

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 6 RKa 6/95

.....,

Kläger und Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigte:,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Nord-Württemberg,
Stuttgart, Albstadtweg 11,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 7. Februar 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. O t t m e r s und Prof. Dr. S e n n e für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 21. Dezember 1994 wird zurückgewiesen.



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



Der Kläger hat der Beklagten deren Aufwendungen für das Revisionsverfahren zu erstatten.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Gründe:

I

Der Kläger, der als Internist mit der Teilgebietsbezeichnung "Gastroenterologie" an der kassen- und vertragsärztlichen (seit 1993 einheitlich: vertragsärztlichen) Versorgung teilnimmt, begehrt eine höhere Vergütung der im Quartal III/1991 erbrachten endoskopischen Leistungen nach den Gebührennummern 740 bis 763 des Bewertungsmaßstabs für kassenärztliche Leistungen (BMÄ) bzw der Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO). Er steht auf dem Standpunkt, die vom Bewertungsausschuß im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vorgenommene punktzahlmäßige Bewertung der genannten Leistungen sei unangemessen niedrig und ermögliche keine kostendeckende Vergütung. Die auf ihrer Basis erfolgte Honorarfestsetzung sei deshalb rechtswidrig.

In dem streitbefangenen Quartal behandelte der Kläger insgesamt 1.170 Krankenkassenpatienten, bei denen er 500 Gastroskopien nach Nr 741 sowie 553 Koloskopien nach den Nrn 760 bis 763 BMÄ/E-GO durchführte. Bei Punktwerten zwischen 10,5 und 11,0 Pfennigen wurden diese Untersuchungen von den Primärkassen mit durchschnittlich 126,00 DM (Nr 741), 104,50 DM (Nr 760), 154,00 DM (Nr 761), 187,00 DM (Nr 762) und 213,00 DM (Nr 763) vergütet; die von den Ersatzkassen gezahlten Beträge lagen geringfügig niedriger. Von dem Gesamthonorarumsatz in Höhe von 263.541,50 DM entfielen knapp 64 % auf die genannten Leistungen.

Die nach erfolglosem Widerspruch gegen den Honorarbescheid für das Quartal III/1991 erhobene Klage hat das Sozialgericht (SG) mit Urteil vom 21. Dezember 1994 abgewiesen. Ob die Bewertungen des EBM für einzelne Leistungen oder Leistungskomplexe angemessen seien, unterliege nicht der gerichtlichen Nachprüfung. Eingriffe in das als ausgewogen zu unterstellende Tarifgefüge der Vertragsgebührenordnungen seien allenfalls in Fällen einer nachweislich mißbräuchlichen Ausübung der Bewertungskompetenz denkbar, für die hier kein Anhalt bestehe. Selbst wenn mit dem vom Kläger vorgelegten betriebswirtschaftlichen Gutachten (sog Männel-Studie) unterstellt werde, daß die Bewertung der im streitbefangenen Quartal abgerechneten Leistungen nach den Nrn 741, 745, 760, 761, 762 und 763 BMÄ/E-GO infolge unzureichender Berücksichtigung der Praxiskosten keine kostendeckende Vergütung zulasse, führe dies nicht zur Rechtswidrigkeit der darauf aufbauenden Honorarberechnung; denn dem Bewertungsausschuß müsse in einem solchen Fall zunächst die Möglichkeit einer Anpassung der Gebührensätze eröffnet und hierzu ein ausreichender Ermittlungs- und Entscheidungszeitraum eingeräumt werden, ehe als ultima ratio an eine Korrektur durch die Gerichte zu denken sei. Ein anderes Ergebnis könne auch nicht mit dem in § 72 Abs 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)



erwähnten Grundsatz der Angemessenheit der Vergütung begründet werden. Dieser beziehe sich auf die Vergütung der ärztlichen Tätigkeit als Ganzes und nicht auf die Honorierung einzelner Leistungen, so daß dahingestellt bleiben könne, ob der einzelne Arzt aus der erwähnten Vorschrift überhaupt eigene Rechte herleiten könne.

