

## L 11 KA 145/02

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
11  
1. Instanz  
SG Düsseldorf (NRW)  
Aktenzeichen  
S 17 KA 18/01  
Datum  
24.07.2002  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 11 KA 145/02  
Datum  
21.04.2004  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

Auf die Berufung der Kläger wird das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 24.07.2002 abgeändert. Die Beklagte wird unter Änderung des Abrechnungsbescheides für das Quartal III/1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.01.2001 verurteilt, die invasiv-kardiologischen Leistungen der Kläger im Quartal III/1999 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senates zu vergüten. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten der Kläger in beiden Rechtszügen zu zwei Dritteln. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Vergütung der Kläger für invasiv-kardiologische Leistungen im Quartal III/1999.

Im Streitquartal galten im Bereich der Beklagten für fachärztlich tätige Internisten der Untergruppe 6 (Kardiologen) drei Teilbudgets: das Teilbudget Grundleistungskomplex, das radiologische Teilbudget und das kardiologische Teilbudget, aus dem u.a. die sog. invasiven Leistungen nach den Nrn. 5120, 5122, 5125, 5126 und 6003 Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM-Ä) vergütet wurden (§ 2 Abs. 2 Buchst. b) Honorarverteilungsmaßstab (HVM) in der Fassung Beschlüsse der Vertreterversammlung vom 17.04.1999 und 27.11.1999; Rhein. Ärzteblatt 6/1999, S. 57 ff.; 1/2000, S. 59 ff.). Für die Vergütung der Kardiologen standen dabei 1,5851 % der trennungsrelevanten Gesamtvergütung zur Verfügung, von denen wiederum 0,1293 % auf invasive Leistungen entfielen (§ 6 Abs. 4a HVM). Das Punktzahlvolumen für die invasiven Leistungen wurde mit einem abgestaffelten Punktwert vergütet. Die ersten 300 Punkte je kurativ-ambulantem Fall erhielten einen sog. doppelten Punktwert, der das Doppelte des Punktwertes für die nächsten 200 Punkte an invasiven Leistungen je Fall, des sog. einfachen Punktwertes, betrug. Die jeweils weiteren 200 Punkte je Fall wurden bis zu einer maximalen Gesamtpunktzahl von 1.100 Punkten an invasiven Leistungen je Fall mit einem jeweils um 50 % reduzierten Punktwert vergütet. Alle darüberhinausgehenden Leistungen erhielten einen wiederum hälftigen Punktwert, der mithin 1/16 des einfachen Punktwertes ausmachte (§ 2 Abs. 2 Buchst. c) HVM). Diese Regelung trat zum Quartal III/1999 in Kraft.

Die Kläger sind in Gemeinschaftspraxis in L niedergelassen und nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Der Kläger zu 2), der mit Ablauf des Quartals I/2003 aus der Gemeinschaftspraxis ausgeschieden ist, verfügt zwar nicht über die Schwerpunktbezeichnung Kardiologie, wurde von der Beklagten für die Honorarverteilung aber als Kardiologe eingestuft, weil er Farbdoppler-Sonografien nach Nr. 618 EBM-Ä erbrachte. Die übrigen Kläger sind Kardiologen.

Im Streitquartal hatten die Kläger bei 2.625 Behandlungsfällen einen Gesamtleistungsbedarf von 10.557.867 Punkten für kurative Leistungen, von denen 3.965.300 Punkte auf invasive Leistungen entfielen. Im Hinblick darauf gewährte die Beklagte ihnen in Anwendung der Abstaffelungsregelung des § 2 Abs. 2 Buchst. c) HVM für 787.500 Punkte (2.625 Fälle mal 300 Punkte) den doppelten Punktwert in Höhe von 6,3961 Pf und für jeweils weitere 525.000 Punkte (2.625 Fälle mal 200 Punkte) den einfachen, den halbierten, den durch vier bzw. den durch acht geteilten Punktwert. Insgesamt 1.077.800 Punkte wurden mit 1/16 des einfachen Punktwertes, d.h. mit 0,1999 Pf, vergütet. Bei einem allgemeinen Punktwert für kurative Leistungen "rot" von 6,3207 Pf im Ersatz- bzw. 5,5077 Pf im Primärkassenbereich und einem Gesamthonorarsaldo von 731.590,32 DM erhielten die Kläger auf diese Weise für invasive Leistungen ein Honorar von 84.004,39 DM (Abrechnungsbescheid für das Quartal III/1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.01.2001).

