewertung der betroffenen Leistungen habe erreicht werden können (Urteil vom 24. Mai 1995, veröffentlicht in MedR 1995, 232).

Mit ihren Sprungrevisionen rügen die Beklagte und die zu 1) beigeladene Kassenärztliche Bundesvereinigung (KÄBV) Verstöße gegen § 87 Abs 2 SGB V und Art 12 Abs 1 Grundgesetz (GG). Das SG habe die aus § 87 Abs 2 iVm Abs 2b SGB V folgenden Befugnisse und Gestaltungsmöglichkeiten des Bewertungsausschusses verkannt. Diese beschränkten sich nicht auf die Definition und Bewertung von Einzelleistungen, sondern schlossen die Möglichkeit ein, über Komplexgebühren, Gebührenpauschalen, Abstaffelungsregelungen 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, zu bewirken. Speziell der aus § 85 Abs 4a iVm § 87 Abs 2b SGB V zu entnehmende Auftrag, über eine Neuordnung des EBM Wirtschaftlichkeitsreserven im Laborbereich auszuschöpfen und die dabei erzielten Einsparungen zur Förderung der hausärztlichen Versorgung zu verwenden, habe nicht durch eine bloße Abwertung von Leistungen, sondern nur durch eine globale Begrenzung der Laborvergütungen im EBM erfüllt werden können. Sei man mit dem SG der Auffassung, daß dies die Kompetenzen des Bewertungsausschusses überschreite, könne eine solche Begrenzungsregelung jedenfalls in den Bundesmantelverträgen getroffen werden, was durch Übergangsvereinbarungen zwischen der KÄBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vom 16. Februar 1994 (DÄBl 1994, A 998) vorsorglich geschehen sei.

Die Beklagte und die Beigeladene zu 1) beantragen,
das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 24. Mai 1995 aufzuheben und die Klagen abzuweisen.

Der Kläger beantragt,
die Revisionen zurückzuweisen.

Er hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Die Beigeladenen zu 2) bis 7) haben keine Anträge gestellt, unterstützen aber den Standpunkt der Revision.

II

Die Revisionen der Beklagten und der Beigeladenen zu 1) haben Erfolg.



Beide Rechtsmittel sind zulässig.

Die beigeladene KÄBV ist nach § 69 Nr 3 Sozialgerichtsgesetz (SGG) Beteiligte des Verfahrens und kann gemäß § 75 Abs 4, § 160 Abs 1 SGG selbständig Revision einlegen. Auch die für das Rechtsmittel eines Beigeladenen erforderliche materielle Beschwer ist in ihrem Fall gegeben. Eine solche Beschwer ergibt sich allerdings weder allein aus der Stellung als Beteiligter eines Verfahrens noch aus der damit verknüpften Bindung an ein über den Streitgegenstand erlassenes rechtskräftiges Urteil (vgl zum Ganzen: BSG SozR 3-1500 § 54 Nr 9 mwN; BVerwGE 87, 332, 337). Sie setzt vielmehr voraus, daß die angefochtene Entscheidung in eigene Rechtspositionen des Beigeladenen eingreift. Das ist hier indessen der Fall, weil im Rahmen des anhängigen Honorarstreits über die Gültigkeit von Bestimmungen des EBM zu entscheiden ist, an deren Zustandekommen die KÄBV kraft gesetzlicher Aufgabenzuweisung beteiligt ist.