Mit der Sprungrevision macht der Kläger geltend, das SG habe die Grenzen des dem Bewertungsausschuß bei der Leistungsbewertung zukommenden Entscheidungsspielraums verkannt. Werde die Gebühr für eine Leistung so niedrig angesetzt, daß sie nicht einmal die Selbstkosten des Arztes decke, so liege in jedem Fall eine mißbräuchliche Ausübung der Bewertungskompetenz vor, die der Betroffene nicht hinzunehmen brauche. Eine derartige Festsetzung verstoße zudem gegen das gesetzliche Gebot der angemessenen Vergütung, dessen Einhaltung der Kassenarzt verlangen könne. Die Forderung nach einer angemessenen Vergütung gelte auch für die einzelne ärztliche Leistung. Ein wirtschaftlicher Ausgleich zwischen verschiedenen Leistungen im Sinne einer Mischkalkulation, wie ihn das SG vorschlage, sei in seinem Fall nicht möglich, weil er sich ganz auf endoskopische Untersuchungen des Verdauungstraktes spezialisiert habe und mit den streitigen Leistungen etwa zwei Drittel seines gesamten Honorarumsatzes bestreite. Nachdem eine Neubewertung der Nrn 740 bis 763 BMÄ/E-GO seit Jahren gefordert werde, könne ein gerichtliches Einschreiten auch nicht mit der Begründung abgelehnt werden, dem Bewertungsausschuß müsse zunächst eine angemessene Zeit zur Überprüfung der Gebührenansätze zugebilligt werden. Das SG hätte nach alledem die Frage, ob die Bewertung der in Rede stehenden endoskopischen Leistungen eine kostendeckende Vergütung ermöglicht, nicht offenlassen dürfen, sondern hierüber Beweis erheben müssen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 21. Dezember 1994 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Honorarbescheides für das Quartal III/1991 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Juni 1992 zu verurteilen, über den Honoraranspruch für die Leistungen nach den Nrn 740 bis 763 BMÄ/E-GO unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

II

Die Revision ist unbegründet.



Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf eine höhere Vergütung für die im Quartal III/1991 durchgeführten endoskopischen Untersuchungen.

Kein Streit besteht zwischen den Beteiligten darüber, daß sich die Beklagte bei der Honorarfestsetzung an die in ihrem Honorarverteilungsmaßstab (HVM) für die Verteilung der Gesamtvergütungen getroffenen Regelungen gehalten und die Vergütung des Klägers auf der Grundlage der im BMÄ für die streitigen Leistungen festgelegten Punktzahlen und der gesamtvertraglich vereinbarten Punktwerte bzw der in der E-GO ausgewiesenen DM-Beträge korrekt berechnet hat. Die Angriffe der Revision richten sich ausschließlich gegen die Leistungsbewertung im EBM und in den darauf beruhenden Vertragsgebührenordnungen; diese sei rechtswidrig, weil sie keine kostendeckende, geschweige denn eine angemessene Honorierung ermögliche.

Als Vergütungsgrundlagen unterliegen die normativen Bestimmungen des EBM ebenso wie des BMÄ und der E-GO im Abrechnungsstreit der gerichtlichen Kontrolle im Hinblick auf ihre Vereinbarkeit mit höherrangigem Gesetzes- und Verfassungsrecht. Allerdings sind die Gerichte regelmäßig nicht befugt, rechtswidrige Gebührenansätze selbst zu korrigieren und der Kassenärztlichen Vereinigung eine Vergütung in bestimmter Höhe vorzuschreiben (vgl dazu Senatsurteil vom 19. August 1992 - 6 RKa 18/91 - <SozR 3-2500 § 87 Nr 5 S 23>). Die Klage kann deshalb in derartigen Fällen nur auf Änderung des beanstandeten Honorarbescheides und Verpflichtung der Beklagten gerichtet werden, durch geeignete Maßnahmen, etwa die Festsetzung von Vergütungszuschlägen in ihrem HVM, die Voraussetzungen für eine ausreichende Vergütung nachträglich zu schaffen. Diesen rechtlichen Gegebenheiten trägt der vom Kläger gestellte Verpflichtungsantrag Rechnung.