Mit der Klage zum Sozialgericht Düsseldorf (SG) haben die Kläger einen Verstoß von § 2 Abs. 2 Buchst. c) HVM gegen die Freiheit der Berufsausübung und den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ([Art 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art 3 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG)) gerügt. Sie erhielten 2.127.800 Punkte mit einem Punktwert von weniger als 1,0 Pf vergütet. Damit würden ihre Wettbewerbschancen als große, auf invasiv-kardiologische Leistungen spezialisierte Praxis gegenüber kleineren Praxen unangemessen verschlechtert. Hierfür sei ein sachlicher Grund umso weniger erkennbar, als in Fachkreisen anerkannt sei, dass nur eine Frequenz von mindestens 200 Katheteruntersuchungen pro

Jahr eine hohe Leistungsqualität sichere. Zumindest habe die Beklagte für besonders schwer wiegend betroffene Praxen Ausnahmeregelungen schaffen müssen.

Die Kläger haben beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Abrechnungsbescheides für das Quartal III/1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.01.2001 zu verurteilen, ihre vertragsärztlichen Leistungen im Quartal III/1999 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu vergüten.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat sich darauf berufen, dass die Abstufungsregelung zum Quartal III/1999 auf Initiative des Berufsverbandes der Kardiologen eingeführt worden sei, um einen stabilen Punktwert zu gewährleisten. Im Hinblick darauf handele es sich um eine nicht zu beanstandende Anfangs- und Erprobungsregelung.

Das SG hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 24.07.2002). Abstufungsregelungen seien auch in einem HVM zulässig. Es handele sich um eine Anfangs- und Erprobungsregelung, bei der größere Typisierungen zulässig seien. § 2 Abs. 2 Buchst. c) HVM verstoße dabei nicht gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Immerhin 787.500 Punkte an invasiv-kardiologischen Leistungen seien mit einem Punktwert von 6,3961 Pf vergütet worden. Darüberhinaus hätten die Kläger eine Sachkostenvergütung in Höhe von 242.504,55 DM erhalten. Insgesamt entfielen auf diese Weise nur etwa 20 % des Honorars auf ein Punktevolumen, das mit 3,1980 Pf oder weniger vergütet worden sei. Die von den Klägern gerügte Wettbewerbsverzerrung bestehe nicht. Großpraxen hätten eine günstigere Kostenstruktur und höhere Einsparpotentiale als kleine Praxen. Zudem würden die Sachkosten für invasiv-kardiologische Leistungen nach Abschn. U Ziff. 4 EBM-Ä pauschal erstattet. Damit müssten aus dem Honorar selbst in erster Linie die Kosten für Personal und Investitionen bestritten werden, die bei einer großen Praxis besser aufgefangen werden könnten als bei einer kleinen. Die Abstufungsregelung werde daher am ehesten dazu führen, dass invasiv-kardiologische Leistungen sich auf Großpraxen konzentrierten, was im Sinne der Qualitätssicherung auch wünschenswert sei.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Kläger. Sie wenden ein, § 2 Abs. 2 Buchst. c) HVM sei auf Betreiben des Berufsverbandes der Kardiologen gezielt zum Nachteil der Minderheit der invasiv-kardiologischen Internisten eingeführt worden. Ziel sei dabei eine Umverteilung zu Lasten großer und zugunsten kleiner invasiv-kardiologischer Praxen gewesen. Es handele sich demnach um eine rein honorarpolitische Entscheidung, die gegen das Transparenzgebot verstoße, zumal die Beklagte nicht verdeutlicht habe, wieso im Gegensatz zu praktisch allen anderen Fachgruppen für Kardiologen zum Quartal III/1999 keine Individualbudgets eingeführt worden seien. Offenbar habe man das Honorar der invasiv tätigen Kardiologen über die Abstufungsregelung zunächst "abschmelzen" wollen, um es sodann erst ab dem Quartal I/2001 auf entsprechend geringerer Grundlage den Individualbudgets zu unterwerfen. Da sie, die Kläger, unbestritten 25 % aller Katheterleistungen und 75 % aller Katheterbehandlungen im Zuständigkeitsbereich der Beklagten sicher stellten, müsse ihnen zumindest eine kostendeckende Arbeitsweise gewährleistet werden. Das sei im Hinblick auf die Abstufung aber auch dann nicht der Fall, wenn sie in anderen Bereichen Kostendeckung erzielen könnten. Ersichtlich gehe es der Beklagten vielmehr darum, die kostenintensiven Katheterleistungen verstärkt in den stationären, von ihr nicht zu vergütenden Sektor zu verschieben. In der mündlichen Verhandlung vor dem Senat rügen die Kläger außerdem, der Fachgruppentopf für invasive Leistungen der Kardiologen sei im Streitquartal unzureichend bemessen gewesen.