Der EBM wird nach § 87 Abs 1 Satz 1 SGB V zwischen der KÄBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch den Bewertungsausschuß als Bestandteil der Bundesmantelverträge vereinbart. Seine Aufstellung ist somit vom Gesetz den genannten Vertragspartnern als Aufgabe der "gemeinsamen Selbstverwaltung" von Ärzten und Krankenkassen übertragen worden. Zwar obliegt die Beschlußfassung über den EBM einem besonderen Vertragsorgan, dem nach Maßgabe des § 87 Abs 3 SGB V zu bildenden Bewertungsausschuß. Dessen Entscheidungen haben aber nach dem Gesetz die rechtliche Wirkung einer den Partnern der "gemeinsamen Selbstverwaltung" zuzurechnenden vertraglichen Vereinbarung. Die demnach der KÄBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen in bezug auf den Bewertungsmaßstab zukommende Regelungshoheit ist betroffen, wenn in einem gerichtlichen Verfahren über die Rechtmäßigkeit eines Honorarbescheides einer KÄV inzident eine diesem zugrundeliegende Vorschrift des EBM verworfen und die KÄV zu einer Vergütung ohne Berücksichtigung der mittelbar angegriffenen EBM-Regelung verurteilt wird. Zwar greift eine solche Entscheidung nicht unmittelbar in die Rechtssphäre der am Zustandekommen des EBM beteiligten Vertragspartner ein, so daß eine notwendige Beiladung nach § 75 Abs 2 SGG ausscheidet (BSGE 70, 240, 242 = SozR 3-5533 Allg Nr 1). Das ändert aber nichts daran, daß die inzidente Verwerfung einer für die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen verbindlichen Regelung des EBM rechtlich geschützte Interessen der am Zustandekommen des EBM beteiligten Vertragspartner berührt. In einem Prozeß, in dem die Gültigkeit des EBM unmittelbar entscheidungserheblich ist, ist deshalb eine - einfache - Beiladung der KÄBV nach § 75 Abs 1 SGG gerechtfertigt (BSGE 70, 240, 242 = SozR 3-5533 Allg Nr 1 S 2; vgl zu diesem Gesichtspunkt auch: BVerwGE 92, 66, 69). Wird durch die gerichtliche Entscheidung eine Regelung des EBM inzident für unwirksam erklärt und eine Vergütung entgegen den darin enthaltenen Vorgaben zugelassen, so ist die - nach § 75 Abs 1 SGG beigeladene - KÄBV durch diese Entscheidung auch materiell beschwert und zur Rechtsmitteleinlegung befugt.



Die Revision der Beigeladenen zu 1) genügt auch den gesetzlichen Formerfordernissen. Obwohl sich weder in der Revisionschrift noch in der Revisionsbegründungsschrift ein förmlicher Antrag findet, ist der Forderung des § 164 Abs 2 Satz 3 SGG, daß die Begründung der Revision einen bestimmten Antrag enthalten muß, genügt. Das Antragserfordernis ist nicht Selbstzweck, sondern soll gewährleisten, daß bis zum Ablauf der Revisionsbegründungsfrist Klarheit darüber herrscht, in welchem Umfang das vorinstanzliche Urteil angefochten wird. Das Bundessozialgericht (BSG) hat es deshalb als ausreichend angesehen, wenn die Revisionsbegründung eindeutig ergibt, welches prozessuale Ziel der Revisionskläger erreichen will (SozR 1500 § 164 Nr 8 und Nr 10). Die Ausführungen der Beigeladenen zu 1) lassen hier keinen Zweifel daran, daß die Aufhebung des angefochtenen Urteils und die Abweisung der Klage erstrebt wird. - Auch die Revision der Beklagten ist formgerecht begründet worden. Zwar enthält deren Revisionsbegründungsschrift außer dem Antrag keine eigenen Ausführungen zur Sache, sondern verweist ihrerseits auf die Revisionsbegründung der Beigeladenen zu 1). Die Bezugnahme auf die ordnungsgemäße Revisionsbegründung eines anderen Prozeßbeteiligten genügt aber den Anforderungen des § 164 Abs 2 Satz 3 SGG, wenn beide Beteiligte dasselbe Prozeßziel verfolgen und dieselben Anträge stellen, wie dies hier der Fall ist (BSGE 16, 227, 229 f = SozR Nr 48 zu § 164 SGG; Senatsurteil vom 14. Mai 1992 - 6 RKa 41/91 -, insoweit in BSGE 70, 285 = SozR 3-2500 § 122 Nr 3 nicht mit abgedruckt).

Die Revisionen sind auch begründet.

Soweit das SG (auch) die während des Klageverfahrens ergangenen Honorarkürzungsbescheide für die Quartale III/1994 und IV/1994 aufgehoben hat, kann sein Urteil schon deshalb keinen Bestand haben, weil diese Bescheide nicht Gegenstand des Rechtsstreits geworden und die dagegen gerichteten Klagen deshalb unzulässig sind. Etwas anderes könnte nur gelten, wenn die Regelung des § 96 Abs 1 SGG eingreifen würde, nach der spätere Verwaltungsakte, die den ursprünglich angefochtenen Bescheid abändern oder ersetzen, kraft Gesetzes und ohne Zutun der Beteiligten Gegenstand eines gegen den Ausgangsbescheid angestrebten Gerichtsverfahrens werden. Die Voraussetzungen dieser Vorschrift sind jedoch nicht erfüllt.

