

L 5 KA 4485/01

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

5
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 1 KA 3758/99

Datum
04.07.2001
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 4485/01

Datum
04.12.2002
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Der HVM der KV Südbaden ist insoweit rechtswidrig, als darin der angeforderte Leistungsbedarf der nicht budgetierten Fachgruppen pauschal um 10 % abgesenkt wird.

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 4. Juli 2001 wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass die Beklagte unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden hat.

Die Beklagte hat den Klägern auch die außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

Tatbestand:

Die Kläger wenden sich gegen die generelle 10-prozentige Absenkung des angeforderten Leistungsbedarfs nach dem Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Beklagten.

Die Kläger, Fachärzte für Pathologie bzw. Hautkrankheiten, sind zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und führen in F. ein dermatohistologisches Labor. Sie werden ausschließlich auf Überweisung tätig. Sie werden der Arztgruppe der Pathologen im Rahmen der Abrechnung zugeordnet.

Die Vertreterversammlung der Beklagten beschloss am 22. Oktober 1997/10. Dezember 1997 folgende Regelung als § 7 A II Nr. 10 des HVM, gültig ab 1. Januar 1998:

"Für nicht budgetierte Fachgruppen bzw. Ärzte wird als Mengenbegrenzungsmaßnahme der angeforderte Leistungsbedarf mit Ausnahme der Leistungen nach Q II um 10% abgesenkt. Für Leistungen, die mit einem erhöhten Mindestpunktwert versehen sind (z. B. psychotherapeutische Leistungen, Leistungen der Kinder - und Jugendpsychiatrie, Q I Nr. 1 bis 6 - Leistungen für konventionelle Radiologen), gilt diese Regelung nicht."

Im Abrechnungsbescheid für das Quartal 1/98 vom 15. Juli 1998 (Blatt 8 SG Akte) setzte die Beklagte das Honorar der Kläger auf 327.004,11 DM fest. Den von den Klägern angeforderten Leistungsbedarf in Höhe von 4.471.955,0 Punkten senkte die Beklagten nach § 7 A II Nr. 10 des HVM um 10% (447.195,5 Punkte) ab und vergütete 4.024.759,5 Punkte. Die Abstaffelung betraf mit Ausnahme der daneben erfolgten Pauschalerstattungen für Versandmaterial (Geb.-Nr. 7103) und für Fotokopien von Befunden (Geb.-Nr. 7140) mit festen DM-Beträgen alle von den Klägern erbrachten Leistungen.