Die Kläger beantragen,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 24.07.2002 abzuändern und nach dem Klageantrag zu erkennen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des SG für zutreffend und die Ausführungen der Kläger zur Entstehungsgeschichte des § 2 Abs. 2 Buchst. c) HVM für durch nichts belegte Vermutungen. Hintergrund der Vorschrift sei die Feststellung ständig sinkender Punktwerte auch im Bereich der kardiologischen Leistungen gewesen, angesichts derer ihr Vorstand Ende 1997 beschlossen habe, im Rahmen einer "Arbeitsgruppe Kardiologie" die Plausibilität der Abrechnungen zu überprüfen. Der Ende 1998 fertig gestellte Abschlussbericht habe zwar keine extremen Leistungsausweitungen einzelner Praxen ergeben, wohl aber das Erfordernis, auch die Menge der invasiv-kardiologischen Leistungen zu begrenzen. Angesichts der Notwendigkeit eines Mengengrenzungsmodells für alle kardiologischen Leistungen habe der Berufsverband der Kardiologen sich gegen eine Einführung der Individualbudgets auch für die Berufsgruppe der Kardiologen ausgesprochen und stattdessen mit großer Mehrheit das nunmehr streitige Degressionsmodell vorgeschlagen.

Der Senat hat die Abrechnungsunterlagen der Kläger unter Einschluss der Frequenztabelle und der Gesamtübersichten vor Prüfung für die Quartale I/1997 bis IV/1999 beigezogen und zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht. Wegen weiterer Einzelheiten wird auf die von der Beklagten terminsvorbereitend überreichten Tabellen zur Punktwertentwicklung, die zwischen den Beteiligten im Übrigen gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen sowie die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, die beigezogen worden und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist begründet. Der angefochtene Honorarbescheid beschwert die Kläger, weil er auf der rechtswidrigen Regelung des § 2 Abs. 2 Buchst. c) HVM beruht. Die Beklagte muss eine Neuregelung für die Honorierung invasiv-kardiologischer Leistungen der fachärztlichen Internisten der Untergruppe 6 treffen und auf deren Grundlage neu über das Honorar der Kläger im Quartal III/1999 entscheiden.

Honorarverteilungsregelungen einer Kassenärztlichen Vereinigung sind in erster Linie an den gesetzlichen Vorgaben des [§ 85 Abs. 4](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit zu messen, der sich aus [Art 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art 3 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) ableitet. Zentrale Bedeutung kommt dabei der Bestimmung des [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) zu, wonach bei der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistungen des Vertrags(zahn)arztes zugrunde zu legen sind. Dieser Vorschrift kann indessen nicht die Forderung entnommen werden, die Leistungen müssten nach ihrer Art und ihrem Umfang stets gleichmäßig, d.h. mit einem für alle Leistungen einheitlichen Punktwert honoriert werden. Das Gesetz schließt es vielmehr nicht aus, durch Regelungen im HVM die Gesamtvergütungen in Teilbudgets (Honorartöpfe) aufzuteilen, auch wenn dies dazu führt, dass vertragsärztliche Leistungen nach verschiedenen Punktwerten vergütet werden (vgl. zuletzt BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 48](#) m.w.N.). Die Bildung solcher Honorartöpfe kann auch damit verknüpft werden, dass für die verschiedenen Töpfe unterschiedliche Punktwertregelungen gelten. So kann ein HVM eine differenzierte Honorierung innerhalb der Fallwerte vorsehen, indem ein begrenzter Basiswert nach einem höheren Punktwert und die darüberhinaus gehenden Leistungen entweder nach einem floatenden (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#)) oder nach einem abgestaffelten Punktwert (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)) vergütet werden. Diese Rechtsprechung trägt der Erkenntnis Rechnung, dass Bestimmungen des HVM, die unmittelbar den Punktwert regeln, und andererseits solche, die zwar am abgerechneten Punktzahlvolumen ansetzen, aber letztlich zur Stabilisierung des Punktwerts beitragen, funktionell austauschbar sind und daher rechtlich nicht grundsätzlich unterschiedlich bewertet werden dürfen (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 48](#)). Die Einführung solcher Regelungen steht allerdings nicht im freien Ermessen der KÄVen. Sie bedürfen vielmehr wegen der möglichen unterschiedlichen Punktwerte im Hinblick auf den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit einer sachlichen Rechtfertigung.