Das BSG ist allerdings, worauf das angefochtene Urteil mit Recht hinweist, in der Vergangenheit davon ausgegangen, daß bei vertragsärztlichen Honorarstreitigkeiten im Wege einer weiten Auslegung des § 96 Abs 1 SGG auch solche Bescheide in den Prozeß einzubeziehen sind, die zwar den ursprünglich angefochtenen Bescheid weder ändern noch ersetzen, die darin getroffene Regelung aber für spätere Abrechnungszeiträume unverändert übernehmen und deshalb mit derselben Begründung angefochten werden (SozR Nr 14 und Nr 19 zu § 96 SGG; BSGE 27, 146, 148 = SozR Nr 21 zu § 96 SGG;



SozR 1500 § 144 Nr 6; SozR 1500 § 96 Nr 14 und Nr 24 S 33 ua). Eine übereinstimmende Regelung in dem vorgenannten Sinne ist angenommen worden, wenn bei dem ursprünglichen und dem späteren Bescheid "im Kern" über dieselbe Rechtsfrage gestritten wurde, so etwa bei fortdauernden Meinungsverschiedenheiten über die Auslegung einer Gebührenvorschrift oder die Anwendung von Vergütungsbestimmungen eines Honorarverteilungsmaßstabs (vgl zuletzt Senatsurteil vom 12. Oktober 1994 <SozR 3-2500 § 85 Nr 8 S 46>). An dieser Rechtsprechung hält der Senat nach erneuter Prüfung nicht mehr fest.

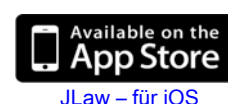
Der Anwendungsbereich des § 96 Abs 1 SGG wird wesentlich durch den Zweck dieser Regelung bestimmt. Durch die Einbeziehung weiterer, denselben Streitgegenstand betreffender Bescheide soll in erster Linie ein schnelles und zweckmäßiges Verfahren ermöglicht und damit die Prozeßökonomie gefördert werden. Darüber hinaus soll die Gefahr divergierender Entscheidungen vermieden und der Betroffene vor Rechtsnachteilen geschützt werden, die ihm dadurch erwachsen, daß er im Vertrauen auf den eingelegten Rechtsbehelf weitere Schritte unterläßt (BSG SozR Nr 14 zu § 96 SGG BI Da 5; SozR 1500 § 96 Nr 24 S 32). Diese in der bisherigen Judikatur für eine weite Auslegung des § 96 Abs 1 SGG angeführten Gesichtspunkte vermögen jedoch, wie sich in der Praxis erwiesen hat, bei Streitigkeiten über die kassenärztliche (vertragsärztliche) Honorarabrechnung die Einbeziehung von Folgebescheiden für spätere Abrechnungsquartale nicht überzeugend zu rechtfertigen. In neueren Urteilen hat der Senat bereits hervorgehoben, daß für eine entsprechende Anwendung des § 96 Abs 1 SGG jedenfalls dann kein Raum sein kann, wenn zwar die späteren Entscheidungen auf derselben Rechtsgrundlage ergangen sind und es auch um dieselbe Rechtsfrage geht, die rechtlich relevanten Sachverhaltsumstände und Tatsachengrundlagen aber, wie es bei Abrechnungsstreitigkeiten häufig der Fall ist, in den verschiedenen Abrechnungszeiträumen nicht oder nur teilweise deckungsgleich sind (Urteil vom 24. August 1994 <SozR 3-1500 § 96 Nr 3>; Urteil vom 18. Oktober 1995 - 6 RKa 12/95 - <nicht veröffentlicht>; Urteil vom 7. Februar 1996 - 6 RKa 61/94 - <zur Veröffentlichung vorgesehen>). Maßgeblich hierfür war die Erwägung, daß nur so dem bei der Handhabung der Vorschrift im Vordergrund stehenden Gesichtspunkt der Prozeßökonomie angemessen Rechnung getragen werden kann. Das Ziel, im Interesse der Prozeßwirtschaftlichkeit ein schnelles und zweckmäßiges Verfahren zu ermöglichen, würde verfehlt, wenn die Gerichte gezwungen wären, im Rahmen des Prozesses auch solche nachgehenden Verwaltungsentscheidungen zu überprüfen, denen ein anderer, bisher nicht berücksichtigter Sachverhalt zugrunde liegt.

Ob die maßgeblichen tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse im streitbefangenen Quartal und in den nachfolgenden Zeiträumen in der Weise identisch sind, daß mit der Entscheidung über den ursprünglichen Streitgegenstand der Sache nach auch abschließend über die Folgebescheide entschieden ist, läßt sich bei Honorarstreitigkeiten



zumeist nicht ohne genauere Prüfung beurteilen. Da es sich bei Abrechnungs- und Vergütungsvorschriften vielfach um komplexe Regelungen handelt, die ihrerseits Bestandteil eines sich ständig verändernden Normengefüges sind und für deren Anwendung eine Vielzahl unterschiedlicher Sachverhaltsumstände von Bedeutung sein kann, kann allein aus der wiederholten Anwendung einer vom Kläger im Ausgangsverfahren beanstandeten Bestimmung nicht ohne weiteres auf einen unveränderten Streitstoff in den Folgequartalen geschlossen werden. Dabei kommt es in dem hier interessierenden Zusammenhang nicht darauf an, ob sich neue tatsächliche und rechtliche Umstände bei der späteren gerichtlichen Entscheidung tatsächlich auswirken; eine Einbeziehung der für Folgequartale ergangenen Bescheide in den Prozeß hat schon dann auszuscheiden, wenn dies nach den Umständen jedenfalls nicht ausgeschlossen werden kann.