Dagegen erhoben die Kläger Widerspruch und trugen zur Begründung vor, die Regelung der Beklagten im HVM verstoße gegen höherrangiges Recht. Bei der Honorarverteilung sei stets der Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung zu beachten, wie dies in [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) geregelt sei. Die Kläger würden als Pathologen ausschließlich im Rahmen von Zielaufträgen auf Überweisung tätig werden. Daher seien sie ausdrücklich von der Praxisbudgetierung ausgenommen worden, da sie nicht die Möglichkeit hätten, aus eigener Initiative die Leistungsmenge zu steuern. Wenn die Beklagte nunmehr mit ihrer Regelung eine Gleichstellung mit den übrigen Facharztgruppen vornehme, stelle dies eine unzulässige Umgehung des Gesetzeszweckes dar. Im Übrigen sei die pauschale Absenkung des angeforderten Leistungsbedarfs auch nicht geeignet, der gesetzlichen Verpflichtung zur Verhütung einer übermäßigen Ausdehnung der kassenärztlichen Tätigkeit gerecht zu werden. Die Beklagte habe nämlich keine Grenze dafür festgelegt, ab der eine übermäßige Ausdehnung der ärztlichen Tätigkeit vorliege. Die mit der Regelung im HVM offenbar beabsichtigte künstliche Erhöhung des Punktwertes sei durch [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) nicht gedeckt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 15. November 1999 wies der Vorstand der Beklagten den Widerspruch zurück. Zur Begründung wurde ausgeführt, ein Verstoß gegen Art. 12 bzw. [Art. 3 Grundgesetz \(GG\)](#) sei nicht ersichtlich. Die Rechtmäßigkeit der hier angesprochenen Regelung des § 7 A II Nr. 10 HVM ergebe sich aus dem Zusammenspiel verschiedener Honorarverteilungsinstrumente. Der HVM sehe seit dem 1. Juli 1996 die Bildung so genannter "fachgruppenbezogener Honorarkontingente" zur Verteilung der Gesamtvergütung vor. Auch zeige die Entwicklung des Durchschnittspunktwertes über alle Leistungen der Fachgruppe der Kläger im Jahre 1998 ($1/98 = 7,3297$; $2/98 = 8,6528$; $3/98 = 8,3913$; $4/98 = 7,7588$), dass die von ihr durchgeführte Mengenbegrenzungsmaßnahme die damit verfolgten Ziele erreicht habe. Denn zum einen sei es gelungen, die Punktwerte zu stabilisieren und somit eine angemessene Vergütung der einzelnen ärztlichen Leistung zu sichern; zum anderen sei eine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung von budgetierten und nicht budgetierten Fachgruppen verhindert und somit ein Höchstmaß an Verteilungsgerechtigkeit erreicht worden. Ferner sei auch dem Einwand der Kläger der fehlenden Steuerungsmöglichkeit, da sie nur auf Überweisung tätig werden würden, entgegenzuhalten, dass sie zwar im Unterschied zu anderen Fachgruppen nicht die Möglichkeit hätten, ihre Leistungsmenge im Rahmen eines direkten Arzt-Patienten-Verhältnisses zu steuern, jedoch sie zum einen die Möglichkeit hätten, den Umfang der von ihnen durchgeführten Einzelleistungen im Rahmen eines Auftrages in nicht unerheblichen Maß selbst festzulegen und zum anderen auch in Zusammenarbeit mit den überweisenden Ärzten den Umfang der angeforderten Leistungen zu beeinflussen.

Hiergegen haben die Kläger am 16. Dezember 1999 Klage vor dem Sozialgericht Freiburg (SG) erhoben. Zur Begründung haben sie geltend gemacht, zwar sei die Bildung so genannter Honorartöpfe und die dadurch bedingten unterschiedlichen Punktwerte für einzelne Arztgruppen zulässig, jedoch müssten für die konkrete Ausgestaltung sachliche Gesichtspunkte maßgebend sein. Dies sei hier jedoch nicht der Fall. So sei schon fraglich, ob neben der im EBM verfügbaren Budgetierung für eine zusätzliche Regelung im HVM noch Raum bleibe. Die getroffenen Regelungen müssten aber in jedem Fall eine Fortführung der im EBM enthaltenen Strukturvorgaben beinhalten. Dieser Grundsatz sei hier jedoch verletzt, da der EBM bei der Festlegung der Praxisbudgets von der Durchschnittspraxis ausgehe, die getroffene Maßnahme der Beklagten sich aber an den individuellen Werten der einzelnen Praxis orientiere. Ferner greife die Beklagte mit der 10-prozentigen Kürzung der Punktzahlen in die Relation der einzelnen abrechnungsfähigen Leistungen zueinander ein. Außerdem bestehe keine sachliche Rechtfertigung für die unterschiedslose pauschale Absenkung der Leistungsanforderung. Schließlich habe die Beklagte auch nicht berücksichtigt, dass ohne die Absenkung des Leistungsbedarfes um 10% der Mindestpunktwert von sechs Pfennigen unterschritten worden wäre mit der Folge, dass Stützungsleistungen hätten gewährt werden müssen.