Diesen Maßstäben hält die angegriffene Regelung des § 2 Abs. 2 Buchst. c) HVM nicht Stand. Denn sie führt zu einer sachlich nicht gerechtfertigten Ungleichbehandlung kardiologischer Praxen, die invasiv-kardiologische Leistungen erbringen, je nachdem, wie hoch der Anteil der invasiv-kardiologischen Fälle an der Gesamtfallzahl der Praxis ist.

§ 2 Abs. 2 Buchst. c) HVM knüpft hinsichtlich der Punktmengen, die einer kardiologischen Praxis für invasiv-kardiologische Leistungen zugestanden werden, bevor die Abstufung eingreift, nicht an die Zahl der invasiv-kardiologischen Fälle, sondern die Gesamtfallzahl der Praxis an.

Die Auswirkungen der Regelung lassen sich beispielhaft anhand der klägerischen Praxis beschreiben. Diese hatte im Streitquartal bei 2.625 Fällen insgesamt einen Leistungsbedarf für invasiv-kardiologische Leistungen von 3.965.300 Punkten. Aufgrund der Abstufungsregelung erhielt sie hierfür ein Honorar von 84.004,39 DM. Das entspricht einem Auszahlungspunktwert von 2,12 Pf. Da aufgrund der Neubewertung invasiv-kardiologischer Leistungen im EBM-Ä zum 01.04.1999 an die Stelle der Vielzahl der bislang geregelten Leistungstatbestände nunmehr mit Nrn. 5120, 5122 EBM-Ä im Wesentlichen zwei "Fallpauschalen" für die Grundleistung der Herzkatheteruntersuchung einerseits und sich eventuell anschließende interventionelle Maßnahmen andererseits getreten sind, lassen sich auch die Auswirkungen auf den Fallwert treffsicher ermitteln. Da die Kläger im Streitquartal 306mal die mit 10.000 Punkten bewertete Leistung nach Nr. 5120 EBM-Ä abgerechnet haben, kann unbedenklich angenommen werden, dass sie in diesem Quartal 306 Katheteruntersuchungen durchgeführt haben. Je Fall haben sie dementsprechend bei einem Fallwert von 12.958 Punkten ein Honorar von 274,52 DM erzielt.

Hätten die Kläger bei derselben Zahl an invasiv-kardiologischen Fällen und identischem Leistungsvolumen für diese Fälle statt insgesamt 2.625 Behandlungsfällen alles in allem 4.000 Behandlungsfälle im Quartal gehabt, so hätte ihnen bis zu 1.200.000 Punkten der sog. doppelte Punktwert (6,3961 Pf) und für jeweils 800.000 weitere Punkte der einfache Punktwert (3,1980 Pf), der halbe Punktwert (1,5990 Pf) bzw. der durch vier geteilte Punktwert (0,7995 Pf) zugestanden. Lediglich für die letzten 365.300 Punkte wären sie auf den durch acht geteilten Punktwert (0,3998 Pf) verwiesen worden. Bei vollständig gleichem Leistungsverhalten hätten sie danach ein Honorar für die invasiv-kardiologischen Leistungen von 122.985,67 DM erzielt. Das entspricht einem fallbezogenen Honorar von 401,91 DM und einem Auszahlungspunktwert von 3,10 Pf, also etwa in Höhe des einfachen Punktwertes.