Die dargestellte Situation führt in zahlreichen Fällen zu einer erheblichen Unsicherheit darüber, ob ein nachgehender Bescheid Gegenstand eines anhängigen Gerichtsverfahrens wird oder nicht. Diese Frage muß aber bereits im Zeitpunkt der Bescheiderteilung geklärt sein, damit für die Beteiligten und die Gerichte Rechtsklarheit herrscht und Fehldispositionen vermieden werden. In anderen Fällen, in denen über die Auslegung von Gebührenordnungsbestimmungen oder die Abrechnungsfähigkeit von Gebührenziffern gestritten wird, kann es dazu kommen, daß Folgebescheide nur teilweise - soweit dieselben Abrechnungspositionen betroffen sind - in den anhängigen Prozeß einbezogen, gleichzeitig aber mit dem verbliebenen Teil Gegenstand eines oder mehrerer anderer Widerspruchs- oder Klageverfahren werden (anschaulich insoweit die dem Senatsurteil vom 24. August 1994 <SozR 3-1500 § 96 Nr 3> zugrundeliegenden Fallkonstellation). Die dadurch und durch die rasche zeitliche Aufeinanderfolge der quartalsweise erteilten Honorarbescheide bewirkte Unübersichtlichkeit des Verfahrens erhöht den Bearbeitungsaufwand, verzögert die Erledigung und begünstigt die Entstehung von Verfahrensfehlern. Den Interessen der Beteiligten und des Gerichts wie auch dem Gebot der Prozeßökonomie ist angesichts dieser Auswirkungen bei vertragsärztlichen Honorarstreitigkeiten besser gedient, wenn die Bescheide für nachfolgende Quartale gesondert angefochten werden und die Entscheidung hierüber ggf bis zum rechtskräftigen Abschluß des schon anhängigen gerichtlichen Verfahrens zurückgestellt wird. Der Senat sieht sich deshalb veranlaßt, seine bisherige Rechtsprechung zur entsprechenden Anwendung des § 96 Abs 1 SGG auf Folgebescheide in vertragsärztlichen Honorarangelegenheiten aufzugeben. Von Entscheidungen anderer Senate des BSG wird dadurch nicht abgewichen. Ob und unter welchen Voraussetzungen der Anwendungsbereich des § 96 Abs 1 SGG über den Wortlaut der Vorschrift hinaus auf Verwaltungsakte zu erstrecken ist, die das streitige Rechtsverhältnis für einen späteren Zeitraum regeln, hängt von der Art und den Besonderheiten des jeweiligen Regelungsgegenstandes ab und kann für Fallgestaltungen aus dem Kassenarztrecht anders zu beurteilen sein als für andere Bereiche des Sozialrechts.