Mit Urteil vom 4. Juli 2001 hat das SG der Klage stattgegeben, den Honorarbescheid der Beklagten vom 15. Juli 1998 für das Quartal 1/98 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. November 1999 aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, über das Honorar erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden. Es hat hierbei die Auffassung vertreten, dass die Bildung von Fachgruppentöpfen für die "übrigen Leistungen" als Maßnahme der Mengenbegrenzung nicht zu beanstanden sei. Die hier getroffene weiter gehende Regelung in § 7 A II Ziff. 10 HVM mit ihrer linearen 10-prozentigen Absenkung sei dagegen rechtswidrig und damit nichtig. So würden unter anderem die Kläger, wie sie überzeugend und von der Beklagten auch unwidersprochen ausgeführt hätten, ausschließlich Leistungen auf Überweisung und zwar mit einer so gezielten Fragestellung erbringen, dass eine Mengenausweitung praktisch nicht möglich sei. Wenn aber der Fachgruppe der Pathologen eine Mengenausweitung ihrer Leistungen nicht möglich sei, dann sei es rechtswidrig, wenn ihre Leistungsanforderungen ebenso um 10% aus Gründen der Mengenbegrenzung abgesenkt würden wie die der Fachgruppen, die zu einer Mengenausweitung in der Lage seien.

Hinzukomme, dass diese zusätzliche Maßnahme der Mengenbegrenzung mit der Regelung des EBM nicht in Einklang stehe. Der EBM sehe in seinen Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B Nr. 2 eine Regelung für die Berechnung der Fallpunktzahl der Praxisbudgets vor, die nach dem Umfang der Fallzahlen drei Bereiche unterscheide und je nach Fallzahlen eine Erhöhung bzw. Absenkung der Fallpunktzahl vornehme. Für die budgetierten Ärzte erfolge also eine Mengensteuerung durch die Budgets, die Fachgruppentöpfe und die differenzierte Fallpunktzahl. Während die Regelungen hinsichtlich Budgets und Fachgruppentöpfe die Ärzte der jeweiligen Fachgruppe gleichmäßig träfen, werde bei der Fallpunktzahl berücksichtigt, dass die lineare Absenkung des Punktwertes kleine Praxen in der Regel wesentlich stärker treffe als große und deshalb dieser Umstand nicht unberücksichtigt bleiben könne im Rahmen des den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegenden Sicherstellungsauftrages. Von dieser Intention des EBM sei die Beklagte jedoch mit ihrer Regelung in § 7 A II Ziff. 10 HVM abgewichen, indem sie außer der linearen Absenkung durch die Fachgruppentöpfe auch die zusätzliche Mengenabschöpfung um 10% linear ausgestaltet habe und damit kleine Praxen deutlich benachteilige. Zwar sei die Regelung im EBM für budgetierte Ärzte ergangen, der Schutz kleinerer Praxen vor mehrfachen linearen Absenkungen der Punktzahlen unter dem Gesichtspunkt des Sicherstellungsauftrages sei jedoch von solch allgemeiner Bedeutung, dass es eines besonderen Rechtfertigungsgrundes für mehrfache lineare Absenkungen bedürfe. Solche Gründe seien hier jedoch weder erkennbar noch vorgetragen.

