

## L 11 KA 91/00

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
11  
1. Instanz  
SG Düsseldorf (NRW)  
Aktenzeichen  
S 33 (2) KA 208/98  
Datum  
12.07.2000  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 11 KA 91/00  
Datum  
07.03.2001  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 6 KA 13/01 R  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 12.07.2000 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten des Klägers auch für das Berufungsverfahren. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten wegen Kürzungen des vertragsärztlichen Honorars gemäß § 7 Abs. 1 des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) der Beklagten aufgrund eines Fallzahlwachses im Quartal I/1998.

Der Kläger ist als Augenarzt in D ... zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Die Beklagte kürzte seine Honorarforderung für das Quartal I/1998 nach § 7 Abs. 1 HVM um insgesamt 17.268,40 DM. Den Widerspruch des Klägers wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 30.05.2000 zurück. § 7 Abs. 1 HVM diene in zulässiger Weise dem Ziel, bei begrenzten Gesamtvergütungen und Steigen der Leistungsmenge dem einzelnen Vertragsarzt eine gewisse Planungs- und Kalkulationssicherheit zu geben.

Zur Begründung der hiergegen erhobenen Klage hat der Kläger vorgetragen, er halte § 7 HVM für rechtswidrig. Es seien ihm die Leistungen für insgesamt 253 Patienten, die freiwillig seine Praxis aufgesucht hätten, nicht vergütet worden.

Der Kläger hat beantragt,

den Quartalskonto-Abrechnungsbescheid der Beklagten vom 23.07.1998 für das Quartal I/1998 hinsichtlich der Kürzung wegen übermäßiger Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit nach § 7 Abs. 1 HVM in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.05.2000 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die einbehaltenen Beträge auszuzahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage zurückzuweisen.

Das Sozialgericht hat mit Urteil vom 12.07.2000 den angefochtenen Bescheid aufgehoben und die Beklagte zur Nachvergütung verurteilt.

Das alleinige Abstellen auf die Fallzahlen sei nicht von [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) gedeckt. Es werde weder der Fallwert noch das Gesamthonorar in die Betrachtung mit einbezogen. In Wahrheit diene die Regelung nicht der Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung, sondern einer Stärkung der Verteilungsgerechtigkeit und einer Anpassung an das System der Praxisbudgets.

Zur Begründung der hiergegen eingelegten Berufung hat die Beklagte vorgetragen, dass § 7 Abs. 1 HVM als flankierende Maßnahme zu den Praxis- und Zusatzbudgets sachgerecht sei. Die Praxis- und Zusatzbudgets gäben für die meisten Arztgruppen fallzahlbezogene Punktzahlen vor. Flankierend hierzu sei eine Fallzahlwachsbegrenzung eingeführt worden, um dem Ausweiten der Punktzahl über das Produzieren von Fällen entgegenzuwirken. Im Hinblick auf das Vergütungssystem insgesamt sei eine sachgerechte Kürzungsmaßnahme etabliert worden, um eine übermäßige Ausdehnung der Kassenpraxis durch übermäßige Fallzahlsteigerung zu verhindern.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 12.07.2000 abzuändern und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes, auch des Vorbringens der Beteiligten, wird auf die Gerichtsakte sowie die beigezogene Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen. Deren Inhalt war Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist zulässig, aber unbegründet.

Das Sozialgericht hat zutreffend die angefochtenen Bescheide aufgehoben und die Beklagte verurteilt, die aufgrund der Regelung in § 7 Abs. 1 HVM eingehaltenen Honoraranteile nachzuvergüten. Die angefochtenen Bescheide sind insoweit rechtswidrig und beschweren den Kläger i.S.v. [§ 54 Abs. 2 SGG](#).

