

L 11 KA 29/08

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

11
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 14 KA 62/06
Datum
12.12.2007
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KA 29/08

Datum
01.09.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 23/11 B
Datum
03.05.2011

Kategorie
Urteil
Bemerkung
Zurücknahme der NZB

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 12.12.2007 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Höhe der Vergütung von Radiosynoviorthesen (RSO) im Quartal II/2005 auf der Grundlage des in der Zeit vom 01.04.2005 bis zum 31.03.2007 geltenden Einheitlichen Bemessungsmaßstabes (EBM 2000plus), der insofern unter Ziffer 17371 (Kapitel 17: Nuklearmedizinische Leistungen) wie folgt lautete:

"Radiosynoviorthese und/oder Anwendung von offenen Radionukliden in vorgeformten Körperhöhlen

Obligater Leistungsinhalt

- Radiosynoviorthese und/oder - Anwendung von offenen Radionukliden in vorgeformten Körperhöhlen, - Szintigraphische Kontrollmessung(en), - Dokumentation(en),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Gelenkpunktion(en) nach der Nr. 02341, - Kontrolle der Nadellage mittels bildgebender Verfahren,

höchstens viermal am Behandlungstag 780 Punkte"

Entgegen Nr. 4.4 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Leistung nach der Nr. 17371 bei der Radiosynoviorthese am Kniegelenk auch dann abgerechnet werden, wenn die Praxis nicht über die Möglichkeit zur Erbringung von Durchleuchtungen verfügt.

Die Leistung nach der Nr. 17371 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02341 (Punktion), 17310 (Teilkörperszintigraphische Untersuchung), 17361 (Zuschlag für sequentielle Aufnahmetechnik), 34235 und 34236 (beides Röntgenkontrastuntersuchungen) berechnungsfähig.

Nach Anlage 3 des EBM 2000plus wurde eine Kalkulationszeit von 9 Minuten und eine Prüfzeit von 7 Minuten zu Grunde gelegt.

Der klagenden Gemeinschaftspraxis gehörten im streitigen Quartal sechs als Fachärzte für Nuklearmedizin bzw. Radiologie in L niedergelassene Vertragsärzte an. In der Gemeinschaftspraxis werden schwerpunktmäßig u.a. RSO durchgeführt (vgl. homepage der Klägerin www.schilddruese-koeln.de).

RSO ist ein nuklearmedizinisches Verfahren zur Behandlung chronisch-entzündlicher Gelenkerkrankungen, vor allem von Gelenkrheuma und schmerzhafter Arthrose. Der Begriff bezeichnet die Wiederherstellung bzw. Erneuerung (Orthese) entzündlich veränderter Gelenkschleimhaut (Synovialis) mit Radionukliden (Radiopharmaka). Durch die intraartikuläre Injektion eines - je nach erkranktem Gelenk - geeigneten Radionuklids werden die entzündliche Synovialis bestrahlt und oberflächliche hypertrophierte Schichten zerstört, ohne das

Knorpelgewebe zu schädigen (vgl. Leitlinie für die RSO, veröffentlicht auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin - www.nuklearmedizin.de). Die Durchführung erfolgt in der Praxis der Klägerin - nach eigenen Angaben - regelmäßig wie folgt:

1. Nach Desinfektion der Haut über dem erkrankten Gelenk wird unter sterilen Bedingungen und unter Einhaltung der erforderlichen Strahlenschutzmaßnahmen mit einer dünnen Nadel eine Lokalanästhesie mit gleichzeitiger Punktion des Gelenks vorgenommen.
2. Anschließend erfolgt unter Durchleuchtungskontrolle (Röntgen) eine Kontrastmitteldarstellung des Gelenks um sicherzustellen, dass die Nadel im Gelenk liegt.
3. Dann erfolgt die Injektion des Radiopharmakons.
4. Nach der RSO wird das behandelte Gelenk fixiert, meist mit einem Schienenverband.
5. Sodann wird eine Verteilungsszintigraphie des behandelten Gelenks an einer Gammakamera angefertigt, wodurch die einwandfreie Verteilung des Radiopharmakon zur Qualitätssicherung überprüft wird.
6. Die Untersuchung wird dokumentiert.

Gegen die Honorarabrechnung für das Quartal II/2005 (Bescheid vom 31.10.2005), die auf der Grundlage des EBM 2000plus ergangen ist, legte die Klägerin Widerspruch ein und vertrat die Auffassung, der Leistungskomplex RSO sei aufgrund eines Kalkulationsfehlers des Bewertungsausschusses falsch bewertet worden. Die Einzelleistungen nach den Ziffern 17310 (Teilkörperszintigraphie), 34235 (Röntgenkontrast Schulter, Ellbogen, Hüft, Kniegelenk) und 34236 EBM (Röntgenkontrast anderer Gelenke), die zwingend Bestandteil der RSO seien, würden in der Summe Kalkulationszeiten von 26 Minuten und Prüfzeiten von 19 Minuten ergeben, wohingegen die RSO Kalkulationszeiten von nur 9 Minuten und Prüfzeiten von nur 7 Minuten zu Grunde lege.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 08.02.2006 zurück und führte zur Begründung im Wesentlichen aus, nach den bundeseinheitlichen Regelungen werde die Bewertung der Punktzahlen der jeweiligen EBM-Leistungen auf Bundesebene festgelegt. Diesen Regelungen entspreche der angefochtene Bescheid.

Im Klageverfahren hat die Klägerin ihre Auffassung aufrecht erhalten, die Bewertung der RSO seit dem 01.04.2005 sei offensichtlich rechtswidrig und habe zu gravierenden Honorarumsatzeinbrüchen bei gleich bleibenden Kosten geführt. Blicke die Bewertung auf Dauer unverändert, müsse sie die Erbringung dieser Leistung einstellen. Unter Beachtung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) und des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) halte die streitige Ziffer indes bereits einer Willkürkontrolle nicht stand. Es sei offenkundig unhaltbar, einen Leistungskomplex, der neben der Teilleistung noch weitere obligatorische Leistungsinhalte umfasse, niedriger zu bewerten, als eine in dem Leistungskomplex notwendigerweise enthaltene Teilleistung. Denn die als Teilleistung notwendige szintigraphische Untersuchung sei als Einzelleistung bereits mit 1.270 Punkten bewertet, wohin gegen der Leistungskomplex der RSO insgesamt mit lediglich 780 Punkten bewertet sei. Eine Mischkalkulation könne nicht dazu führen, dass ein einzelner Leistungsteil höher bewertet werde als der Leistungskomplex. Die Leistungsbewertung sei auch rechtswidrig, soweit der Bewertungsausschuss auf tatsächliche Verhältnisse (Zeitaufwand) Bezug genommen habe. Ein Vergleich der Kalkulations- und Prüfzeiten der RSO und der im Leistungskomplex enthaltenen Teilleistungen zeige, dass sich ein deutliches Missverhältnis in den Zeitvorgaben ergebe. Es sei jedoch faktisch unmöglich, die in dem Leistungskomplex der RSO regelmäßig enthaltenen Teilleistungen, wie die szintigraphische Kontrollmessung und die Röntgenkontrastdarstellung, auch nur annähernd in einem Viertel der für die Summe der Teilleistungen kalkulierten Leistungszeiten durchzuführen. Die offensichtliche Verkenntung der medizinischen Fakten durch den Bewertungsausschuss führe zur Rechtswidrigkeit der Leistungsbewertung. Der Steuerung der Abrechnungshäufigkeit werde bereits durch die begrenzte tägliche Abrechenbarkeit erreicht, weswegen auch aus diesem Grund eine Unterbewertung ausscheide. Die Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit sei im Übrigen darauf zurückzuführen, dass die Erbringung der RSO erst seit dem Jahr 1993 generell erlaubt sei. Insofern hätten zunächst die Ärzte entsprechend geschult werden müssen. Erst in der Folgezeit habe sich sodann eine steigende Nachfrage ergeben. Ein Recht zur Anfangs- und Erprobungsregelung könne die geringe Bewertung nicht rechtfertigen, da die RSO keine neue Leistung sei, sondern bereits im früheren EBM enthalten gewesen sei.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Honorarbescheides für das Quartal II/2005 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 08.02.2006 zu verurteilen, über das vertragsärztliche Honorar für das Quartal II/2005 erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden, hilfsweise, die Sprungrevision zuzulassen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie sei an die Vorgaben des EBM gebunden. Eine Verwerfungskompetenz obliege ihr nicht. Im Übrigen schließe sie sich vollinhaltlich den folgenden Ausführungen der Beigeladenen an.