Die Beklagte hat gegen das ihrem Bevollmächtigten am 9. Oktober 2001 mit Empfangsbekanntnis zugestellte Urteil am 2. November 2001 Berufung eingelegt. Zur Begründung führt die Beklagte aus, die Entscheidung des SG sei gerade unter Berücksichtigung der vom SG zitierten Entscheidung des erkennenden Senats vom 13. Juni 2001 ([L 5 KA 442/99](#)) aufzuheben und die Klage abzuweisen. So sei zum einen von ihrer Seite unwidersprochen allenfalls die Tatsache, dass die Pathologen Leistungen auf Überweisung erbringen würden, nicht aber, dass eine Mengenausweitung praktisch nicht möglich sei. Vielmehr sei sehr wohl von den schon im Widerspruchsbescheid beschriebenen Steuerungsmöglichkeiten der Kläger zur Mengenausweitung auszugehen. Ferner sei darauf hinzuweisen, dass die Einführung neuer Regelungsmechanismen eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen auslöse. Korrelat hierzu sei jedoch, dass zunächst der Effekt einer derartigen Neuregelung abgewartet werden dürfe. Da die Honorarverluste der Kläger nicht derart dramatisch gewesen seien, dass ein sofortiges Eingreifen erforderlich gewesen wäre, sei die streitige Regelung schon unter Erprobungsgesichtspunkten zu akzeptieren. Damit sei es unschädlich, wenn die Kläger nur auf Überweisung tätig würden und Zielaufträge erfüllten, denn auch diese seien steuerbar. Auch den weiteren Ausführungen des SG werde widersprochen. Zunächst solle klargestellt werden, dass die Maßnahme in erster Linie den Zweck habe, Ausgleichszahlungen von anderen Fachgruppen zu vermeiden, wenn der Punktwert bei den nicht budgetierten Fachgruppen unter den Mindestpunktwert (hier: 6 Pfennig) falle. Innerhalb des jeweiligen Fachgruppentopfes spiele es, auch für kleine Praxen, keine Rolle, ob die Punktzahlenanforderung unmodifiziert vergütet oder um 10% vermindert werde, weil relativ hierzu in gleichem Maße der Punktwert steige. Infolgedessen dürfte, auf den Punkt gebracht, nur die Frage entscheidungserheblich sein, ob sie durch ihre Regelung verhindern dürfte, dass die nicht budgetierten Fachgruppen von den budgetierten Fachgruppen gestützt würden. Würde man diesen Umstand nicht korrigieren, so täte man den budgetierten Fachgruppen unrecht, denn deren stabilisierten Punktwerte weit oberhalb des Mindestpunktwertes kämen nur dadurch zustande, dass strikte Budgetierungsregelungen bestünden, die genau diesen Effekt hervorrufen würden. Auch ein Fehlen von Abstufungsregelungen wie beim Praxisbudget sei hier unschädlich. Das SG übersehe, dass die

Praxisbudgets der Höhe nach auf der Basis einer durchschnittlichen Praxisgröße ermittelt worden seien und bei Erreichen dieser Praxisgröße eine wirtschaftliche Betriebsführung ermöglichen sollten. Werde diese, den Ermittlungen zu Grunde liegende Durchschnittspraxisgröße unterschritten, so sei zur Erreichung einer betriebswirtschaftlichen Honorarmenge ein Zuschlag erforderlich, umgekehrt würden bei einer größeren Zahl von Fällen Rationalisierungseffekte auftreten, die eine Abstaffelung nach unten rechtfertigten (vgl. EBM Allgemeine Bestimmungen A I Teil B 1.2). Dies sei im vorliegenden Falle nicht so, weil es sich um eine lineare Maßnahme handele, die alle betroffenen Praxen gleichmäßig beschränke, diese Praxen jedoch gleichzeitig mit einem entsprechend höheren Punktwert bediene. Die umgekehrte Überlegung sei vielmehr erheblich: bei den Praxisbudgets sollten die großen Praxen wegen der Rationalisierungseffekte und der höheren Vergütung die kleinen Praxen unterstützen. Diese Überlegung gelte jedoch im vorliegenden Falle gerade nicht. Hinzukomme, dass es sich im vorliegenden Fall nicht um eine "kleine" Praxis handele (im streitbefangenen Quartal 5366 Fälle - Anm.: laut Honorarbescheid sogar 8600 Fälle). Damit werde auch deutlich, dass die Beklagte nicht eine mehrfache lineare Absenkung vorgenommen habe, die kleine Praxen unter Verletzung des Sicherstellungsauftrages beeinträchtigt. Die Maßnahme als solche ändere vielmehr an der Vergütungshöhe überhaupt nichts; sie verhindere nur, dass eine Stützung durch andere, budgetierte Fachgruppen erfolge, welche übrigens ebenfalls allen Pathologen zugute käme, unabhängig davon, ob die Praxis groß oder klein sei. Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass die zur Verteilung für die Bedienung der übrigen Leistungen zur Verfügung stehende Gesamtvergütung im Quartal 1/98 ca. 6% niedriger als im entsprechenden Vorjahresquartal gewesen sei, in 1/97 habe die entsprechende Gesamtvergütung 200.343.450,00 DM betragen. Schon deshalb seien Umsatzrückgänge eingetreten.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 4. Juli 2001 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Kläger beantragen,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I.