Eine kleinere Praxis mit einer Gesamtfallzahl von lediglich 1.000 Fällen wäre demgegenüber durch die Regelung noch härter getroffen worden als die Kläger. Sie hätte sich bei demselben Leistungsverhalten mit einem Honorar für invasiv-kardiologische Leistungen von lediglich 36.908,63 DM begnügen müssen, was einem fallbezogenen Honorar von 120,62 DM bzw. einem Auszahlungspunktwert von 0,93 Pf entspricht.

Hätten die Kläger schließlich entsprechend dem Durchschnitt ihrer Vergleichsgruppe lediglich in 3,61 von 100, also in insgesamt 95 Fällen invasiv-kardiologische Leistungen bei einem identischem Fallwert von 12.958 Punkten erbracht, so wäre ihnen der hieraus entstehende Leistungsbedarf von 1.231.010 Punkten mit 64.552,74 DM und damit mit einem fallbezogenen Honorar von 679,50 DM bzw. einem Auszahlungspunktwert von 5,24 Pf vergütet worden.

Es bestehen keine Gründe, die bei vergleichbarem Leistungsverhalten und gleichen Leistungsvolumina im Bereich der von § 2 Abs. 2 Buchst. c) HVM erfassten invasiv-kardiologischen Leistungen derart unterschiedliche Vergütungsergebnissen rechtfertigen könnten.

Es sind schon keine hinreichenden Anhaltspunkte für eine Leistungsausweitung im invasiv-kardiologischen Bereich ersichtlich, die über die Bildung eines Honorartopfes hinaus ein Einschreiten der Beklagten mit Mitteln der Honorarverteilung, insbesondere in Gestalt der hier zu beurteilenden Abstufungsregelung, erforderlich erscheinen ließe. Aus dem von der Beklagten vorgelegten Zahlenmaterial erschließt sich ein zwar geringer, keinesfalls aber zunehmend verfallender Punktwert im Bereich der invasiv-kardiologischen Leistungen. Über die Quartale III/1997 bis IV/1998 hat dieser vielmehr bei durchschnittlich 3,36 Pf im Bereich der Primär- und 5,12 Pf im Ersatzkassenbereich gelegen und sich innerhalb einer im Wesentlichen konstanten, wenn auch vergleichsweise großen, Schwankungsbreite bewegt. Ein konstanter Punktwertverfall lässt sich stattdessen bei den nicht-invasiven Leistungen feststellen, wo der Punktwert bei den Primärkassen von 6,4286 Pf im Quartal III/1997 auf 5,9659 Pf im Quartal IV/1998 und bei den Ersatzkassen von 7,0441 Pf im Quartal III/1997 auf 6,4603 Pf im Quartal IV/1998 gesunken ist. Dort hat sich die Beklagte indessen nicht zu einem Eingriff von vergleichbarer Intensität veranlasst gesehen. Ebenso ist es nicht etwa bei den invasiven Leistungen, wo der Leistungsbedarf über die Quartale III/1997 bis IV/1998 weitgehend konstant geblieben ist, sondern bei den nicht-invasiven Leistungen zu einer erheblichen Leistungsausweitung gekommen (18 % Steigerung von III/1997 bis IV/1998). Die genannten Zeiträume sind deshalb von zusätzlicher Aussagekraft, weil die erhobenen Zahlen belegen, dass es auch im Anschluss an das Ende der Großgeräte-Bedarfsplanung (vgl. zur Großgeräteeigenschaft von Kathetermessplätzen Art 67 Gesundheitsreformgesetz i.V.m. Abschn. B 1a Ziff. 4 Großgeräte Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom

10.12.1985 (BAnz Beil. Nr. 60a vom 27.03.1986, S. 3) sowie BSG [SozR 3-2500 § 116 Nr. 14](#)) nicht zu signifikanten Leistungsausweitungen gekommen ist.