Die Beigeladene, die selbst keinen Antrag gestellt hat, hat vorgetragen, im Rahmen der Neustrukturierung der vertragsärztlichen Vergütung im EBM sei eine zeit- und kostenbezogene Bewertung der darin enthaltenen Leistungen durchgeführt worden. Die betriebswirtschaftliche Berechnung sei mit Hilfe des Standardbewertungssystems als zentralem Bestandteil des Kalkulationsmodells durchgeführt worden. Grundlage bilde eine Vollkostenkalkulation. Die Bewertung der Leistung im EBM setze sich aus einem einheitlich bewerteten ärztlichen Leistungsanteil und einem technischen Leistungsanteil zusammen. Die jeweiligen Kostensätze seien mit dem Zeitbedarf multipliziert worden. Nach Addition des ärztlichen und technischen Leistungsanteils ergebe sich daraus der Wert einer Leistung. Bei der Bewertung der Ziffer 17371 seien weitere Aspekte zum Tragen gekommen. Die Bildung eines Leistungskomplexes nach den gesetzlichen Vorgaben bedeute, dass der Leistungsbewertung mit Hilfe des Standardbewertungssystems eine Mischkalkulation zu Grunde gelegt werde. Die

Zeitvorgaben seien sachlich gerechtfertigt, da in der Kalkulation zu einem hohen Anteil die RSO an Kniegelenken eingegangen sei. Diese könne nach allgemeinem Wissenstand auch ohne Durchführung einer Kontrastmitteldarstellung des Gelenks durchgeführt werden. Hinsichtlich der szintigraphischen Untersuchungen sei darauf hinzuweisen, dass diese bei der Anwendung des Radionuklids 169-Erbium-Colloid nicht möglich seien. Vor diesem Hintergrund könne die von den Klägern vorgenommene Addition der Leistungen nicht nachvollzogen werden. Unter Vorlage einer entsprechenden Statistik hat die Beigeladene weiter ausgeführt, die Leistungsbewertung trage auch der Entwicklung der Abrechnungshäufigkeiten sowie dem Verdacht auf Mißbrauchsfällen (etwa bei 20-maliger Abrechnung der Leistungen an einem Tag) Rechnung. In den Jahren 1997 bis 2003 sei die Leistung von 16.707 Untersuchungen im Jahr auf 60.213 Untersuchungen im Jahr 2003 angestiegen. Unter dem Aspekt der Anpassung des EBM an die reale Situation der vertragsärztlichen Versorgung habe der Bewertungsausschuss in seiner 122. Sitzung beschlossen, die Leistungen der RSO innerhalb des EBM mittels zwei getrennter Gebührensätze abzubilden. Mit Wirkung zum 01.04.2007 würde mit Ziffer 17373 EBM die RSO an großen und mittleren Gelenken mit 2.125 Punkten bewertet. Zum Zeitpunkt der Einführung des EBM zum 01.04.2005 sei nicht vorhersehbar gewesen, dass diese Leistung schwerpunktmäßig in wenigen Praxen durchgeführt werde.

Das Sozialgericht (SG) Düsseldorf hat die Klage mit Urteil vom 12.12.2007 abgewiesen. Der Bewertungsausschuss habe den ihm zustehenden Entscheidungsspielraum nicht überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgenutzt. Zwar weise die Fassung der Leistungslegende der Ziffer 17371 EBM, wie sie im streitigen Quartal zur Anwendung gekommen sei, Ungenauigkeiten in der Beschreibung des obligaten und des fakultativen Leistungsinhalts auf. So seien szintigraphische Kontrollmessungen als obligater Leistungsinhalt aufgeführt, obwohl bei Anwendung des Radionuklids 169-Erbium-Colloid die Durchführung dieser Verteilungsszintigraphie zum Nachweis der regelrechten intraartikulären Nuklidverteilung nicht durchgeführt werden könne, weil dieses Radionuklid keine Gammastrahlung aussende. Demnach hätte es nahe gelegen, diese Leistung den fakultativen Leistungsbestandteilen zuzuordnen. Das allein führe jedoch nicht dazu, dass die Leistungsbewertung als von Anfang rechtswidrig mit der Folge der Korrekturbedürftigkeit durch die Gerichte einzustufen wäre. Erbringe der Vertragsarzt eine RSO, bei der eine szintigraphische Kontrollmessung ausscheide, sei die Abrechnungsfähigkeit der Leistungsziffer im Wege einer teleologischen Reduktion gegeben, da diese Ungenauigkeit in der Gestaltung der Leistungslegende nicht zu Lasten des einzelnen Vertragsarztes gehen könne. Die Korrektur der Leistungslegende auch im Hinblick auf die wirtschaftliche Bewertung der Leistung bleibe jedoch dem Bewertungsausschuss vorbehalten. Das gelte insbesondere dann, wenn ein von der grundsätzlichen Struktur völlig neues Leistungsgefüge geschaffen werden müsse, wie es mit Einführung des EBM 2000plus geschehen sei. Die gesamten vertragsärztlichen Abrechnungsgrundlagen für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich seien neu strukturiert und gestaltet worden. Insbesondere seien entsprechend der gesetzlichen Vorgabe zahlreiche Leistungskomplexe geschaffen worden. Für die RSO bedeute dies, dass der Bewertungsausschuss nicht nur eine neue Komplexziffer geschaffen, sondern darüber hinaus Kostenpauschalen für die verwendeten Radionuklide eingeführt habe, die bislang mit der Leistungsziffer abgegolten gewesen seien. Mit der Einführung der Kostenpauschalen habe der Bewertungsausschuss eine Kalkulationssicherheit schaffen wollen, da diese nicht punktwertabhängig seien. Auch insoweit ergebe sich für die RSO eine völlig neue Kostenstruktur. Unbeachtlich sei, ob die Kostenpauschalen kostendeckend seien. Zum einen existiere kein Anspruch auf ein bestimmtes, als angemessen bewertetes Honorar für die einzelne Leistung oder die ärztliche Tätigkeit insgesamt. Zum anderen sei auch bei Kostenerstattungen ein pauschaler Ansatz nicht sachwidrig. Denn die Kostenkalkulation hänge von den verschiedensten Faktoren ab, so dass auch insoweit eine Mischkalkulation greifen könne. Im Übrigen führe die Neubewertung zu einer Verbesserung als die Höhe der Kostenerstattung nicht mehr von dem jeweiligen Punktwert abhängig sei, sondern ein fester Betrag hierfür zur Verfügung stehe. Seiner Beobachtungs- und Reaktionspflicht sei der Bewertungsausschuss mit Änderung der Leistungsziffer 17371 EBM mit Wirkung zum 01.04.2007 nachgekommen. Schließlich ergebe sich keine andere Bewertung, wenn die Praxis der Klägerin von der geänderten Bewertung der RSO besonders betroffen wäre. Es bestehe grundsätzlich kein subjektives Recht des einzelnen Vertragsarztes auf ein bestimmtes, als angemessen bewertetes Honorar für die einzelne Leistung oder die ärztliche Tätigkeit insgesamt. Eine Ausnahme ergebe sich lediglich dann, wenn 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 würde. Letzteres komme bei einer zu niedrigen Bewertung lediglich einzelner Leistungen oder Leistungskomplexe regelmäßig nicht in Betracht. Spezialisieren sich ein Arzt - wie hier die Ärzte der Klägerin - 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, müsse er das Risiko der mangelnden Rentabilität der von ihm betriebenen Spezialpraxis tragen.