Die Berufung der Beklagten ist zulässig. Sie ist insbesondere statthaft. Ein Berufungsausschlussgrund des § 144 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) liegt nicht vor. Der Beschwerdewert von 1.000,00 DM, seit 1. Januar 2002 500,00 EUR ist überschritten. Die Beklagte hat auf Grund der Regelung des § 7 A II Nr. 10 HVM bei den Klägern insgesamt 447.195,5 Punkte abgesetzt. Bei dem im HVM garantierten Mindestpunktwert von 6 Pfennig entspricht dies einem Betrag von rund 26.832,00 DM bzw. von rund 13.719,00 EUR.

II. Die Berufung der Beklagten ist jedoch unbegründet.

Nach § 85 Abs. 4 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) in der für das streitige Quartal 1/98 maßgeblichen Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 22. Dezember 1992 (BGBl. I, S. 2266) - das Zweite GKV-Neuordnungsgesetz (2. GKV-NOG) vom 23. Juni 1997 (BGBl. I, S. 1520) hat § 85 Abs. 4 SGB V nicht geändert - verteilt die Kassenärztliche Vereinigung die Gesamtvergütung unter die Kassenärzte. Sie wendet dabei den im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an. Bei der Verteilung sind Art und Umfang der Leistungen des Kassenarztes zugrunde zu legen. Der Verteilungsmaßstab soll sicherstellen, dass eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenarztes verhütet wird. Der Verteilungsmaßstab kann eine nach Arztgruppen und Versorgungsbereichen unterschiedliche Verteilung vorsehen.

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) hat mit Wirkung ab 1. Juli 1997 in den Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B Praxis- und Zusatzbudgets eingeführt. Nach den Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B Nr. 1 EBM unterliegen die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab enthaltenen ärztlichen Leistungen nach Maßgabe dieser Bestimmungen je Arztpraxis und Abrechnungsquartal für die nach Nr. 1.5 aufgeführten Arztgruppen einer fallzahlabhängigen Budgetierung. Die in den Budgets enthaltenen Leistungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal jeweils nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl abrechnungsfähig. Die Höhe der Budgets ergibt sich aus dem Produkt der Fallpunktzahl und der Zahl der Fälle gem. Nr. 1.4.

Nach den Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B Nr. 2 werden für die Berechnung der Fallpunktzahlen der Praxisbudgets quartalsweise drei Fallzahlbereiche wie folgt gebildet.

Fallzahlbereich A = Alle Fälle bis zu 50% des regionalen Fallzahldurchschnittes des Jahres 1995 der Arztgruppe

Fallzahlbereich B = Alle Fälle von mehr als 50% bis 150% des regionalen Fallzahldurchschnittes des Jahres 1995 der Arztgruppe

Fallzahlbereich C = darüber hinausgehende Fallzahlen.

Für die Fälle des Fallzahlbereichs A wird die Fallpunktzahl für das Praxisbudget nach Nr. 1.5 um 10% angehoben, für die Fälle des Fallzahlbereichs B erfolgt eine Absenkung um 10%, für Fälle des Fallzahlbereichs C eine Absenkung um 20%.

In Anlehnung an diese Regelungen hat die Beklagte in ihrem für die Zeit ab 1. Juli 1997 geltenden HVM Regelungen hinsichtlich Praxis- und Zusatzbudgets vorgenommen. Im Einzelnen sah der HVM für das hier streitige Quartal vor, dass von der Gesamtvergütung zunächst bestimmte Leistungen vorweg vergütet wurden. Darüber hinaus wurden bestimmte Teilbudgets für weitere Leistungen gebildet, die ebenfalls vorweg vergütet wurden. Für die sodann verbleibenden "übrigen Leistungen" wurden arztgruppenbezogene Honorarkontingente gebildet (§ 7 B Nr. 8.4 ff HVM).