Selbst wenn man sich jedoch die Beurteilung der Beklagten zu Eigen macht und mengenbegrenzende Honorarmaßnahmen auch im invasiv-kardiologischen Bereich für grundsätzlich erforderlich hält, so brauchten diese jedenfalls im Quartal III/1999 nicht mehr einer Steigerung des Fallwertes entgegenzuwirken. Denn zu diesem Zeitpunkt hatte der Bewertungsausschuss bereits geeignete Maßnahmen ergriffen, einer medizinisch nicht gebotenen Erhöhung des Fallwertes bei Katheteruntersuchungen Einhalt zu gebieten, indem er diese Leistungen im Wesentlichen auf der Grundlage der bereits beschriebenen beiden "Fallpauschalen" bewertet hatte (Beschluss vom 09.12.1998, Dt. Ärzteblatt 1999, S. A-68). Auch wenn die Vertreterversammlung der Beklagten die Auswirkungen dieser ab dem Quartal II/1999 geltenden vollständigen Neufassung der Leistungslegenden zum Zeitpunkt ihres Beschlusses vom 17.04.1999 noch nicht in allen Einzelheiten kennen konnte, so waren ihr doch zumindest der Beschluss des Bewertungsausschusses und seine Zielsetzung bekannt. Der mit der Neufassung des EBM-Ä verbundene deutliche Rückgang des Punktevolumens im invasiv-kardiologischen Bereich um rund ein Viertel und die gleichzeitige spürbare Anhebung des Punktwertes von 2,8745 Pf (Primärkassen) bzw. 4,4545 Pf (Ersatzkassen) im Quartal I/1999 auf 4,8705 Pf bzw. 6,8847 Pf im Quartal II/1999 erweisen sich dabei lediglich als spätere Bestätigung einer in ihren wesentlichen Zügen gewollten und absehbaren Entwicklung.

Aufgrund dessen bestand für die Beklagte im Hinblick auf die Honorarverteilung allenfalls die Notwendigkeit, einer Steigerung der invasiv-kardiologischen Fallzahlen begrenzend entgegenzutreten. Das hierzu gewählte Instrument der Abstufung der Vergütung im Wesentlichen nach dem Verhältnis invasiv-kardiologischer Behandlungsfälle zur Gesamtzahl der Behandlungsfälle erweist sich indessen nicht als zulässiges Differenzierungskriterium.

Das von der Beklagten geschaffene Regelungssystem ermöglicht es einer invasiv-kardiologisch tätigen Praxis nur dann, einen Auszahlungspunktwert für invasiv-kardiologische Leistungen wenigstens in Höhe des einfachen Punktwertes zu erreichen, wenn sie den Anteil an invasiv-kardiologischen Behandlungsfällen deutlich unter 10 % der Gesamtfallzahl reduziert. Im Ergebnis führt die Regelung damit zu einer Bevorzugung solcher Praxen im Rahmen der Honorarverteilung, die einen eher geringen Grad an Spezialisierung hinsichtlich dieser Leistungen anstreben. Eine solche Wirkung ist im Rahmen des Systems der vertragsärztlichen Versorgung jedoch erkennbar nicht erwünscht. Nach § 7 Abs. 1 Nr. 1 der aufgrund von [§ 135 Abs. 2 SGB V](#) von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen geschlossenen Vereinbarung zur invasiven Kardiologie vom 03.09.1999 setzt die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung therapeutischer Katheterinterventionen voraus, dass in einem Abstand von jeweils 12 Monaten mindestens 150 Katheterisierungen, davon mindestens 50 therapeutische Katheterinterventionen durchgeführt werden. Diese in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Neubewertung der invasiv-kardiologischen Leistungen im EBM-Ä getroffene Vereinbarung lässt ohne weiteres den Willen der Partner des Bundesmantelvertrages erkennen, im Sinne der Qualitätssicherung eine möglichst hohe Leistungsfrequenz mit der Wirkung einer entsprechenden Spezialisierung zu erzielen. Dass diese Vereinbarung bei Inkrafttreten der im vorliegenden Verfahren umstrittenen HVM-Regelung noch nicht bestand, gebietet keine andere Beurteilung. Denn invasiv-kardiologische Leistungen sind in der sozialgerichtlichen Rechtsprechung seit jeher als Leistungen angesehen worden, die einen hohen Grad an Spezialisierung verlangen und aus diesem Grund nur von einem sehr beschränkten Kreis an Leistungserbringern vorgehalten werden können. So hat das BSG etwa in seiner Entscheidung vom 14.05.1992 ([6 RKA 41/91 - SozR 3-2500 § 122 Nr. 3](#)) Herzkatheter-Messplätze als Beispiel für Großgeräte genannt, die nur in wenigen, hochspezialisierten kardiologischen Praxen zum Einsatz kämen. Ganz im Sinne einer solchen Spezialisierung sind Herzkatheter-Untersuchungen im gesamten Zuständigkeitsbereich der Beklagten ausweislich der von den Klägern überreichten Frequenztabelle im Streitquartal III/1999 nur von 43 und anschließende Interventionsleistungen nach Nr. 5122 EBM-Ä nur von 10 Leistungserbringern abgerechnet worden.