Hiergegen richtet sich die rechtzeitig erhobene Berufung, mit der die Klägerin unter Wiederholung und Vertiefung ihres erstinstanzlichen Vortrags ihre Auffassung aufrecht erhält. Der angefochtene Bescheid beruhe auf der Anwendung einer rechtswidrigen Regelung des EBM, der Bewertung der RSO in der Ziffer 17371 EBM. Denn die der Bewertung zu Grunde gelegten Tatsachen seien offensichtlich fehlerhaft. Zudem sei nicht ersichtlich, dass der Bewertungsausschuss die ihm gesetzlich auferlegten Berücksichtigungsgebote beachtet habe. Der Vergleich der summierten Kalkulations- und Prüfzeiten der Ziffer 17310 EBM und 34235 oder 34236 EBM mit den Kalkulations- und Prüfzeiten der Ziffer 17371 EBM ergebe, dass die Einzelleistungszeiten ca. dreimal so hoch seien wie diejenigen des Leistungskomplexes. Noch krasser würde das Missverhältnis bei Berücksichtigung der regelmäßig im Rahmen der RSO durchgeführten Gelenkpunktion im Sinne der Nr. 02341 EBM. Denn unter Berücksichtigung der Kalkulationszeit von 10 Minuten und der Prüfzeit von 7 Minuten für die Gelenkpunktion nach Nr. 02341 EBM seien die addierten Einzelleistungszeiten um den Faktor 4 höher als die Kalkulationszeit des Leistungskomplexes der Ziffer 17371 EBM. Es sei aber faktisch unmöglich, die in dem Leistungskomplex der RSO nach Ziffer 17371 EBM regelmäßig enthaltenen Teilleistungen auch nur annähernd in einem Viertel der für die Summe der Teilleistungen kalkulierten Leistungszeiten durchzuführen. Der im EBM angegebene Zeitaufwand als maßgebliche tatsächliche Grundlage der Leistungsbewertung sei damit offenkundig nicht richtig. Darüber hinaus sei auch die Rechenoperation, die zu der Leistungsbewertung geführt habe, nicht nachvollziehbar. Aus den Angaben der Beigeladenen ergebe sich nicht, wie es zur konkreten Leistungsbewertung gekommen sei und welchen Sachverhalt der Bewertungsausschuss seiner Entscheidung zu Grunde gelegt habe. Überdies seien Mischkalkulationen im Rahmen des umstrittenen Leistungskomplexes unzulässig, da sich dafür kein sich aus der Sache ergebender oder sonst einleuchtender, sachlich vertretbarer, vernünftiger Grund finden ließe. So sei es auch nicht ersichtlich, welche Steuerungsziele die Abweichung vom Standardbewertungssystem und die offensichtliche Unterbewertung der Nr. 17371 EBM 2000plus rechtfertigen sollten; dies gelte umso mehr deshalb, weil Nuklearmediziner nur auf Überweisung Leistungen erbringen dürften. Einzelne krasse Missbrauchsfälle wie die 20-malige Abrechnung einer Leistung am Tag würden bereits durch die Beschränkung der Abrechenbarkeit der Nummer 17371 EBM 2000plus auf vier Gelenke pro Tag verhindert und könnten damit nicht eine zusätzliche Unterbewertung der einzelnen erbrachten Leistungen rechtfertigen. Auch die Neufassung des EBM zum 01.04.2007 sei ein Indiz dafür, dass die in die Bewertung eingeflossenen Erwägungen des Bewertungsausschusses nicht rational gewesen seien. Ein Recht zu Anfangs- und Erprobungsregelungen könne der Bewertungsausschuss bereits deshalb nicht in Anspruch nehmen, weil die RSO keine neue Leistung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gewesen sei.