Wie der Senat bereits entscheiden hat (Urteil des Senats vom 16. 1. 2002 - L 5 KA 791/01 -), ist die Beklagte auf Grund der Regelungen der Praxis- und Zusatzbudgets im EBM nicht gehindert, für Arztgruppen, die - wie die Kläger als Pathologen - der Praxisbudgetierung des EBM nicht unterliegen im HVM eine Regelung zu treffen, die die zu vergütenden Punkte begrenzt. Die verbindlichen EBM-Regelungen zu den Praxis- und Zusatzbudgets haben grundsätzlich nichts daran geändert, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen kraft ihrer Gestaltungsfreiheit im Rahmen der Honorarverteilung mengensteuernde Regelungen treffen dürfen, um ihrer Verantwortung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ([§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) gerecht zu werden. Durch die Einführung von Praxisbudgets im EBM zum 1. Juli 1997 hat sich nichts an der insgesamt begrenzten Gesamtvergütung für alle vertragsärztlichen Leistungen im Sinne des [§ 85 Abs. 1 SGB V](#) geändert und es ist deswegen auch nach dem 1. Juli 1997 Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen, im Rahmen der Honorarverteilung das Notwendige und Mögliche zur Gewährleistung ausreichender Punktwerte zu tun, um auf regionaler Ebene eintretende unerwünschte Verwerfungen zwischen einzelnen Arztgruppen und auch innerhalb einer Arztgruppe zu verhindern (BSG, Urteil vom 8. März 2000 - [B 6 KA 7/99 R](#) -, [MedR 2000, S. 543](#), 547).

Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG, der der Senat folgt, ist bei der Anwendung der Honorarverteilung das aus [Art. 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1](#) des Grundgesetzes (GG) herzuleitende Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit zu beachten. Der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ist verletzt, wenn vom Prinzip der gleichmäßigen Vergütung abgewichen wird, obwohl zwischen den betroffenen Ärzten bzw. Arztgruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass eine ungleiche Behandlung gerechtfertigt ist. Das Gleichbehandlungsgebot des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) enthält jedoch nicht nur das Verbot sachwidriger Differenzierungen, sondern ebenso das Gebot sachgerechter Differenzierungen bei Vorliegen wesentlicher Unterschiede. Zu einer Differenzierung bei ungleichen Sachverhalten ist der Gesetzgeber allerdings nur verpflichtet, wenn die tatsächliche Ungleichheit so groß ist, dass sie bei einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise nicht unberücksichtigt bleiben darf (vgl. z.B. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 33](#), S. 253 mwN).

Ausgehend hiervon ist die Begrenzung der Punktzahlanforderungen bei den den Praxisbudgets nicht unterliegenden Arztgruppen grundsätzlich nicht zu beanstanden. Es gilt im Wesentlichen das selbe wie zu der Budgetierung der sog. Freien Leistungen der budgetierten Arztgruppen (vgl. dazu Urteil des Senats vom 13. Juni 2001 - [L 5 KA 442/99](#) -, [MedR 2001, S. 589](#), im Wesentlichen bestätigt durch Urteil des BSG vom 11. September 2002 - [B 6 KA 30/01 R](#) -). Auch für die Leistungen, die von den nicht budgetierten Arztgruppen erbracht werden, steht nur ein bestimmter Anteil der Gesamtvergütung zur Verteilung an die Vertragsärzte zur Verfügung. Die Beklagte ist berechtigt, die gesetzliche Budgetierung der Gesamtvergütung im Rahmen der Honorarverteilung an die Vertragsärzte weiterzugeben und die abrechnungsfähigen Punkte in einzelnen Leistungsbereichen zu begrenzen (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#), S. 153). Gerade um einen angemessenen Punktwert zu erreichen, ist es notwendig, die zur Abrechnung kommenden Punktzahlen zu begrenzen. Der Regelung liegt damit der Zweck zugrunde, eine Mengenausweitung zu verhindern. Wäre eine solche Begrenzung nicht vorhanden, bestünde die Gefahr, dass Vertragsärzte durch eine Ausweitung der entsprechenden Leistungen höhere Punktzahlen zur Abrechnung bringen und auf diesem Wege versuchen könnten, den Verlust, der durch den geringeren Punktwert entstünde, auszugleichen.