Die umstrittenen Gebührenordnungsbestimmungen der Nrn 740 bis 763 BMÄ/E-GO sind rechtlich nicht zu beanstanden. Der Senat geht in ständiger Rechtsprechung davon aus, daß es den Gerichten nur ausnahmsweise und nur in engen Grenzen gestattet ist, in das Bewertungsgefüge der kassen- und vertragsärztlichen Gebührenordnungen einzugreifen (vgl ua Urteil vom 6. Mai 1975 - 6 RKa 24/74 -<SozR 5530 Allg Nr 1>; Urteil vom 26. April 1978 - 6 RKa 11/77 - <BSGE 46, 140, 143 f = SozR 5533 Nr 45 Nr 1>; Urteil vom 24. August 1994 - 6 RKa 8/93 - <SozR 3-1500 § 96 Nr 3 S 7 f>). Der Gesetzgeber hat die Aufgabe, einen einheitlichen Bewertungsmaßstab als ein für alle Kassenarten verbindliches Leistungsverzeichnis zu erstellen, dem paritätisch aus Vertretern der Kassenärzte und der Krankenkassen zusammengesetzten Bewertungsausschuß übertragen. Diesem obliegt es nach § 87 Abs 2 SGB V, den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander festzulegen und den Bewertungsmaßstab in bestimmten Zeitabständen daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen



Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen. Durch die personelle Zusammensetzung des Bewertungsausschusses und den vertraglichen Charakter des EBM soll gewährleistet werden, daß die unterschiedlichen Interessen der an der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Gruppen zum Ausgleich kommen und auf diese Weise eine sachgerechte Abgrenzung und Bewertung der ärztlichen Leistungen erreicht wird (Urteil des Senats vom 19. August 1992 - 6 RKa 18/91 - <SozR 3-2500 § 87 Nr 5 S 22 f>).

Das vom Bewertungsausschuß erarbeitete System autonomer Leistungsbewertung kann seinen Zweck nur erfüllen, wenn Eingriffe von außen grundsätzlich unterbleiben. Den Gerichten ist es deshalb verwehrt, eine im EBM vorgenommene Bewertung als rechtswidrig zu beanstanden, weil sie den eigenen, abweichenden Vorstellungen von der Wertigkeit der Leistung und der Angemessenheit der Vergütung nicht entspricht. Das gilt auch dann, wenn sich diese Vorstellungen auf betriebswirtschaftliche Gutachten gründen, in denen eine günstigere Bewertung gefordert wird. Der im Bewertungsausschuß herbeizuführende Ausgleich zwischen den Interessen der Ärzte und der Krankenkassen erfordert die Berücksichtigung zahlreicher, nicht nur betriebswirtschaftlicher Gesichtspunkte. Es kann deshalb, wie der Senat wiederholt bekräftigt hat, nicht Aufgabe der Gerichte sein, mit punktuellen Entscheidungen zu einzelnen Gebührenpositionen 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, indem er etwa eine ärztliche Minderheitsgruppe bei der Honorierung bewußt benachteiligt oder sich sonst erkennbar von sachfremden Erwägungen hat leiten lassen. Von solchen oder ähnlichen Fällen abgesehen, in denen die Überschreitung der Grenzen normativen Ermessens rechtlich faßbar wird, haben auch die Gerichte die Regelungen des EBM als für sie maßgebend hinzunehmen.