Sie sei vielmehr bereits im früheren EBM in der Nummer 7070 (6.350 Punkte) enthalten gewesen. Eine neu in den EBM aufgenommene Leistung, hinsichtlich deren Bewertung noch Unsicherheit bestehen könnte, habe mithin nicht vorgelegen. Soweit das SG die streitgegenständliche Leistungsziffer unter Zitierung der ("früheren") Rechtsprechung des BSG lediglich darauf überprüft habe, ob der Ausschuss den ihm zustehenden Entscheidungsspielraum überschritten und seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgenutzt hat, habe es [Art. 19 Abs. 4 Grundgesetz \(GG\)](#) verletzt, der grundsätzlich die vollständige gerichtliche Überprüfung jeglichen Verwaltungshandelns in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht garantiere. Ohne die Offenlegung und Nachvollziehung der Ableitung der durch Formeln ermittelten und in Zahlen ausgedrückten Leistungsbewertung sei für das Gericht nicht ersichtlich, ob der Bewertungsausschuss sich von sachfremden oder irrationalen Erwägungen hat leiten lassen. Da der Abwägungsvorgang der Verwaltung aufgrund der Verwendung von Formeln und Zahlen hierbei nicht mehr ohne Weiteres zu erkennen sei, müsse sich die verwaltungsgerichtliche Kontrolle auch auf deren Ableitung erstrecken. Die Argumentation, die vermeintlich zu niedrige Bewertung einzelner EBM-Leistungen könne nicht angegriffen werden, weil ein Vertragsarzt nur insgesamt Anspruch auf leistungsgerechte Teilhabe an der Gesamtvergütung habe, entbehre ebenfalls jeder dogmatischen Grundlage. Denn einerseits sei in der Rechtsprechung anerkannt, dass die Regelung der Honoraransprüche der Vertragsärzte in deren Berufsfreiheit nach [Art. 12 Abs. 1 GG](#) eingreife und damit rechtfertigungsbedürftig sei. Andererseits genüge auch im Falle eine Ungleichbehandlung nach [Art. 3 GG](#) eine reine Willkürprüfung nicht den verfassungsrechtlichen Anforderungen, sobald die Ungleichbehandlung gleichzeitig die Verwirklichung grundrechtlich geschützter Freiheiten - hier [Art. 12 GG](#) - erschwere. Schließlich mache sie keinen Anspruch auf eine bestimmte höhere Vergütung geltend, sondern wende sich primär gegen den Honorarbescheid als rechtswidrige hoheitliche Maßnahme mit der Folge, dass ein Anspruch auf Neubescheidung bestehe.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 12.12.2007 abzuändern und nach dem Klageantrag zu entscheiden, hilfsweise, Beweis zu erheben über die Behauptung der Klägerin, dass der Bewertung des Leistungskomplexes der Radiosynoviorthese nach Nr. 17371 EBM 2000plus keine Mischkalkulation in dem Sinn zu Grunde lag, dass im Vergleich zu den Bewertungen der in dem Leistungskomplex der Nr. 17371 EBM notwendig enthaltenen Teilleistungen eine korrigierende Abwertung erfolgt ist durch Einholung einer amtlichen Auskunft des Bewertungsausschusses zu Dokumenten zur Erläuterung der für die Bestimmung maßgeblichen Erwägungen in der Zeit ihrer Entstehung sowie Beiziehung solcher eventuell vorhandener Dokumente.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung verweist sie auf die Entscheidung des SG und führt ergänzend aus: Bei den Bestimmungen des EBM handle es sich um durch die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung ausgeübte Normsetzung durch Vertrag. Der Auffassung der Klägerin, dass es sich bei der Festlegung der Bewertung von Gebührenziffern, insbesondere mit alternativen bzw. kumulativem obligaten Leistungsinhalten, um eine Feststellung von Tatsachen im Hinblick auf die Einzelbewertung handle, welche nur noch einen eingeschränkten Normsetzungs- bzw. Gestaltungsspielraum nach sich ziehe und die Richtigkeit dieser der gerichtlichen Überprüfung unterliege, könne nicht gefolgt werden. Dem stehe bereits entgegen, dass es sich bei der Festlegung der Punktzahl einer Gebührenziffer um eine Bewertung von ärztlichen Leistungen im Rahmen einer Mischkalkulation handle und diese Punktzahlen lediglich ein wertemäßiges Verhältnis zueinander darstellten. Hierbei stehe dem Bewertungsausschuss, wie jedem anderen Normsetzer, bei der ihm überantworteten Rechtsetzung Gestaltungsfreiheit zu. Diese Gestaltungsfreiheit sei umso mehr zu beachten, wenn auch nur mittelbar Regelungen im Rahmen der Finanzierung eines sozialen Sicherungssystems im Streit seien oder wenn es um die Bewältigung komplexer Sachverhalte gehe, wie sie vielfach im Krankenversicherungs- und Vertragsarztrecht anzutreffen seien. Gerade im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und dem dort der Leistungserbringung dienenden Vertragsarztrecht stelle die Erfüllung der Aufgabe, die finanzielle Stabilität und Funktionsfähigkeit dieses Sozialleistungssystems zu erhalten, ein sensibles, weil hochrangig einzustufendes Gemeinschaftsgut dar. Demnach erstrecke sich die gerichtliche Kontrolle insbesondere nur darauf, ob der Bewertungsausschuss bei der Festlegung der Punktzahlen nach denselben Maßstäben verfahren sei und diese frei von Willkür oder sonstigen sachwidrigen Erwägungen seien. Diesbezüglich habe das SG auch im Hinblick auf die Ausführungen der Beigeladenen, bereits die abschließend zutreffenden Feststellungen getroffen. Es könne gerade nicht der individuelle Honorarverlust im Hinblick auf ihre Spezialisierung auf die Erbringung einer Leistung als Maßstab für die Normgebung durch den Bewertungsausschuss herangezogen werden. Gerade die rationalen Abwägungen des Bewertungsausschusses bezüglich der Bewertung einer Ziffer im Gesamtkontext der zu erbringenden ärztlichen Leistungen im Verhältnis zueinander durch sämtliche Leistungserbringer, könne, wie vorliegend geschehen, nur zu einer sachgerechten Entscheidungsfindung führen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der Verwaltungsvorgänge des Beklagten Bezug genommen. Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Der Senat, der unter Mitwirkung von zwei Vertragsärzten verhandelt und entschieden hat, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#) -), konnte trotz Abwesenheit der Beigeladenen zu 1) bis 8) verhandeln und entscheiden. Denn diese sind ordnungsgemäß geladen und auf diese Möglichkeit hingewiesen worden ([§ 110 Abs. 1 SGG](#)).

I.

Die gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) statthafte und im Übrigen zulässige, insbesondere gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 12.12.2007 ist unbegründet. Das SG hat die zulässige Klage zu Recht abgewiesen, denn der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 31.10.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 08.02.2006 ist in Bezug auf die gerügte Bewertung der abgerechneten RSO, die der Prüfung durch den Senat oblag, rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten ([§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#)).

Der Senat nimmt zunächst Bezug auf die als zutreffend erachteten Entscheidungsgründe des angefochtenen erstinstanzlichen Urteils ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)) und führt ergänzend aus:

Mit dem angefochtenen Honorarbescheid hat die Beklagte die von der Klägerin erbrachten RSO-Leistungen auf der Grundlage der seit dem 01.04.2005 geltenden Bestimmung der Ziffer 17371 EBM 2000plus - einem Leistungskomplex - zutreffend mit 780 Punkten (höchstens viermal am Behandlungstag) - wie zwischen den Beteiligten unstreitig - honoriert. Die von der Klägerin eingelegten Rechtsmittel richten sich vielmehr gegen die punktzahlmäßige Bewertung der RSO im EBM 2000plus.

Die Ausgestaltung der umstrittenen Ziff. 17371 EBM 2000plus als Leistungskomplex beruht auf einer ausreichenden Ermächtigungsgrundlage, die mit höherrangigem Recht im Einklang steht (1). Der Bewertungsausschuss hat mit Festlegung des Leistungskomplexes seinen Gestaltungsspielraum nicht überschritten (2). Die Klägerin hat keinen allgemeinen Anspruch auf Vergütung jeder Einzelleistung (3). Ihr Anspruch auf angemessene vertragsärztliche Vergütung wird gewahrt (4).

1.