Die Regelung in § 7 Abs. 1 HVM entbehrt einer gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage. Entgegen der Ansicht der Beklagten kommt § 85 Abs. 4 Satz 4 (ab 01.01.1999 Satz 5) SGB V als Ermächtigungsgrundlage nicht in Betracht. Eine allein auf die Überschreitung bestimmter Fallzahlengrenzwerte abstellende und den Leistungsumfang im übrigen völlig außer Betracht lassende Regelung ist durch diese Vorschrift nicht gedeckt. Alle Begrenzungsregelungen im ärztlichen Bereich, über die das BSG in den letzten Jahrzehnten zu entscheiden hatte, stimmten insoweit überein, als als Indikatoren für eine übermäßige Ausdehnung entweder lediglich die Überschreitung eines bestimmten Punktzahlengrenzwertes (z.B. BSG 2200 § 368 f Nr. 15; BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 8](#)) oder eine Kombination von Fall- und Punktzahlobergrenzen (z.B. BSG SozR 2200 § 368 f Nr. 15) normiert waren. Honorarverteilungsregelungen, die ohne Berücksichtigung von Fallzahl und Gesamthonorar der Praxis allein auf den Fallwert abgestellt haben, sind indessen nicht durch [§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V](#) gedeckt ([BSGE 75, 37, 44](#)). Nichts anderes gilt für eine allein an die Fallzahl anknüpfende, den Behandlungsumfang pro Fall und damit auch die Gesamthonorarforderung überhaupt nicht berücksichtigende Regelung der Honorarverteilung. Die Fallzahl allein gibt keinen Aufschluss darüber, in welchem Umfang ärztliche Leistungen erbracht werden und ob sich der Arzt dem einzelnen Patienten mit der erforderlichen Sorgfalt widmen kann (BSG - 6 RKA 21/97 - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#)). Die Begrenzungsregelung in § 7 Abs. 1 HVM stellte aber allein auf eine Überschreitung einer sich aus Vorjahresquartalen berechnenden Fallzahl ab und berücksichtigt weder das gesamte Leistungsvolumen noch das Behandlungsvolumen pro Fall. Ein Rückschluss auf den Umfang der ärztlichen Leistungen sowie die dem Versicherten gegenüber erbrachte Sorgfalt bei der ärztlichen Behandlung ist nicht möglich.

Es ist auch - entgegen der Ansicht der Beklagten - nicht möglich, die allein an die Fallzahl anknüpfende Regelung in § 7 Abs. 1 HVM als Teil einer in § 7 Abs. 1 und 2 HVM getroffenen Gesamtregelung anzusehen. Einer solchen Auslegung steht der klare Wortlaut in § 7 HVM entgegen. Denn die Vorschrift stellt darauf ab, dass eine Vertragsarztpraxis einer Kürzung unterliegt, wenn die in Abs. 1 beschriebene Fallzahlbegrenzung und/oder die in Abs. 2 aufgeführten Grenzwerte überschritten werden. Durch die Verwendung der Worte "und/oder" sowie den einleitenden Worten in Abs. 2 "unabhängig von Kürzungsmaßnahmen gemäß Abs. 1" wird deutlich ausgedrückt, dass eine Kürzungsmaßnahme nach dem Willen des Normgebers auch dann erfolgen kann, wenn allein die Voraussetzungen des Abs. 1 erfüllt sind.

Eine Ermächtigungsgrundlage kann auch nicht in den anderen Sätzen des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) gesehen werden. Zwar bezieht sich § 7 HVM allein auf [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) und nicht speziell auf Satz 4 dieses Absatzes, aber bereits aus der Überschrift und auch dem sonstigen Wortlaut wird deutlich, dass die Regelung auf die Ermächtigung in Satz 4 gestützt wird. Denn es wird mehrfach von einer "Kürzung wegen übermäßiger Ausdehnung" gesprochen; eine solche Kürzung ist aber allein dem Satz 4 zuzuordnen.

Eine anderweitige Auslegung der streitigen Regelung ist auch wegen des Grundsatzes der Rechtsklarheit nicht möglich. Gerade bei Normgebungsverfahren, die Art und Umfang ihrer Zulässigkeit von einer gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage ableiten, erfordern die Grundsätze des Rechtsstaatsprinzips, dass untergesetzliche Normen ihren Regelungsgehalt nicht verschleiern dürfen (BVerfGE, 17, 306, 318). Auch deshalb ist eine Auslegung der streitigen Vorschrift nur unter Berücksichtigung des Wortlautes und der Konzeption möglich. Bei Beachtung dieser Gesichtspunkte wird deutlich, dass die streitige Fallzahlbegrenzungsregelung allein auf die Grundlage des [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) gestellt wurde.

Der Senat muß deshalb nicht entscheiden, ob die in § 7 Abs. 1 HVM getroffene Regelung zwar nicht als Maßnahme zur Vermeidung einer übermäßigen Ausdehnung der Vertragsarztpraxis, aber als begleitende Maßnahme zur Absicherung und Stützung der zeitgleich eingeführten Budgetierung zulässig ist. Der Senat neigt allerdings dazu, die Einführung einer reinen Fallzahlbegrenzung zur Unterstützung der Budgetierung für unzulässig anzusehen, da der Fallzahlzuwachs zumindest von den auch in erheblichem Maße auf Überweisung tätigen Ärzten (wie z.B. dem Kläger) nicht wesentlich zu steuern ist. So kann es bereits deshalb zu einem gesteigerten Überweisungsverhalten der hausärztlich tätigen Vertragsärzte kommen, weil diese bestimmte Leistungen nicht mehr "zu Lasten ihres Budgets" erbringen wollen und deshalb die Versicherten zur fachärztlichen Behandlung überweisen.

Die Kostenentscheidung erfolgt gemäß [§§ 183](#) und [193 SGG](#).

Der Senat hat die Revision zugelassen, da die Rechtsfrage grundsätzliche Bedeutung hat ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-08-21