

Bundessozialgericht

Az.: 6 RKa 4/66

I m N a m e n d e s V o l k e s

U r t e i l

in dem Rechtsstreit

Verkündet am
16. März 1967

Kläger und Revisionskläger,

Reg. Obersekretär
Schriftführer

Prozeßbevollmächtigter:

g e g e n

Beklagte und Revisionsbeklagte,

Prozeßbevollmächtigte:

1.
2.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die
mündliche Verhandlung vom 16. März 1967 durch

Senatspräsident	Prof. Dr. B o g s	
	- Vorsitzender -,	
Bundesrichter	Dr. L a n g k e i t	und
Bundesrichter	S p i e l m e y e r ,	
Bundessozialrichter	Dr. T h i e d i n g	und
Bundessozialrichter	Dr. S e t t g a s t	

für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des
Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom
26. Oktober 1965 wird zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten des
Revisionsverfahrens zu erstatten.



- 2 -

G r ü n d e :

I

Der Kläger, Facharzt für Chirurgie, ist in Kiel als Kassenarzt ambulant tätig. Außerdem unterhält er eine Privatklinik mit 53 Betten, in der er auch Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen und deren Angehörige behandelt. Seine insoweit erbrachten stationären Leistungen rechnet er ebenfalls gegenüber der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) ab.

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Beklagten in der seit 1. Januar 1961 gültigen Fassung begrenzt den Honoraranspruch für stationäre Behandlung "zur Verhütung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit eines Kassenarztes auf den Betrag, der der ärztlichen Versorgung von 25 belegten Krankenhausbetten entspricht". Auf Grund dieser Bestimmung kürzte die Beklagte das Honorar des Klägers für die stationäre Behandlung von RVO-Versicherten im ersten Vierteljahr 1962 (I/62) von 20.614,35 DM auf 13.120,89 DM, d.h. um 7.493,46 DM. In diesem Verhältnis überstieg die Zahl der vom Kläger für I/62 abgerechneten Pflegetage (3535) die Zahl der Tage, die er bei voller Belegung von 25 Betten während der 90 Tage des Vierteljahres (25 x 90 = 2250 Pflegetage) hätte abrechnen können.

Der Kläger widersprach der von der Beklagten erteilten Honorarabrechnung vom 19. Juli 1962, die außer der Begrenzung des Honorars für stationäre Fälle auch Kürzungen bei den ambulanten Leistungen enthielt. Der RVO-Beschwerdeausschuß der Beklagten wies den "Einspruch" am 12. September 1962 zurück und begründete seine Entscheidung, soweit sie

- 3 -



- 3 -

die Begrenzung des Honorars für stationäre Behandlung betraf, mit der genannten Bestimmung des HVM, die keine Abweichungen durch die Prüfungsinstanzen zulasse (Widerspruchsbescheid vom 1. Oktober 1962).

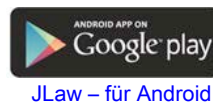
Die rechtzeitig erhobene Klage, mit der sich der Kläger gegen die Honorarkürzung sowohl bei den ambulanten Leistungen als auch bei der stationären Behandlung wandte, hatte in erster Instanz hinsichtlich der Kürzung bei den ambulanten Leistungen Erfolg. Nach Ansicht des Sozialgerichts (SG) hätte den ersten Verwaltungsbescheid insoweit nicht die Beklagte – unter Einschaltung des Prüfungsausschusses als Vorprüfstelle –, sondern der Prüfungsausschuß selbst erlassen müssen. Hinsichtlich der Begrenzung des Honorars für die stationären Leistungen hielt das SG die Klage dagegen für unbegründet (Urteil vom 30. Oktober 1964).

Das Schleswig-Holsteinische Landessozialgericht (LSG) wies die – vom SG zugelassene – Berufung des Klägers zurück. Es hielt mit dem SG den Abrechnungsbescheid der Beklagten hinsichtlich der Begrenzung des Honorars für stationäre Behandlung für rechtmäßig: Die Honorarbegrenzung erschöpfe sich in der Anwendung der aus dem HVM folgenden feststehenden Bezugswerte; da es sich insoweit nicht um Prüfmaßnahmen handle, habe es keines Vorverfahrens bedurft. Die streitige Honorarbegrenzung sei auch in der Sache nicht zu beanstanden. Die fragliche Bestimmung des HVM sei rechtswirksam zustandegekommen, sie werde durch § 368 f Abs. 1 letzter Satz der Reichsversicherungsordnung (RVO) gedeckt und sei entgegen der Ansicht des Klägers auch mit Art. 3 Abs. 1 des Grundgesetzes (GG) vereinbar; alle Mitglieder der

- 4 -



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



- 4 -

Beklagten würden durch sie in ihrer kassenärztlichen Tätigkeit, auf die es allein ankomme, in gleicher Weise betroffen (Urteil vom 26. Oktober 1965).