Gemäß [§ 87 Abs. 1 Satz 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V, anzuwenden in der Fassung des GKV-Modernisierungsgesetz - GMG - vom 14.11.2003, [BGBl. I 2190](#)) vereinbaren die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil der Bundesmantelverträge einen einheitlichen (kassenübergreifenden) Bewertungsmaßstab für die ärztlichen und einen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen. Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander; soweit möglich, sind die Leistungen mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes zu versehen ([§ 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Die Regelung war nach Maßgabe von [§ 87 Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) erstmalig bis zum 30.06.2004 zu treffen. Insofern war der Bewertungsausschuss gemäß [§ 87 Abs. 2a](#) 1. Halbsatz SGB V daran gehalten, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen aufgeführten Leistungen unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen, zu Leistungskomplexen oder Fallpauschalen zusammenzufassen. Diese bundeseinheitlichen Vorgaben sind rechtmäßig und werden auch von der Klägerin nicht angegriffen. Insbesondere gegen die demokratische Legitimation des Bewertungsausschusses bestehen keine durchgreifenden Bedenken (vgl. BSG, Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03](#) -; Engelmann, Untergesetzliche Normsetzung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung durch Verträge und Richtlinien, Teil 1 in NZS 2000, 1, 7 jeweils m.w.N.).

Die gesetzliche Ermächtigung für den EBM und die o.a. inhaltlichen Vorgaben in [§ 87 SGB V](#) stellen sich in diesem Zusammenhang als ausreichende, auch hinreichend bestimmte Ermächtigungsgrundlage dar. Bei einem höchst komplexen, ausdifferenzierten Leistungssystem kann der Gesetz- oder Ordnungsgeber nicht verpflichtet werden, alle Einzelheiten des Leistungsgeschehens selbst zu regeln. Das gebieten auch nicht die Eigenart des zu regelnden Sachbereiches oder die berührten grundrechtlichen Schutzbereiche (Engelmann, Untergesetzliche Normsetzung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung durch Verträge und Richtlinien, Teil 2 in NZS 2000, 76, 79). Trotz der Grundrechtsrelevanz ([Art. 12 Abs. 1 GG](#)) ist die Übertragung von Entscheidungskompetenzen auf die Partner der Bundesmantelverträge verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Denn der Gesetzgeber hat die für die erstmalige Vereinbarung des EBM und seine Fortschreibung maßgebenden Strukturprinzipien im Gesetz selbst festgelegt. Der EBM dient bestimmten qualitativen und ökonomischen Zielen. Die vertragsärztliche Gebührenordnung leistet einen Beitrag zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten und gleichmäßigen, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden, humanen Versorgung der Versicherten ([§ 70 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2, § 72 Abs. 2 SGB V](#)) sowie zur wirtschaftlichen Erbringung der zu einer derartigen Versorgung zählenden Leistungen ([§ 70 Abs. 1 Satz 2, § 72 Abs. 2 SGB V](#)). Zugleich muss der EBM aber auch so vereinbart werden, dass die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden ([§ 72 Abs. 2 SGB V](#)). Bereits diesen Gestaltungsvorgaben lässt sich ein ausreichend dichtes Normprogramm entnehmen (vgl. BSG, Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) -). Der Bewertungsausschuss hat eine weitgehende Gestaltungsfreiheit bei der Regelung der Vergütungstatbestände. Er hat im Interesse der Überschaubarkeit und Praktikabilität der Vergütungsordnung schematisierende und typisierende Regelungen zu treffen. Er darf zur Qualitätssicherung die Abrechenbarkeit von Leistungen auch an qualitätssichernde Begleitmaßnahmen binden. Durch solche Vergütungsausschlüsse ist [Art. 12 Abs. 1 GG](#) nicht verletzt. Wenn nicht der Kernbereich der beruflichen Tätigkeit, sondern nur Leistungen betroffen sind, die für das Fachgebiet weder wesentlich noch prägend sind, handelt es sich nicht um eine Regelung in dem Bereich der Berufswahl, sondern lediglich in dem der Berufsausübung und ohne Statusrelevanz. Diese ist bei einer Abwägung zwischen der Eingriffsintensität und den der Qualifikationsanforderung zu Grunde liegenden Gemeinwohlbelangen - dem Gesundheitsschutz - von vernünftigen Erwägungen des Gemeinwohls gedeckt (vgl. BSG, Urteil vom 08.09.2004 - [B 6 KA 82/03 R](#) -).

Auf der Grundlage der mit [§ 87 SGB V](#) eingeräumten Ermächtigung hat der Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 01.04.2005 im Rahmen des EB 2000plus die RSO als Leistungskomplex (Abs. 2a 1. Halbsatz) abgebildet sowie bewertet und damit die gesetzlichen Vorgaben formell - und insoweit von der Klägerin unangegriffen - rechtmäßig umgesetzt.

2.

Auch die Bewertung des Leistungskomplexes RSO nicht zu beanstanden.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses ist rechtlich als vertragliche Vereinbarung (Normsetzungsverträge) der Vertragspartner der Bundesmantelverträge zu werten und als untergesetzliche Rechtsnorm einzuordnen (u.v.a. BSG, Urteil vom 01.07.1992 - 14a/6 Rka 1/90 -; Urteil vom 29.09.1993 - 6 Rka 65/91 - Urteil vom 20.01.1999 - B 6 Ka 16/98 R -; Urteil vom 25.08.1999 - [B 6 KA 38/98 R](#) - Urteil vom 15.05.2002 - [B 6 KA 21/00 R](#) -, vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) -, Urteil vom 17.09.2008 - [B 6 KA 46/07 R](#) - sowie Beschluss vom 11.03.2009 - [B 6 KA 31/08 B](#) - jeweils m.w.N.). Für die Gerichte hat dieses Regelungskonzept zur Folge, dass sie die Gestaltungsfreiheit des Bewertungsausschusses, wie sie für jede Normsetzung kennzeichnend ist, zu respektieren haben (u.v.a. BSG, Urteile vom 17.03.2010 - [B 6 KA 41/08 R](#) - sowie vom 28.05.2008 - [B 6 KA 49/07 R](#) - m.w.N.) und Einheitliche Bewertungsmaßstäbe mithin wegen ihrer spezifischen Struktur und der Art ihres Zustandekommens nicht in vollem Umfang der gerichtlichen Überprüfung zugänglich sind. Durch die personelle Zusammensetzung der paritätisch mit Vertretern der Ärzte bzw. Zahnärzte und Krankenkassen besetzten Bewertungsausschüsse und den vertraglichen Charakter der Bewertungsmaßstäbe soll gewährleistet werden, dass die unterschiedlichen Interessen der an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Gruppen zum Ausgleich kommen und auf diese Weise eine sachgerechte inhaltliche Umschreibung und Bewertung der ärztlichen Leistungen erreicht wird. Das vom Bewertungsausschuss erarbeitete System autonomer Leistungsbewertung kann seinen Zweck nur erfüllen, wenn Eingriffe von außen grundsätzlich unterbleiben. (BSG, Urteil vom 17.09.2008 - [B 6 KA 46/07 R](#) -). Die richterliche Kontrolle untergesetzlicher Normen beschränkt sich darauf, ob die äußersten rechtlichen Grenzen der