Eine solche Mengenbegrenzung hat die Beklagte mit der umstrittenen Regelung angestrebt. Diese von ihrer Intention grundsätzlich zwar zulässige Regelung kann aber nicht den Inhalt haben, dass die erbrachten Leistungen einfach mit einer um 10% geringeren Punktzahl vergütet werden.

Die Regelung führt dazu, dass die von den Vertragsärzten, die nicht zu den auf Grund des EBM budgetierten Fachgruppen gehören, erbrachten Leistungen mit einer um 10% geringeren Punktzahl als im EBM ausgewiesen vergütet werden. Die Regelung senkt damit faktisch die im EBM vorgegebene Bewertung der Leistungen ab. Die im EBM vorgegebene Bewertung kann aber durch Regelungen im Honorarverteilungsmaßstab nicht abgeändert werden. Der als Satzung zu beschließende Honorarverteilungsmaßstab einer Kassenärztlichen Vereinigung darf nicht gegen die Vorschriften des auf der Grundlage des [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) erlassenen Bewertungsmaßstabes verstoßen (BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 23](#)).

Des Weiteren werden von der Regelung alle Vertragsärzte betroffen unabhängig davon, wie groß ihre Praxis ist und in welchem Umfang sie möglicherweise eine Mengenausweitung verursachen. Nach der von der Beklagten vorgelegten Niederschrift über die Vertreterversammlung vom 22.10.1997 hat mit der Absenkung des Leistungsbedarfs um 10% eine Gleichbehandlung mit den durch den EBM bzw. HVM mit Praxisbudgets belegten Fachgruppen hergestellt werden sollen, die mit einer durchschnittlichen Mengenabschöpfung von 10% konfrontiert worden seien. Zutreffend ist zwar, dass durch die Praxisbudgets im EBM die von den Vertragsärzten angeforderten Punktzahlen reduziert werden sollten mit der Folge, dass unter dem globalen Budget (Betrag der von allen Krankenkassen für die vertragsärztliche Versorgung gezahlten Gesamtvergütungen) der Punktwert stabil bleibt bzw. wieder ansteigt (BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 23](#)). Dies ist allerdings nicht linear um 10% erfolgt. Ein wesentlicher Faktor bei der Berechnung der Vergütung ist bei den Praxisbudgets die Anzahl der (budgetrelevanten) Fälle, weil sich nach den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B Nr. 1 Satz 3 die Höhe der Budgets aus dem Produkt der Fallpunktzahl und der Zahl der Fälle gemäß Nr. 1.4 ergibt. Auch die Regelung über die Berechnung der Fallpunktzahlen der Praxisbudgets erfolgt in Abhängigkeit der Fallzahlen des jeweiligen Arztes, indem für bestimmte Fallzahlbereiche Anhebungen oder Absenkungen erfolgen (Allgemeine Bestimmungen A I Teil B Nr. 2 EBM).

Schließlich ist auch fraglich, ob die Regelung des [§ 7 A II Nr. 10 HVM](#) überhaupt geeignet ist, einer Mengenausweitung entgegen zu wirken. Denn durch eine vermehrte Anforderung von Punkten kann die lineare Abstufung um 10% ausgehebelt werden. Dies gilt erst recht, wenn man wie die Beklagte der Auffassung ist, auch bei den Arztgruppen, die ausschließlich auf Überweisung tätig werden können, sei eine Mengenausweitung möglich (zur Möglichkeit der Mengenausweitung siehe auch BSG [SozR 3-2500 § 85 Nrn. 24 und 26](#) betreffend Laborärzte). Damit aber ist diese Maßnahme auch nicht geeignet, den erstrebten Zweck zu erreichen, unabhängig von der weiteren Frage der Erforderlichkeit (kein milderer Mittel) und der Angemessenheit (Zweck-Mittel-Relation).