Kommen invasiv-kardiologisch tätige Vertragsärzte dementsprechend ihrer Verpflichtung nach, die Qualität ihrer Leistung durch eine hohe Leistungsdichte zu erhalten, so können sie dies auf der Grundlage des Regelungssystems der Beklagten zu wirtschaftlich annehmbaren Bedingungen nur dann sicherstellen, wenn sie ihre Gesamtfallzahl entsprechend erhöhen, indem sie durch zusätzliche nicht-invasive Behandlungsfälle eine ausreichend hohe Zahl an "Verdünnerefällen" schaffen. Auch dabei handelt es sich indessen um einen gesetzlichen Wertungen zuwider laufenden Effekt. Denn der Gesetzgeber hat in [§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#) zum Ausdruck gebracht, dass eine übermäßige Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit unerwünscht ist und die KÄVen verpflichtet sind, ihr im Rahmen der Honorarverteilung entgegenzuwirken. Damit ist eine Regelung unvereinbar, die eine angemessene Vergütung medizinisch notwendiger und auch in bestimmter Mindestzahl normativ geforderter Leistungen davon abhängig macht, dass die Zahl der übrigen Behandlungsfälle auf einem hohen Niveau gehalten oder sogar noch darüberhinaus gesteigert wird.

Dabei bedarf es keiner näheren Darlegung, dass ein erzielbarer Punktwert unterhalb des einfachen Punktwertes von im vorliegenden Fall 3,1980 Pf eine angemessene Vergütung invasiv-kardiologischer Leistungen nicht mehr gewährleistet. Allein im Hinblick auf die hohen Anforderungen an apparative und personelle Voraussetzungen, wie sie sich nicht zuletzt auch aus §§ 5, 6 der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie ergeben, folgt der Senat unbedenklich der Darstellung der Kläger, wonach ein Auszahlungspunktwert von 2,12 Pf nicht einmal mehr zu einer auf Dauer kostendeckenden Vergütung invasiv-kardiologischer Leistungen führt. Dem kann die Beklagte nicht mit dem SG erfolgreich entgegenhalten, dass die Sachkosten für solche Leistungen nach Abschn. U Ziff. 4 EBM-Ä zusätzlich pauschaliert vergütet werden. Denn die betreffenden Pauschalen decken lediglich die Kosten für Verbrauchsmaterialien ab. Der neben den Investitionskosten anfallende personelle Aufwand bleibt demgegenüber unberücksichtigt. Insoweit hat bereits das BSG in anderem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass Katheteruntersuchungen einen erheblichen zeitlichen Aufwand nicht zuletzt auch an ärztlicher Tätigkeit erfordern (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 8](#)). Nichts anderes gilt für die Kosten, die durch den personalintensiven Einsatz nichtärztlicher Mitarbeiter verursacht werden.

Da § 2 Abs. 2 Buchst. c) HVM mithin bereits im Ansatz systemwidrig ist, kann die Vorschrift auch unter dem Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelung keinen Bestand haben.