Rechtssetzungsbefugnis durch den Normgeber überschritten wurden. Dies ist erst dann, den nachfolgenden Ausführungen des BSG in seinem Urteil vom 28.05.2008 - [B 6 KA 9/07 R](#) - m.w.N. zufolge, der Fall, wenn die getroffene Regelung in einem "groben Missverhältnis" zu den mit ihr verfolgten legitimen Zwecken steht (BSG, Urteil vom 28.05.2008 [a.a.O.](#) mit Hinweis auf [BVerfGE 108, 1](#), 19), d.h. in Anbetracht des Zwecks der Ermächtigung schlechterdings unvertretbar oder unverhältnismäßig ist (BSG, Urteil vom 28.05.2008 [a.a.O.](#)). Die gerichtliche Kontrolle von Entscheidungen des Bewertungsausschusses ist somit im Wesentlichen auf die Prüfung beschränkt, ob sich die untergesetzliche Norm auf eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage stützen kann und ob die Grenzen des Gestaltungsspielraums eingehalten sind. Der Bewertungsausschuss überschreitet den ihm eröffneten Gestaltungsspielraum, wenn sich zweifelsfrei feststellen lässt, dass seine Entscheidungen von sachfremden Erwägungen getragen sind - etwa weil eine Gruppe von Leistungserbringern bei der Honorierung bewusst benachteiligt wird - oder dass es im Lichte von [Art. 3 Abs. 1 GG](#) keinerlei vernünftige Gründe für die Gleichbehandlung von wesentlich Ungleichem bzw. für die ungleiche Behandlung von im Wesentlichen gleich gelagerten Sachverhalten gibt.

Unter Zugrundelegung dieser Rechtsprechung, der sich der Senat vollumfänglich anschließt, hat der Bewertungsausschuss mit (Gestaltung und) Bewertung der RSO als Gesamtleistungskomplex im EBM 2000plus den ihm eröffneten Gestaltungsspielraum nicht verletzt, da sich nicht (zweifelsfrei) feststellen lässt, dass seine Entscheidungen von sachfremden Erwägungen getragen waren. Solche sachfremden Gründe/Motive sind weder dem EBM zu entnehmen, noch werden diese letztlich von der Klägerin geltend gemacht. Sie wirft dem Bewertungsausschuss unter Darlegung der nachfolgend tabellatorisch aufgelisteten EBM-Inhalte vielmehr "Kalkulationsfehler" bzw. eine "Fehlbewertung" vor, indem er zum einen obligatorische Teilleistungen des Leistungskomplexes deutlich höher als die Gesamtleistung bewertet und des Weiteren eine gegenüber den obligatorischen Einzelleistungen deutlich niedrigere Gesamtleistungszeit zu Grunde gelegt hat:

EBM-Ziffer = 02341 - Leistung (kurz) = Punktion Gelenk - Prüfzeit in Min. = 7 - Kalkulationszeit in Min. = 10 - Punkte = 315 - Teilleistung der RSO = Ja

EBM-Ziffer = 17310 - Leistung (kurz) = Teilkörperszintigraphische Untersuchung - Prüfzeit in Min. = 5 - Kalkulationszeit in Min. = 6 - Punkte = 1270 - Teilleistung der RSO = Ja, mit Ausnahme bei Applikation von Erbium (Fingergelenke)

EMB-Ziffer = 34235 bzw. 34236 - Leistung (kurz) = Röntgenkontrast großer bzw. kleiner Gelenke - Prüfzeit in Min. = 14 - Kalkulationszeit in Min. = 20 - Punkte = 1715 bzw. 1430 - Teilleistung der RSO = Ja, mit Ausnahme Kniegelenke

Die Gesamtleistung RSO wurde bis 31.03.2007 wie folgt abgebildet:

EMB-Ziffer = 17371 - Leistung (kurz) = RSO - Prüfzeit in Min. = 7 - Kalkulationszeit in Min. = 9 - Punkte = 780

Dazu ist erläuternd auszuführen:

Die Notwendigkeit der Berücksichtigung des Zeitaufwandes ergibt sich aus [§ 87 Abs. 1 Satz 2](#) 2. Halbsatz SGB V, wonach - wie ausgeführt - die im EBM aufgeführten Leistungen - soweit möglich - mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand versehen werden. Das soll die Transparenz des Leistungsgeschehens erhöhen, aber auch die Wirksamkeit der Abrechnungsprüfungen nach § 106a SGB V steigern (FraktE-GMG, [BT-Drs. 15/1525 S. 104](#) zu Nr. 66 c) aa)). Die hierzu erforderlichen Zeitwerte sind von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Kassenärztlichen Vereinigungen bereits im Rahmen der Plausibilitätsprüfungen entwickelt worden. Die Angaben sind nunmehr in Anhang 3 zum EBM enthalten. Sie sind nach Leistungspositionen geordnet und hierbei wiederum aufgeteilt in die Kalkulationszeit und die Prüfzeit. Die Kalkulationszeit bezieht sich auf die Kalkulation im EBM zu Grunde liegende, festgesetzte Durchschnittszeit für die jeweilige Leistung. Die Prüfzeit, die im Rahmen der Plausibilitätsprüfung relevant ist, entspricht der Mindestzeit, die ein besonders geübter und/oder erfahrener Arzt zur Erbringung der betreffenden Leistung benötigt. Während die Kalkulationszeiten auch den Zeitaufwand für delegierbare Leistungsbestandteile umfassen, beschränken sich die Prüfzeiten auf die reine Arztleistung und liegen daher in der Regel 20 Prozent niedriger als die Kalkulationszeiten.

Abgesehen davon, dass die Bewertung eines Leistungskomplexes naturgemäß über die bloße Addition von Zeiten bzw. Punkten hinausgeht, wie auch die Klägerin schriftsätzlich einräumt, ist ihr indessen insoweit zuzustimmen, dass der Bewertungsausschuss eine falsche Bewertung vorgenommen hat. Dies wird schon faktisch dadurch belegt, dass er in seiner 122. Sitzung (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2007, 135) mit Wirkung zum 01.04.2007 die Leistungsbewertung der RSO dahingehend korrigiert hat, dass er die RSO-Leistungen in die EBM-Nr. 17371 (neue Fassung) für kleine Gelenke und die EBM-Nr. 17373 (neu eingefügt) für mittlere und große Gelenke gesplittet und letztere nunmehr unter Berücksichtigung einer Kalkulationszeit von 24 Minuten und einer Prüfzeit von 18 Minuten mit 2125 Punkten bewertet hat.

Dies lässt indessen nicht darauf schließen, dass der Bewertungsausschuss zuvor bei Zusammenfassung und einheitlicher Bewertung mit 780 Punkten sachfremde Erwägungen zu Grunde gelegt und dadurch seinen Gestaltungsspielraum mißbräuchlich überschritten hat.