Hierzu steht nicht im Widerspruch, dass der Senat eine 20-prozentige Reduzierung der einem Individualbudget zugrundegelegten Fallpunktzahlen für rechtmäßig erachtet hat (vgl. z.B. Urteil vom 13. November 2002 - L 5 KA 4915/00 zu Ziff 4.5.1. HVM Nord-Württemberg). Die Verringerung betraf die Abrechnungswerte in den vergangenen Quartalen, die bei der Ermittlung der Höhe des Budgets zugrunde gelegt wurden, nicht aber die Punktzahlen für die aktuell zur Abrechnung kommenden Leistungen. Die Gegenleistung für das um 20 % verringerte Budget bestand (bei prozentual unverändertem Anteil der auf den betreffenden Arzt entfallenden Gesamtvergütung) in einem entsprechend angestiegenen Punktwert mit der weiteren Folge, dass die Punktzahlreduzierung sich im Ergebnis auf die Höhe des ärztlichen Honorars nicht

nachteilig auswirkte. Diese Gegenleistung ist bei der hier streitigen Regelung des § 7 A II 10 HVM der Beklagten gerade nicht gesichert. Die Vorschrift schöpft pauschal 10% des Abrechnungsbetrages ab, ohne indes Mengenausweitung zu verhindern oder zu bestrafen. Sie hat nicht die Wirkung, wie sie Individualbudgets bei freien Leistungen bzw. die Praxis- und Zusatzbudgets nach dem EBM haben. Die Abschöpfung der Punktzahl ist bei diesen Budgets ein Berechnungsfaktor ohne Auswirkung auf die Höhe der Vergütung. Die Mengenbegrenzung erfolgt allein dadurch, dass durch die Budgets Obergrenzen für die Zahl der abrechnungsfähigen Punkte eingeführt werden. Eine solche mengenbegrenzende Obergrenze enthält die hier streitige Regelung des § 7 A II 10 HVM nicht. Sie führt vielmehr bei erfolgter Mengenausweitung zu einem Honoraranstieg und benachteiligt mit dem damit einhergehenden Punktwertverfall den Arzt, der keine (sachlich nicht gerechtfertigte) Mengenausweitung betreibt.

Dies scheint auch die Beklagte selbst so zu sehen, denn sonst hätte sie nicht die Befürchtung geäußert, die Vorschrift sei notwendig, um die Subventionierung einer Mengenausweitung durch andere Arztgruppen zu verhindern, was bei Unterschreiten des garantierten Mindestpunktwerts zu erfolgen hätte.

Da die Beklagte grundsätzlich berechtigt ist, im HVM auch für die der EBM-Budgetierung nicht unterliegenden Gruppen Honorarkontingente zu bilden, und es der Beklagten freisteht, eine Mengenbegrenzungsregelung für diese Gruppen zu beschließen, scheidet eine Verurteilung der Beklagten, alle angeforderten Punkte zu vergüten, aus. Insoweit verbleibt es bei der vom SG ausgesprochenen Verpflichtung zur Neubescheidung mit der Maßgabe, dass die Beklagte die Rechtsauffassung des Senats zu beachten hat.

Die Berufung der Beklagten ist daher zurückzuweisen.

III.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 SGG](#). Die Aufwendungen der Beklagten sind erstattungsfähig. [§ 193 Abs. 4 Satz 2 SGG](#) ist zwar durch Art. 1 Nr. 66 Buchst. b des Sechsten Gesetzes zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes (6. SGGÄndG) vom 17. August 2001 ([BGBl. I, 2144](#)) mit Wirkung zum 2. Januar 2002 aufgehoben worden. Eine Übergangsvorschrift für vor dem 2. Januar 2002 anhängig gewordene Verfahren enthält das 6. SGGÄndG nicht. Allerdings hat sich durch das 6. SGGÄndG an der Erstattungsfähigkeit der Kosten des Beklagten nichts geändert. Sie ergibt sich nunmehr aus [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 162 Abs. 1](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), der allerdings auf vor dem 2. Januar 2002 anhängig gewordene Verfahren nicht anzuwenden ist ([Art. 17 Abs. 1 Satz 2](#) 6. SGGÄndG). Bei dieser Sachlage kann deshalb nicht davon ausgegangen werden, dass der Gesetzgeber für die vor dem 2. Januar 2002 anhängig gewordene Verfahren die Erstattungsfähigkeit der Kosten der Beklagten hat beseitigen wollen.

IV.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2004-10-19