Die Nichtanwendbarkeit des § 96 Abs 1 SGG schließt freilich nicht aus, daß nachgehende Honorarbescheide im Wege einer (gewillkürten) Klageänderung nach § 99 Abs 1 SGG zum Gegenstand des anhängigen Prozesses gemacht werden, sofern die Rechtsbehelfsfristen eingehalten sind und die übrigen Beteiligten in die Klageänderung einwilligen. Stimmen die Prozeßparteien darin überein, daß der Bescheid, der den Honoraranspruch des Arztes für ein späteres Quartal regelt, in dem bereits anhängigen Prozeß mit überprüft werden soll, so kann im allgemeinen davon ausgegangen werden, daß der neue Bescheid keine wesentlich abweichenden Tatsachen- und Rechtsfragen aufwirft und seine Einbeziehung in das Verfahren deshalb zweckmäßig ist. Dies rechtfertigt es, wie der Senat in dem zur Veröffentlichung bestimmten Urteil vom 7. Februar 1996 - 6 RKa 42/95 - näher ausgeführt hat, im Falle des Zustandekommens einer entsprechenden prozessualen Vereinbarung zwischen den Beteiligten auf die Durchführung eines Widerspruchsverfahrens hinsichtlich des Folgebescheides zu verzichten. Im hier zu entscheidenden Fall liegt die erforderliche Zustimmung zur Klageerweiterung indessen nicht vor. Selbst wenn nach § 99 Abs 2 SGG die Einwilligung der Beklagten und der Beigeladenen zu 6) und 7) unterstellt wird, weil sie in der mündlichen Verhandlung vor dem SG der Erweiterung des Klageantrags nicht widersprochen haben, fehlt es jedenfalls an der erforderlichen Einwilligung auch der übrigen Beteiligten, die an der mündlichen Verhandlung nicht teilgenommen haben und von der eingetretenen Entwicklung keine Kenntnis hatten (zur Notwendigkeit der Einwilligung aller Prozeßbeteiligten in die Klageänderung vgl Meyer-Ladewig, SGG, 5. Aufl, § 99 RdNr 8). Nachdem der Kläger gegen die Kürzungsbescheide für die Quartale III/1994 und IV/1994 jeweils rechtzeitig Widerspruch eingelegt hat, ist eine Einbeziehung dieser Bescheide in den Prozeß schließlich nicht deshalb geboten, weil aufgrund der bisherigen Rechtsprechung des BSG möglicherweise darauf vertraut werden konnte, daß sich ein gesonderter Rechtsbehelf wegen der Rechtswirkungen des § 96 Abs 1 SGG erübrige (zum Gesichtspunkt des prozessualen Vertrauensschutzes bei einer Änderung der Rechtsprechung: Urteil des Senats vom 2. Dezember 1992 - 6 RKa 5/91 - <SozR 3-1500 § 161 Nr 3 S 8 f>).

Unzulässig ist entgegen der Auffassung des SG auch die Feststellungsklage, die den Ausgangspunkt des Prozesses gebildet hatte. Mit ihr erstrebt der Kläger die Feststellung, daß er Laborleistungen nach Abschnitt O I des EBM ohne Bindung an die dafür festgelegte Punktzahlengrenze erbringen und abrechnen darf und die Beklagte verpflichtet ist, diese Leistungen in vollem Umfang zu vergüten. Dieses Begehren ist auf die Feststellung des Bestehens eines Rechtsverhältnisses iS des § 55 Abs 1 Nr 1 SGG gerichtet. Es bezweckt die Klärung von Rechtsbeziehungen zwischen dem Kläger und der Beklagten, die sich aus der Anwendung einer normativen Regelung des EBM auf einen konkreten Lebenssachverhalt ergeben (zum Begriff des Rechtsverhältnisses vgl BSGE 43, 148, 150 = SozR 2200 § 1385 Nr 3 S 3 mwN). Dabei geht es nicht, wie das SG



gemeint hat, lediglich um vorbeugenden Rechtsschutz im Hinblick auf ein zukünftig erst entstehendes Rechtsverhältnis. Vielmehr will der Kläger (zumindest auch) Klarheit darüber erhalten, ob er sich bei seiner laufenden Praxisführung hinsichtlich der von der Begrenzungsregelung betroffenen Basislaboruntersuchungen beschränken muß oder nicht. Die Zulässigkeit der Klage ist jedoch deshalb zu verneinen, weil das nach § 55 Abs 1 SGG erforderliche berechnete Interesse an einer baldigen Feststellung nicht gegeben ist. Ob ein solches Interesse im Zeitpunkt der Klageerhebung bestanden hat, kann offenbleiben. Im Hinblick darauf, daß sich der Umfang der benötigten Labordiagnostik an den objektiven Maßstäben der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu orientieren hat (§ 12 Abs 1, § 72 Abs 2 SGB V), bestehen Zweifel, ob allein das Anliegen des Klägers, sein Behandlungsverhalten rechtzeitig auf die bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen einstellen zu können, ein Feststellungsinteresse begründen kann. Auch wenn für die Feststellungsklage aber ursprünglich ein Rechtsschutzbedürfnis bestanden haben sollte, so ist es jedenfalls mit dem Erlaß des Kürzungsbescheides für das Quartal II/1994 und dessen Anfechtung durch den Kläger entfallen. Mit der auf die Anfechtungsklage ergehenden Entscheidung wird das streitige Rechtsverhältnis zwar nur für den betroffenen Abrechnungszeitraum rechtskräftig geklärt. Gleichwohl entfaltet die Entscheidung eine faktische Bindungswirkung, und es gibt keinen Anhalt dafür, daß die Beklagte, die als Körperschaft des öffentlichen Rechts an Gesetz und Recht gebunden ist, sich daran künftig nicht halten wird (zur Subsidiarität der Feststellungsklage bei gleichzeitig anhängiger Gestaltungsklage vgl auch BSGE 56, 255, 256 = SozR 1500 § 55 Nr 23).