Der Kläger bezweifelt mit der - vom LSG zugelassenen - Revision, daß die Beklagte nach § 368 f RVO zum Erlaß der genannten Bestimmung des HVM ermächtigt gewesen sei. Er werde durch sie auch anderen Kassenärzten gegenüber benachteiligt, die nur 25 Klinikbetten mit RVO-Versicherten belegten, in den übrigen Betten aber andere Patienten behandelten. Während diese Ärzte für alle stationären Leistungen voll honoriert würden, werde sein Honorar durch den Bettenrichtsatz der Beklagten begrenzt. Entgegen der Ansicht des LSG fordere der Gleichheitssatz, daß bei der Honorierung stationärer Fälle die gesamte Tätigkeit des Kassenarztes, auch die nichtkassenärztliche, berücksichtigt werde; dies entspreche allein dem Wortlaut des HVM und dem § 368 f RVO. Der Kläger beantragt,

das Urteil des Schleswig-Holsteinischen LSG vom 26. Oktober 1965 aufzuheben, das Urteil des SG Schleswig vom 30. Oktober 1964 aufzuheben, soweit es die Klage abgewiesen hat, und den Bescheid der Beklagten vom 19. Juli 1962 sowie die Entscheidung ihres Beschwerdeausschusses vom 1. Oktober 1962 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Revision des Klägers zurückzuweisen.



Ihrer Ansicht nach verstößt die fragliche Bestimmung des HVM weder gegen § 368 f RVO noch gegen Art. 3 GG. Sie beschränke den Umfang der stationären Tätigkeit des Kassenarztes, weil seine Hauptaufgabe in der ambulanten Versorgung der Versicherten liege und eine stationäre Tätigkeit nur von nebengeordneter Bedeutung sein dürfe. Solange der Kassenarzt auch seine stationären Leistungen persönlich zu erbringen habe, müßte er bei Versorgung von mehr als 25 Krankenhausbetten seine ambulante Praxis vernachlässigen.

II

Die Revision des Klägers ist unbegründet.

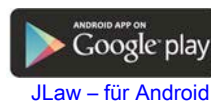
Das Berufungsgericht hat die - im Revisionsverfahren allein noch streitige - Begrenzung des Honorars, das dem Kläger für die stationäre Behandlung von RVO-Versicherten in dem fraglichen Quartal zusteht, im Ergebnis zutreffend für rechtmäßig gehalten.

Der Senat tritt dem Berufungsgericht zunächst darin bei, daß die Honorarbegrenzung von der dafür zuständigen Stelle - der Abrechnungsstelle der Beklagten und nicht dem Prüfungsausschuß - vorgenommen worden ist. Nach § 368 n Abs. 4 RVO sind die Prüfungsinstanzen "zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung im einzelnen" berufen. Sie haben also lediglich darüber zu wachen, daß die kassenärztliche Versorgung dem Gebot der Wirtschaftlichkeit entspricht, d.h. der Aufwand der ärztlichen Behandlungs- und Verordnungsweise in einem angemessenen Verhältnis zu ihrem diagnostischen und therapeutischen Erfolg steht, der einzelne Versicherte insbesondere nicht über das Maß des Notwendigen hinaus behandelt wird (vgl. §§ 182