Soweit die Klägerin Auffassung vertritt, dass der EBM 2000plus mit den Kalkulationszeiten auf tatsächliche Verhältnisse Bezug nimmt und sich daher nach Maßgabe des Urteils des BSG vom 28.05.2008 ([B 6 KA 9/07 R](#)) die gerichtliche Überprüfung darauf erstreckt, ob die Festlegung der Kalkulationszeit frei von Willkür ist, ist der Senat nicht von Amts wegen zu weiteren Ermittlungen verpflichtet. Das BSG hat in dieser Entscheidung (m.w.N.) ausgeführt: Die(se) Anforderungen an die Intensität einer gerichtlichen Kontrolle untergesetzlicher Normen bedürfen der Modifizierung, sofern das Normprogramm auf tatsächliche Verhältnisse Bezug nimmt und/oder eine Regelung als sog. "zahlenförmige Norm" getroffen wird. Macht eine Norm tatsächliche Umstände - beispielsweise die bundesdurchschnittlichen Kostenquoten der Arztgruppen in einem bestimmten Jahr - zur Grundlage ihrer Regelung, erstreckt sich die gerichtliche Überprüfung insbesondere darauf, ob die Festlegung frei von Willkür ist. Dies ist der Fall, wenn bei allen Arztgruppen nach denselben Maßstäben verfahren wurde, aber auch dann, wenn weitere Gesichtspunkte - etwa eine unterschiedliche Einkommensentwicklung der Arztgruppen - eine differenzierte Regelung sachlich rechtfertigen. Enthält eine Honorierungsregelung, die als solche keine Grundrechtsbeeinträchtigung von gewisser Intensität betrifft, als Tatbestandsmerkmale Zahlen oder Formeln, haben die Gerichte zu prüfen, ob sachliche Gründe erkennbar sind, welche die getroffene Festlegung als nicht willkürlich erscheinen lassen. Dabei müssen sie Streitpunkten nachgehen und die Einwände der Prozessbeteiligten würdigen.

Diese Vorgaben finden indessen vorliegend keine Anwendung. Der Annahme einer Tatsachenfeststellung steht bereits entgegen, dass die exakte Ermittlung des jeweiligen Zeitaufwandes bei den verschiedenen Arztgruppen faktisch nicht möglich ist. Bei den Ansätzen handelt es sich um Näherungswerte, die auf Grund statistischer und betriebswirtschaftlicher Daten festgelegt worden sind. Soweit die Klägerin bemängelt, dass die Gründe ihrer Festlegung "intransparent" seien, ist zuzugestehen, dass die Beigeladene eine Dokumentation, etwa ob und welche Gutachten sie ihrer Bewertung zu Grunde gelegt hat, nicht vorgelegt hat. Auch mit dieser Frage hat sich jedoch das BSG in seinem oben bereits zitierten Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 84/03 R](#) - (m.w.N.) wie folgt auseinander gesetzt: Die von der Revision erhobenen Einwände gegen die Ausgestaltung des Verfahrens, nach dem der Bewertungsausschuss tätig wird, greifen nicht durch. Soweit gerügt wird, es sei undurchschaubar, wer im Vorfeld seiner Entscheidungen mitwirke, ob und welche Gutachten den Entscheidungen zu Grunde gelegt würden, ob überhaupt betriebswirtschaftliche Untersuchungen angestellt würden, welche Vorgaben die Gutachter erhielten sowie welche nicht betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkte den Entscheidungen zu Grunde lägen, geht es letztlich um die Dokumentation der Ermittlungen des Bewertungsausschusses über Umstände, die für seine Entscheidungen relevant sind. Eine Pflicht zu einer lückenlosen Dokumentation des gesamten Entscheidungsprozesses des Bewertungsausschusses sieht das Gesetz nicht vor, und sie lässt sich auch aus Verfassungsrecht nicht ableiten. Der Bewertungsausschuss ist im Regelfall nicht einmal verpflichtet, seine schließlich getroffenen Entscheidungen zu begründen.

Davon abzuweichen besteht für den Senat kein Anlass.

Hinzu kommt, dass dem Bewertungsausschuss bei der Neuregelung komplexer Materien "wie der Leistungsbewertung" (BSG, Beschluss vom 11.03.2009 - [B 6 KA 31/08 B](#) -, m.w.N.) ein besonders weiter Spielraum in Form von Ermittlungs-, Erprobungs- und Umsetzungsspielräumen zukommt, weil sich häufig bei Erlass der maßgeblichen Vorschriften deren Auswirkungen nicht in allen Einzelheiten übersehen lassen (ständige Rechtsprechung u.v.a. BSG, Urteile vom 29.01.1997 - [6 RKA 3/96](#) -, vom 07.02.1996 - [6 RKA 6/95](#) - und vom 11.10.2006 - [B 6 KA 46/05](#) -). Um eine solche Neuregelung handelte es sich hier. Zwar hatte die RSO bereits im zuvor geltenden EBM (dort Ziffer 7070) Eingang gefunden, deren Bewertung wurde jedoch - wie alle vertragsärztlichen Leistungen im Zuge des GMG - neu geregelt. Der Bewertungsausschuss hat zum 01.04.2005 auf der Grundlage des mit dem GMG mit dem EBM 2000 plus ein völlig neues Leistungsgefüge geschaffen, indem es die gesamten vertragsärztlichen Abrechnungsgrundlagen für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich neu strukturiert, gestaltet und bewertet hat. Bei der Bewertung der Leistungen wurden erstmalig Betriebsausgaben und die kalkulatorischen Kosten nach Maßgabe der [§§ 85 Abs. 3 Satz 1, 87 Abs. 2 Satz 1 2. Halbsatz SGB V](#) berücksichtigt. Den gesetzlichen Vorgaben entsprechend wurde auf der Grundlage von Studien des Statistischen Bundesamtes und des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung die ärztliche Leistung sowie - davon strikt getrennt - die technische Leistung als Kompensation für den zur Leistungserstellung notwendigen Ressourcenaufwand bei Wegfall der Praxisbudgets sowie korrespondierende Kalkulationszeiten berücksichtigt. Leistungsbeschreibungen und Bewertungen wurden überdies dem medizinischen und technischen Fortschritt angepasst (vgl. Freudenberg in [juisPK-SGB V](#), § 87 Rdn. 63, 83 f. m.w.N.). U.a. für die RSO wurde zudem erstmalig eine Komplexziffer geschaffen und leistungsbezogene Kostenpauschalen für (u.a. die im Rahmen der RSO notwendigen) Radionuklide vorgesehen, die bislang mit der Leistungsziffer abgegolten waren und unter Berücksichtigung der Abrechnungshäufigkeit im Rahmen einer (zulässigen und von Gesetzgeber gewollten) Mischkalkulation bewertet. In Erfüllung seines Auftrages zur sinnvollen Steuerung des Leistungsgeschehens in der vertragsärztlichen Versorgung (vgl. BSG, Beschluss vom 28.05.2008 - [B 6 KA 9/07 R](#) - m.w.N.) hat der Bewertungsausschuss zudem vor dem Hintergrund der Prüfergebnisse in der Vergangenheit (Abrechnung bis zu 20-mal am Tag) und der vorgelegten Statistik der Jahre 1997 bis 2003 mit einer Steigerung von rd. 16.000 auf 60.000 Untersuchungen durch die Begrenzung der Abrechnungsfähigkeit der RSO auf viermal täglich und eine vergleichsweise niedrige Bewertung zulässig Missbrauch und einer unsachgemäßen Ausweitung entgegengewirkt bzw. entgegenwirken wollen. Zur Steuerung ist der Bewertungsausschuss - ohne dass dies (erfolgreich) zu Beanstandungen führen kann - berechtigt und verpflichtet, über die Definition sowie - wie hier - über die Bewertung der vertragsärztlichen Verrichtungen das Leistungsverhalten durch mengen- oder fallzahlbegrenzende Maßnahmen zu steuern (BSG, Urteil vom 16.05.2001 - [B 6 KA 20/00 R](#) - m.w.N.).