Soweit das SG der Anfechtungsklage gegen den Honorarkürzungsbescheid für das Quartal II/1994 stattgegeben hat, kann sein Urteil aus Sachgründen keinen Bestand haben. Die dem Abschnitt O I des EBM in der seit 1. April 1994 geltenden Fassung vorangestellte Bestimmung, wonach kurativ-ambulante Laboruntersuchungen nach diesem Abschnitt von bestimmten Ausnahmen abgesehen je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl berechnungsfähig sind, ist entgegen dem angefochtenen Urteil durch § 87 Abs 2 und Abs 2b SGB V gedeckt und mit höherrangigem Recht vereinbar.

Umfang und Grenzen der Gestaltungsmöglichkeiten des Bewertungsausschusses bei der Aufstellung des EBM ergeben sich einerseits aus den inhaltlichen Vorgaben und Zielsetzungen in § 87 Abs 2 SGB V und zum anderen aus der Funktion des EBM innerhalb des vertragsärztlichen Vergütungssystems. Nach § 87 Abs 2 Satz 1 SGB V hat der Bewertungsmaßstab 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 sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung Rechnung tragen



und in regelmäßigen Zeitabständen entsprechend überprüft und angepaßt werden. Die Bedeutung des EBM 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 Vertragsärzte, wie sie das Gesetz in § 85 Abs 4 Satz 3 SGB V vorschreibt. Die vertraglichen Vereinbarungen über die Gesamtvergütung, der Einheitliche Bewertungsmaßstab und die Regelungen in den Honorarverteilungsmaßstäben der KÄVen müssen so ineinandergreifen, 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 ein wesentliches und unverzichtbares Steuerungsinstrument dar. Da die Honorarverteilung der autonomen Satzungs Gewalt der einzelnen regionalen KÄVen 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 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. Hiervon ist der Senat schon bisher ausgegangen (vgl. zB Urteil vom 24. August 1994 <SozR 3-1500 § 96 Nr 3 S 8>; zur Steuerungsfunktion des EBM auch: Stiller, Gemeinschaftskommentar zum SGB V, § 87 RdNr 10). Darüber hinaus kann der EBM die ihm innerhalb des vertragsärztlichen Vergütungssystems zukommende Aufgabe aber nur erfüllen, wenn der Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses über die bloße Möglichkeit der Aufnahme neuer bzw der Abwertung, Höherbewertung oder Streichung 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 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 Arztgruppen zueinander, anzustreben.

Daß dies der Intention des Gesetzes entspricht, kann angesichts der Neufassung und Erweiterung des § 87 SGB V durch das Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 (BGBl I S 2266) nicht zweifelhaft sein. Bei den in § 87 Abs 2a und 2b SGB V idF des GSG formulierten Aufträgen zur Schaffung hausärztlicher Grundvergütungen, spezifischer hausärztlicher Leistungen, Komplexgebühren als Zusammenfassung mehrerer ärztlicher Leistungen und Abstaffelungsregelungen bei Großgeräte-Leistungen handelt es sich, wie die Revision zu Recht ausführt, um solche steuernden Bewertungsformen, die mit den Leistungsdefinitionen zu einem Bewertungsgefüge verbunden werden können, ohne daß damit der Auftrag zu einer relativen Bewertung der einzelnen Leistungen beseitigt würde. Durch die Einführung einer hausärztlichen Grundvergütung, die als Behandlungsfallpauschale unabhängig von der Leistungserbringung im Einzelfall gezahlt wird, und die Schaffung weiterer nur vom Hausarzt abrechenbarer Leistungen (§ 87 Abs 2a Satz 3 und 4 SGB V) sollen im Zusammenhang mit der Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung (§ 73 Abs 1 SGB V) gezielt die hausärztliche Vergütung verbessert und die hausärztliche Tätigkeit gestärkt werden (Begründung der Fraktionen von CDU/CSU, SPD und FDP zum Entwurf eines GSG, BT-Drucks 12/3608, S 89). Die in § 87 Abs 2b Satz 3 SGB V vorgeschriebene Abstaffelung der Punktzahlen für Großgeräte-Leistungen dient dem Ziel, die mit einer hohen Geräteauslastung verbundenen Rationalisierungsgewinne abzuschöpfen und Anreize für eine medizinisch nicht erforderliche Ausweitung der Großgeräte-Leistungen zu vermeiden (Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit, BT-Drucks 12/3930, S 31 und BT-Drucks 12/3937, S 14). Der in § 87 Abs 2a Satz 1 SGB V enthaltene Auftrag, die einzelnen Gebührenpositionen zu Leistungskomplexen zusammenzufassen, ist im Gesetzentwurf vom 5. November 1992 (BT-Drucks 12/3608, S 89) mit der Notwendigkeit begründet worden, eine Zergliederung des EBM in immer mehr Einzelleistungspositionen zu verhindern. Dahinter steht das Bestreben, durch die Bildung von Komplexgebühren, mit denen die bei bestimmten typischen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen anfallenden Leistungen pauschal abgegolten werden, der Tendenz zu Leistungsausweitungen und einem damit verbundenen Punktwertverfall entgegenzuwirken (vgl Hencke in Peters, Handbuch der Krankenversicherung, 19. Aufl, § 87 SGB V RdNr 14). An diesen Beispielen wird deutlich, daß die Gestaltungsmittel des EBM nach dem Willen des Gesetzgebers grundsätzlich auch zur Beeinflussung und Veränderung von Leistungsstrukturen eingesetzt werden können und daß der Bewertungsausschuß hierbei nicht auf bloße Bewertungskorrekturen in Gestalt einer Neu- oder Umbewertung von Einzelleistungen beschränkt ist.