Ein Ausnahmefall in dem zuvor genannten Sinne liegt nicht vor. Daß der Bewertungsausschuß gezielt und wider besseres Wissen die in den Nrn 740 bis 763 des EBM aufgeführten Gastroskopien und Koloskopien zu niedrig bewertet und damit die ihm vom Gesetz eingeräumten Befugnisse mißbraucht hätte, ist auszuschließen. Für eine dahingehende Annahme ist schon deshalb kein Raum, weil die Frage der Angemessenheit der für endoskopische Untersuchungen der Verdauungsorgane festgesetzten Punktzahlen in den vorliegenden Gutachten unterschiedlich beantwortet wird und eine Unterbewertung im Verhältnis zu anderen kassen- und vertragsärztlichen Leistungen somit keineswegs erwiesen ist. Die weitergehende Behauptung des Klägers, die umstrittenen Leistungen seien so unzureichend bewertet, daß die daraus resultierende Vergütung nicht einmal die anfallenden Kosten decke, wird durch das von



ihm selbst vorgelegte betriebswirtschaftliche Gutachten (sog Männel-Studie) nicht gestützt, denn danach ergab sich bei Ausklammerung des ärztlichen Honoraranteils aus der Kostenrechnung im streitbefangenen Quartal sowohl bei den Primärkassen als auch bei den Ersatzkassen für die untersuchten Leistungen nach den Nrn 741 und 763 BMÄ/E-GO ein mehr oder weniger deutlicher Überschuß der Erlöse über die Kosten. Es bestand deshalb keine Veranlassung, diesem Vorbringen weiter nachzugehen, zumal der Aussagewert betriebswirtschaftlicher Untersuchungen für die Beurteilung von Leistungsbewertungen ohnedies begrenzt ist. Die Rentabilität der Leistungserbringung wird von zahlreichen Faktoren, wie der Organisation der Praxis, den Anschaffungskosten und dem Auslastungsgrad der verwendeten Geräte sowie der Arbeitsweise und den individuellen Fähigkeiten des jeweiligen Arztes, beeinflußt, die, wie die extrem unterschiedlichen Annahmen zum Zeitbedarf für die einzelnen endoskopischen Untersuchungen in den vorliegenden betriebswirtschaftlichen Kalkulationen zeigen, kaum hinreichend zu objektivieren sind. Die Berechnungen der Beklagten, denen zufolge der Kläger bei Zugrundelegung der in der sog Männel-Studie angesetzten Untersuchungszeiten die im Jahr 1991 erbrachte Zahl an endoskopischen Untersuchungen neben den übrigen ärztlichen Leistungen und seinen sonstigen Verpflichtungen schwerlich innerhalb eines täglichen Arbeitspensums hätte bewältigen können, belegen dies eindrucksvoll und lassen vermuten, daß diese Zeitvorgaben jedenfalls bezogen auf die klägerische Praxis deutlich zu hoch angesetzt sind. Hinzu kommt, daß aus einer niedrigen Vergütung nicht ohne weiteres auf eine unzureichende Bewertung der in Rede stehenden Leistung geschlossen werden kann, weil die Höhe des Honorars nicht allein durch die im EBM festgelegte Punktzahl, sondern auch durch die Höhe des jeweils vereinbarten oder errechneten Punktwertes bestimmt wird.

Letztlich kann all dieses jedoch auf sich beruhen, denn selbst wenn sich feststellen ließe, daß auch bei stabilem Punktwert, effizienter Praxisorganisation und zügiger Arbeitsweise mit den festgelegten Punktzahlen im streitbefangenen Quartal keine kostendeckende Vergütung der endoskopischen Leistungen zu erzielen war, würde sich daraus kein Anspruch auf eine nachträgliche Korrektur der Leistungsbewertungen ergeben. Dem Bewertungsausschuß muß in einem solchen Fall zunächst die Möglichkeit eröffnet werden, die als unzureichend erkannten Bewertungsansätze für die Zukunft zu korrigieren. Erst wenn er trotz eines eindeutig feststellbaren Anpassungsbedürfnisses und auch nach Ablauf eines ausreichend bemessenen Ermittlungs- und Entscheidungszeitraums untätig bleibt, kann ersatzweise ein Eingreifen der Gerichte in Betracht gezogen werden (vgl Senatsurteil vom 6. Mai 1975 - 6 RKa 24/74 - <SozR 5530 Allg Nr 1 S 5>). Die Leistungen nach den Nrn 740 bis 763 des EBM sind in der Vergangenheit mehrfach, nämlich zum 1. April 1989, zum 1. Januar 1994 und erneut zum 1. Januar 1996, entsprechend den jeweils aktuellen Erkenntnissen neu bewertet und die Punktzahlen dabei zum Teil erheblich angehoben worden. Es kann deshalb keine Rede