Zwar hat der Bewertungsausschuss nach eigenem Bekunden verkannt, dass RSO in wenigen Praxen - wie der der Klägerin - schwerpunktmäßig durchgeführt wurden. Es kann dahin gestellt bleiben, ob er die Versorgungssituation bereits 2005 verkannt hat. Dies allein lässt jedoch nicht auf einen Missbrauch seines Gestaltungsspielraums schließen, sondern hat den Bewertungsausschuss vielmehr verpflichtet, seiner - mit der weiten Gestaltungsfreiheit bei Anfangs- und Erprobungsregelungen korrespondierenden - Beobachtungs- und (in diesem Fall) Nachbesserungspflicht (ständige Rechtsprechung, u.v.a. BSG, Urteil vom 29.01.1997 - [6 RKA 3/96](#) - m.w.N.), die mit dem GMG in § 87 Abs. 2 Satz 1 2. Halbsatz auch gesetzlich geregelt wurde, von Amts wegen in der Zukunft nachzukommen. Ob der Bewertungsausschuss seiner Beobachtungs- und Reaktionspflicht mit der gebotenen Sorgfalt durch Änderung des Leistungskomplexes RSO nachgekommen ist, ist nicht Streitgegenstand dieses Verfahrens. Es ist jedenfalls nicht zu beanstanden, dass eine Änderung erst zum 01.04.2007 erfolgt ist, da dem Bewertungsausschuss insofern eine Beobachtungsfrist einzuräumen ist, die jedenfalls hier mit zwei Jahren nicht als zu lang bemessen ist.

3.

Aus den Vorschriften des SGB V lässt sich kein subjektiver Rechtsanspruch des einzelnen Arztes auf Vergütung jeder einzelnen Leistung in einer bestimmten Höhe ableiten und das vertragsärztliche Honorar muss nicht notwendig für jede Einzelleistung kostendeckend sein. Die Frage, ob für eine Leistung eine kostendeckende Vergütung zu erzielen ist, entzieht sich einer generellen Beantwortung, da es von individuell beeinflussbaren Faktoren (z.B. Kostenstruktur und Standort der Praxis, Qualität des Dienstleistungsangebots) abhängt, ob eine bestimmte Einzelleistung kostendeckend zu erbringen ist. Dem Zuschnitt der vertragsärztlichen Vergütung liegt insgesamt eine Mischkalkulation zu Grunde, sodass es durchaus Leistungen geben kann, bei denen selbst für eine kostengünstig organisierte Praxis kein Gewinn zu erzielen ist (BSG, Beschluss vom 11.03.2009 - [B 6 KA 31/08 B](#) -, Urteil vom 26.01.2000 - [B 6 KA 59/98](#) - jeweils m.w.N.).

4. Auch aus dem Grundsatz der Angemessenheit der vertragsärztlichen Vergütung lässt sich kein Anspruch der Klägerin auf ein höheres Honorar bzw. Neubescheidung stützen. Zwar können sich einzelne Ärzte (respektive Gemeinschaftspraxen) im Rahmen einer Inzidentprüfung der für die Vergütungshöhe maßgeblichen Vorschriften des EBM sich auf dieses Gebot berufen, aber nur dann, wenn durch eine zu niedrige Honorierung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes - beziehungsweise zumindest hinsichtlich eines Teilgebiets - und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem beteiligten ärztlichen Leistungserbringer gefährdet wäre oder dann, wenn in einem - fachlichen oder örtlichen - Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und dadurch in diesem Bereich die Leistungsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung

gefährdet ist (BSG, Beschluss vom 11.03.2009 - [B 6 KA 31/08 B](#) - m.w.N.). Beides ist nicht substantiiert vorgetragen und auch aus der Aktenlage nicht ersichtlich.

II.

Dem von der Klägerin in der mündlichen Verhandlung hilfsweise, nämlich für den Fall des Unterliegens mit dem Hauptantrag, gestellten Beweisantrag, "über ihre Behauptung, dass der Bewertung des Leistungskomplexes der Radiosynoviorthese nach Nr. 17371 EBM 2000plus keine Mischkalkulation in dem Sinn zu Grunde lag, dass im Vergleich zu den Bewertungen der in dem Leistungskomplex der Nr. 17371 EBM notwendig enthaltenen Teilleistungen eine korrigierende Abwertung erfolgt ist durch Einholung einer amtlichen Auskunft des Bewertungsausschusses zu Dokumenten zur Erläuterung der für die Bestimmung maßgeblichen Erwägungen in der Zeit ihrer Entstehung sowie Beiziehung solcher eventuell vorhandener Dokumente", war nicht nachzugehen. Zweifelhaft ist bereits, ob es sich bei diesem Antrag der Klägerin, Beweis über die von ihr behauptete Negativtatsache zu erheben, um einen (bloßen) Ausforschungs- oder Beweisermittlungsantrag (vgl. zu dem Begriff Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9.Auflage, 2008, zu § 160 Rdn. 18a m.w.N) handelt. Dies bedarf indes keiner weiteren Erörterung, da es auf die von der Klägerin gestellte Beweisfrage nach der dargestellten Auffassung des Senats überhaupt nicht ankommt. Im Übrigen wird mit dem Beweisantrag auch nicht in Frage gestellt, dass eine - denklogisch bei jeder Bewertung eines Leistungskomplexes notwendige - Mischkalkulation erfolgt ist; dass der Bewertungsausschuss den Leistungskomplex niedriger bewertet hat als die in ihm enthaltenen Teilleistungen, ist unstreitig und ergibt sich unmittelbar aus dem EBM. Die Bewertungsfrage, ob die Abwertung "korrigierend" ist / war, ist einem Beweis nicht zugänglich.

III.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#) i.V.m. einer entsprechenden Anwendung der [§§ 154 ff](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Danach trägt der Kläger die Kosten des von ihm erfolglos geführten Rechtsmittels ([§ 154 Abs. 2 VwGO](#)).

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)), da der die streitgegenständliche Ziffer des EBM 2000plus bereits seit dem 01.01.2008 nicht mehr gilt und es sich daher um einen abgeschlossenen Sachverhalt handelt. Die der Beurteilung durch den Senat zu Grunde liegenden Rechtsfragen sind - wie ausgeführt - bereits höchstrichterlich geklärt.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2011-05-16