Die Zubilligung eines weiten Gestaltungsspielraums bedeutet entgegen einer im Schrifttum (Preißler, MedR 1996, 162, 164) geäußerten Befürchtung nicht, daß der Bewertungsausschuß seine Befugnisse beliebig, etwa zur Durchsetzung honorarpolitischer Interessen einzelner Arztgruppen oder zur Einkommenslenkung, nutzen kann. Der Senat hat in zahlreichen Entscheidungen hervorgehoben, daß die Definition und Bewertung der Leistungen im EBM sachbezogen zu erfolgen hat. Eingriffe der Gerichte in das Tarifgefüge des Bewertungsmaßstabs haben zwar grundsätzlich zu unterbleiben; das gilt jedoch nicht, wenn der Bewertungsausschuß seine Kompetenzen mißbräuchlich ausübt, indem er etwa eine ärztliche Minderheitsgruppe bei der Honorierung bewußt benachteiligt oder sich sonst von sachfremden Erwägungen leiten läßt (vgl. zuletzt mwN: Urteil vom 7. Februar 1996 - 6 RKa 6/95 -, zur Veröffentlichung vorgesehen). Speziell solche Regelungen, mit denen über das Anpassungsgebot des § 87 Abs 2 Satz 2 SGB V hinaus Leistungs- und Vergütungsstrukturen modifiziert werden sollen, bedürfen der sachlichen Legitimation. Welche Anforderungen dabei an die Legitimationsgrundlage im einzelnen zu stellen sind, braucht aus Anlaß des vorliegenden Rechtsstreits nicht entschieden zu werden. Es reicht jedenfalls aus, wenn das Gesetz selbst ausdrücklich einen entsprechenden Umgestaltungsauftrag erteilt, wie dies in bezug auf die umstrittenen Laborleistungen durch die Regelung in § 87 Abs 2b iVm § 85 Abs 4a Satz 1 SGB V geschehen ist.

Der Senat läßt offen, ob die vom Bewertungsausschuß beschlossene Bildung eines fallzahlabhängigen "Praxisbudgets" für Leistungen des Abschnitts O I des EBM unabhängig von dem gesetzlichen Auftrag, die Vergütung der Laborleistungen neu zu ordnen, schon durch die Regelung in § 87 Abs 2a Sätze 1 und 2 SGB V gedeckt ist. Diese schreibt vor, daß die Leistungen des EBM zu Leistungskomplexen zusammenzufassen und Einzelleistungen nur noch insoweit vorzusehen sind, als dies medizinisch erforderlich ist. Der Bewertungsausschuß hätte auf der Grundlage der genannten Vorschriften ohne weiteres für jeden Behandlungsfall eine arztgruppenspezifische, behandlungsfallbezogene Laborgebühr schaffen können, die als Pauschale den durchschnittlichen Aufwand pro Fall an Basislaboruntersuchungen abgelten würde. Der gewählte Weg unterscheidet sich davon nur insoweit, als die für den Leistungskomplex festgelegte Fallpunktzahl nicht unabhängig vom tatsächlichen Leistungsaufwand abgerechnet werden kann, sondern als Höchstwert den berechnungsfähigen Betrag begrenzt. Die im Durchschnitt pro Behandlungsfall zur Verfügung stehende Punktzahl muß aus Gründen der Wirtschaftlichkeit nicht ausgeschöpft werden; es werden nur die tatsächlich erbrachten Leistungen vergütet, wenn bezogen auf die Gesamtzahl der Behandlungsfälle die Zahl der O I-Leistungen hinter den Gesamtpunktzahlen, die dem Arzt zur Verfügung stehen, zurückgeblieben ist. Diese Regelung führt entgegen der Ansicht des SG nicht dazu, daß tatsächlich erbrachte Leistungen nicht mehr vergütet werden, sondern nur dazu, daß bei einer Überschreitung des Grenzwertes die Höhe der Vergütung für die einzelne erbrachte