davon sein, daß der Bewertungsausschuß seinem gesetzlichen Auftrag aus § 87 Abs 2 Satz 2 SGB V nicht gerecht geworden wäre.

Einen Anspruch auf höhere Vergütung der umstrittenen Leistungen kann der Kläger schließlich nicht aus § 72 Abs 2 SGB V herleiten. Die in dieser Vorschrift den Partnern der Verträge über die kassen- bzw vertragsärztliche Versorgung auferlegte Verpflichtung, Vorsorge dafür zu treffen, daß eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden, hat, wie der Senat zwischenzeitlich im Urteil vom 12. Oktober 1994 - 6 RKa 5/94 - (BSGE 75, 187 = SozR 3-2500 § 72 Nr 5) klargestellt hat, rein objektiv-rechtliche Bedeutung und begründet grundsätzlich kein subjektives Recht des einzelnen Kassen-(Vertrags-)Arztes auf ein bestimmtes, als angemessen bewertetes Honorar für die einzelne Leistung oder die ärztliche Tätigkeit insgesamt. Eine Ausnahme hiervon hat der Senat nur für den Fall diskutiert, daß durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das kassenärztliche Versorgungssystem als Ganzes und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden ärztlichen Leistungserbringer gefährdet wird. Letzteres kommt bei einer zu niedrigen Bewertung lediglich einzelner Leistungen oder Leistungskomplexe regelmäßig nicht in Betracht. Der Kläger macht allerdings geltend, er habe sich ganz auf endoskopische Untersuchungen der Verdauungsorgane spezialisiert, so daß auf die Leistungen nach Nrn 740 bis 763 BMÄ/E-GO allein zwei Drittel seines Honorarumsatzes entfielen und er keine Möglichkeit habe, die behaupteten Bewertungsdefizite bei diesen Leistungen durch Einnahmen aus anderen Bereichen seiner Tätigkeit auszugleichen. Damit ist jedoch nicht dargetan, daß wegen einer - unterstellten - Unterbewertung der genannten Leistungen etwa das gesamte Teilgebiet "Gastroenterologie" der Inneren Medizin, auf das sich nach berufsrechtlichen Grundsätzen der die Teilgebietsbezeichnung führende Arzt im wesentlichen zu beschränken hat, nicht mehr wirtschaftlich sinnvoll betrieben werden kann. Endoskopische Untersuchungen machen, wie aus dem Katalog der für das Teilgebiet Gastroenterologie festgelegten Weiterbildungsinhalte (Musterweiterbildungsordnung und Weiterbildungsrichtlinien des 90. Deutschen Ärztetages <DÄBl 1987, 2349>) zu ersehen ist, nur einen Teil der gastroenterologischen Tätigkeit aus. Spezialisiert sich ein Arzt innerhalb seines Gebietes oder Teilgebietes auf wenige ausgewählte Leistungen mit der Folge, daß ein wirtschaftlicher Ausgleich zwischen einer größeren Zahl von Leistungen nicht mehr möglich ist, so muß er das Risiko der mangelnden Rentabilität der von ihm betriebenen Spezialpraxis tragen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 1 und 4 Sozialgerichtsgesetz.