Abs. 2, 368 e RVO). Ob dies der Fall ist, wird sich in der Regel nur auf Grund einer individuellen Prüfung und nur unter Hinzuziehung von Ärzten beurteilen lassen, die die dafür erforderliche Sachkunde und Erfahrung besitzen. Ganz anders verhält es sich mit einer Begrenzung des Honorars nach § 368 f Abs. 1 letzter Satz RVO. Mit ihr soll verhütet werden, daß der Kassenarzt den Umfang seiner Gesamttätigkeit "übermäßig", d.h. so stark ausweitet, daß er den einzelnen Versicherten nicht mehr in eigener Person mit der gebotenen Gründlichkeit behandeln kann. Als Mittel, um dieser Gefahr zu begegnen, sieht das Gesetz geeignete Maßnahmen bei der Honorarverteilung (Aufnahme entsprechender Bestimmungen in den HVM) vor. Deren Anwendung wird zwar häufig - ähnlich wie die Wirtschaftlichkeitsprüfung - zu Kürzungen des Honorars führen, erschöpft sich jedoch - anders als die Wirtschaftlichkeitsprüfung - in der Regel in einfacher ("schematischer") Rechtsanwendung (vgl. auch BSG 21, 235). Die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 368 n Abs. 4 RVO und die in § 368 f Abs. 1 letzter Satz RVO vorgesehene Honorarbegrenzung (Verteilungskürzung) unterscheiden sich mithin sowohl in ihrer Zielsetzung als auch in der Art ihrer Durchführung. Sie dürfen deshalb, wie der Senat schon wiederholt ausgesprochen hat, nicht miteinander verquickt und - jedenfalls nicht ohne besondere rechtssatzmäßige Grundlage - den Prüfungsinstanzen als gemeinsame Aufgabe übertragen werden (vgl. zuletzt Urteil des Senats vom 16. März 1967, 6 RKa 22/66). Im vorliegenden Fall hat hiernach mit Recht nicht der Prüfungsausschuß, sondern die Abrechnungsstelle der Beklagten die strittige Honorarbegrenzung vorgenommen.

Auch das Widerspruchsverfahren, das entgegen der Ansicht des Berufungsgerichts der Erhebung der Klage in Kassen-



arztangelegenheiten grundsätzlich vorangehen muß - auch in Fällen der vorliegenden Art, da das Gesetz insoweit nichts Abweichendes vorschreibt (vgl. BSG 25, 120 und das eben genannte Urteil des Senats vom 16. März 1967) -, hätte deshalb nicht, wie geschehen, vor dem Prüfungs-Beschwerdeausschuß der Beklagten stattfinden dürfen. Dieser Fehler wiegt indessen nicht so schwer, daß deswegen das hier, wenn auch vor einer unzuständigen Stelle durchgeführte Widerspruchsverfahren rechtlich als ein Nichts anzusehen und damit dem nachfolgenden Gerichtsverfahren die Grundlage entzogen wäre. Immerhin ist der Widerspruchsbescheid von einer Stelle erlassen worden, der nicht jede Zuständigkeit fehlt, für die Beklagte tätig zu werden. In einem solchen Fall einer nur "relativen" Unzuständigkeit hat das Gericht den Widerspruchsbescheid auf seine inhaltliche Richtigkeit jedenfalls dann zu prüfen, wenn es sich, wie hier, um keine Ermessensentscheidung handelt (vgl. BSG 24, 134, 137, und Urteil des Senats vom 16. März 1967, 6 RKa 24/66).

Zutreffend hat das Berufungsgericht die streitige Begrenzung des Honorars in der Sache für rechtmäßig gehalten. Sie gründet sich auf eine Bestimmung in dem seit 1. Januar 1961 gültigen HVM der Beklagten, die den Honoraranspruch für stationäre Behandlung zur Verhütung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenarztes auf den Betrag begrenzt, der der ärztlichen Versorgung von 25 belegten Krankenhausbetten entspricht (Abschnitt A § 3 Nr. 7 Abs.3; veröffentlicht ist der HVM im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt 1961, 69). Diese - zum autonomen Satzungsrecht der Beklagten gehörende - Bestimmung beruht ihrerseits auf § 368 f Abs. 1 letzter Satz RVO, wonach der HVM zugleich sicherstellen soll, daß eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenarztes verhütet wird.

Wie der Senat im Urteil vom 27. Januar 1965 (BSG 22, 218) entschieden hat, verstößt § 368 f Abs. 1 letzter Satz RVO



nicht gegen das in Art. 12 GG verbürgte Grundrecht der Berufsfreiheit. Soweit die genannte Vorschrift die Berufsausübung regelt (Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG), - indem sie die KÄV ermächtigt und verpflichtet, mit dem Mittel der Honorarverteilung einer übermäßigen Ausdehnung der kassenärztlichen Tätigkeit entgegenzuwirken, beschränkt sie zwar nicht die Freiheit der Berufswahl, wohl aber die Berufsausübung und muß sich deshalb an "vernünftigen Gründen des Gemeinwohls" legitimieren (BVerfG 16, 286, 297) - wird sie dadurch gerechtfertigt, daß der Kassenarzt bei einer übergroßen Praxis seine Pflicht, die Versicherten in eigener Person und mit der gebotenen Gründlichkeit zu behandeln, im allgemeinen nicht oder nicht mehr ausreichend erfüllen kann. Der Senat hat deshalb einen HVM, der eine progressive Kürzung des Honorars bei Überschreiten eines bestimmten Behandlungsumfanges vorsah (Honorarforderungen von mehr als 12.000,-- DM im Quartal bei Augenärzten), für rechtmäßig gehalten (aaO S. 218, 222 ff). Auch die hier streitige Verteilungskürzung bei stationären Leistungen ist mit Art. 12 GG und § 368 f RVO vereinbar.