Leistung sinkt. Im Hinblick darauf, daß sich die Festlegung eines Praxisbudgets damit letztlich ebenfalls als - wenn auch nur ergänzende - Bewertung eines Leistungskomplexes darstellt, spricht vieles für die Annahme, daß diese Maßnahme von dem Handlungsauftrag gemäß § 87 Abs 2a SGB V mitumfaßt wird.

Die Frage kann jedoch angesichts der speziellen Regelung in § 87 Abs 2b Sätze 2 und 3 SGB V idF des GSG auf sich beruhen. Nach diesen Bestimmungen sind die Bewertungen der Laborleistungen im EBM bis zum 31. Dezember 1993 entsprechend den Vorgaben in § 87 Abs 2 Satz 2 SGB V anzupassen; außerdem sind bei der Neuordnung Möglichkeiten der strukturellen Veränderungen der Versorgung mit Laborleistungen einzubeziehen. Gleichzeitig schreibt § 85 Abs 4a Satz 1 SGB V vor, daß Einsparungen, die durch die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei den Laborleistungen erzielt werden, bei der Honorarverteilung zur Verbesserung der hausärztlichen Vergütung zu verwenden sind. Die Aufgabe, über eine grundlegende, auch Strukturveränderungen einschließende Neuordnung des Laborkapitels im EBM Wirtschaftlichkeitsreserven bei der Versorgung mit Laborleistungen zu erschließen, erfordert bereits für sich genommen mehr als eine bloße Absenkung von Punktzahlen. Denn die Einsparungen, die auf der einen Seite durch eine Abwertung von Leistungen erzielt werden, können auf der anderen Seite durch eine entsprechende Ausweitung der Leistungsmenge wieder aufgezehrt werden, so daß das Ziel der Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven verfehlt würde. Diese Entwicklung könnte zwar auf der Ebene der Honorarverteilung durch die Bildung eines das Einsparvolumen berücksichtigenden Honorartopfes für Laborleistungen aufgefangen werden. Wegen der regional unterschiedlichen Verhältnisse wäre es aber auf diesem Wege nicht möglich, dem in § 85 Abs 4a Satz 1 SGB V formulierten Auftrag zur Vergütungsumverteilung nachzukommen. Die dort vorgeschriebene Verwendung der durch die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven erzielten Einsparungen zur Verbesserung der hausärztlichen Vergütung gemäß § 87 Abs 2a Sätze 3 und 4 SGB V erfordert eine genaue Festlegung des umzuverteilenden Vergütungsvolumens, die nur durch eine bundeseinheitliche Regelung im EBM verwirklicht werden kann. Durch die vom Bewertungsausschuß zusätzlich zur Punktzahlabenkung bei Laborleistungen beschlossene Begrenzung der für Leistungen des Abschnitts O I berechnungsfähigen Gesamtpunktzahl ist diese Aufgabe sachgerecht umgesetzt worden, so daß sich die umstrittene Regelung in dem vom Gesetz vorgezeichneten Rahmen bewegt.

Die Festlegung einer arztgruppenbezogenen begrenzten Gesamtpunktzahl in Abschnitt O I des EBM greift entgegen der Auffassung des SG nicht in unzulässiger Weise in die durch Art 12 Abs 1 GG geschützte Berufsfreiheit des Klägers ein. Seine Berufsausübung wird durch diese Maßnahme nur am Rande berührt. Der Einwand, die starre Punktzahlengrenze werde den von Quartal zu Quartal und von Praxis zu Praxis unterschiedlichen medizinischen Erfordernissen nicht gerecht und könne dazu führen, daß notwendige Untersuchungen nicht vergütet würden, wird dadurch entkräftet, daß für



eine Reihe von Krankheitsfällen mit besonders aufwendiger Labordiagnostik eine Ausnahmeregelung des Inhalts besteht, daß die insoweit erbrachten Leistungen nicht auf das Budget angerechnet werden. Die Begrenzung der berechnungsfähigen Punktzahl ist im übrigen, wie dargelegt, durch vernünftige sachliche Gründe gerechtfertigt, zur Erreichung des angestrebten Ziels geeignet und erforderlich und für die betroffenen Ärzte zumutbar.

Das angefochtene Urteil kann danach insgesamt keinen Bestand haben.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)