Bei der Neuregelung der Vergütung invasiv-kardiologischer Leistungen wird es die Beklagte jedenfalls für das Streitquartal III/1999 bei der Größe des hierfür vorgesehenen Topfes im Umfang von 0,1293 % der trennungsrelevanten Gesamtvergütung belassen dürfen. Soweit die Kläger erstmals in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat auch die Topfgröße beanstandet haben, greift dieser Einwand im Ergebnis nicht durch. Der Senat kann insoweit dahinstehen lassen, ob die Beklagte in der Zeit bis zum Quartal I/1999 im Rahmen ihrer Beobachtungs-

und Anpassungspflicht gehalten gewesen wäre, die Topfgröße zu korrigieren. Denn jedenfalls zum Quartal III/1999 hat eine solche Verpflichtung nicht bestanden. Vielmehr durfte die Beklagte die durch die Neufassung und -bewertung der invasiv-kardiologischen Leistungen im EBM-Ä ab dem Quartal II/1999 eintretenden Wirkungen zunächst abwarten, zumal diese - wie dargelegt - erkennbar auch in einer Steuerung des pro Fall abrechenbaren Leistungsvolumens bestanden. Das gilt umso mehr, als sie trotz dieser neuen Regelungen das Topfvolumen für invasiv-kardiologische Leistungen zum Quartal III/1999 von zuvor 0,1088 % Anteil an der trennungsrelevanten Gesamtvergütung um rund 15 % erhöht hatte.

Bei der Neufassung wird die Beklagte des weiteren ihre Bindung an den Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung ([§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#)) und in diesem Zusammenhang die Grundentscheidung des Bewertungsausschusses zu beachten haben, wonach eine Herzkatheterisierung auch ohne interventionelle Leistungen mit 10.000 Punkten als angemessen bewertet anzusehen ist. Auf dieser Grundlage muss auch eine Praxis, die sich vorwiegend oder ausschließlich auf die Erbringung von invasiv-kardiologischen Leistungen spezialisiert, hieraus eine angemessene Vergütung erzielen können. Damit sind HVM-Regelungen, die eine Abstufung bereits ab 500 Punkten vorsehen, ebenso unvereinbar, wie solche Regelungen, die hinsichtlich der Mengengrenzung an das Verhältnis zwischen dem invasiven und dem nicht-invasiven bzw. dem Gesamtleistungsvolumen anknüpfen. Ferner wird die Beklagte in Rechnung stellen müssen, dass nur durch ein Mindestvolumen an invasiven Behandlungsfällen die erforderliche Qualitätssicherung in diesem Bereich zu gewährleisten ist.

Lediglich im Hinblick auf den diesbezüglichen Vortrag der Kläger weist der Senat ergänzend darauf hin, dass die Beklagte nicht verpflichtet war, auch für Kardiologen bereits ab dem Quartal III/1999 Individualbudgets einzurichten. Für invasiv tätige Kardiologen ergibt sich dies schon daraus, dass sich die im allgemeinen Bemessungszeitraum der Quartale III/1997 bis II/1998 erzielten Honorare im Hinblick auf die wesentlichen Änderungen des EBM-Ä zum Quartal III/1999 insoweit nicht als Bezugsgröße eignen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) in der bis zum 01.01.2002 geltenden Fassung (BSG [SozR 3-2500 § 116 Nr. 24](#)). Der Senat hat der Beklagten die außergerichtlichen Kosten der Kläger lediglich anteilig auferlegt, nachdem diese in der mündlichen Verhandlung deutlich gemacht haben, dass es ihnen darum geht, ihre invasiv-kardiologischen Leistungen mit dem allgemeinen Punktwert für kurative Leistungen vergütet zu erhalten. Mit diesem Begehren werden sie im Hinblick auf die für das Quartal III/1999 nicht zu beanstandende Topfgröße indessen aller Wahrscheinlichkeit nach nicht in voller Höhe durchdringen.

Der Senat hat keinen Anlass gehabt, die Revision zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)). Der Rechtsstreit betrifft eine Regelung im HVM der Beklagten, die lediglich für sechs Quartale gegolten hat und inzwischen wieder außer Kraft getreten ist. Bei der Beurteilung dieser Vorschrift werden ausschließlich Fragen aufgeworfen, die sich auf der Grundlage der gesicherten höchstrichterlichen Rechtsprechung hinreichend zuverlässig beantworten lassen.

Rechtskraft  
Aus  
Login  
NRW  
Saved  
2004-05-07