Zwar schränkt auch sie die berufliche Betätigungsfreiheit der Mitglieder der Beklagten (Art. 12 Abs. 1 GG) insofern ein, als sie die Honorierung stationärer Leistungen begrenzt. Das ist jedoch mit dem erklärten und, wie ausgeführt, legitimen Ziel geschehen, eine übermäßige Ausdehnung der kassenärztlichen Tätigkeit zu verhüten und damit den Versicherten eine Behandlung zu gewährleisten, die einerseits zweckmäßig und ausreichend ist (§ 368 e RVO), andererseits durch den Kassenarzt persönlich erfolgt (§ 32 Abs. 1 Satz 1 der Zulassungsordnung für Kassenärzte vom 28. Mai 1957, BGBl I, 572).



Die zur Ausführung des § 368 f Abs. 1 letzter Satz RVO getroffene Begrenzungsregelung der Beklagten hält sich auch im Rahmen der gesetzlichen Ermächtigung, nach der eine "übermäßige" Ausdehnung der kassenärztlichen Tätigkeit verhütet werden soll. Die Regelung darf allerdings nicht dahin verstanden werden, daß schon die Versorgung von 25 Krankenhausbetten den Arzt so stark in Anspruch nimmt, daß damit seine Arbeitskraft im wesentlichen ausgeschöpft wird, bei einer größeren Bettenzahl mithin die ordnungsmäßige Betreuung der Kranken nicht mehr gesichert wäre. Die streitige Bestimmung geht vielmehr erkennbar davon aus, daß der Kassenarzt, der stationäre Leistungen abrechnet, daneben auch noch ambulant tätig ist, und daß bei einer auch nur durchschnittlich großen ambulanten Praxis bereits die zusätzliche Betreuung von 25 Krankenhausbetten im allgemeinen so viel Zeit erfordert, daß eine weitere Ausdehnung der stationären Tätigkeit zu Lasten einer geordneten Versorgung der Versicherten ginge, also "übermäßig" i.S. des § 368 f Abs. 1 letzter Satz RVO wäre.

Daß die Festsetzung des "Bettenrichtsatzes", mit dem die Beklagte den im Gesetz nicht näher umschriebenen Begriff der übermäßigen Ausdehnung der kassenärztlichen Tätigkeit für ihren Bereich konkretisiert hat, den gesetzlichen Ermächtigungsrahmen nicht überschreitet, zeigt insbesondere ein Vergleich mit anderen ähnlichen Regelungen. So findet sich dieselbe Meßzahl von 25 Betten in einer Vereinbarung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vom 8. August 1959 über Grundsätze für die Gestaltung von Verträgen zwischen Krankenhausträgern und Belegärzten (vgl. Abschn. A Ziff. 3;



die Vereinbarung ist abgedruckt bei Heinemann/Liebold, Kassenarztrecht, 4. Aufl., S. IV 173). Die genannte Zahl hat ferner Eingang gefunden in den Ersatzkassen-Vertrag vom 20. Juli 1963 (vgl. § 10 Ziff. 2; Wieglow/Roth, Die Kassenarztgebühren, 5. Aufl., S. 623). In dem zwischen der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen am 1. März 1966 geschlossenen Vertrag über die stationäre kassenärztliche Behandlung in Krankenhäusern - Belegarztvertrag - ist der Richtsatz für den Regelfall sogar auf 20 Betten gesenkt worden (vgl. § 3 Ziff. 1; Heinemann/Liebold aaO S. IV 177). Mag es auch bei allen diesen Regelungen in erster Linie darum gehen zu verhindern, daß das Schwergewicht der kassenärztlichen Tätigkeit sich auf die stationäre Behandlung von Versicherten verlagert, so liegt ihnen doch die Annahme zugrunde, daß der Kassenarzt seine - als Haupttätigkeit angesehene - ambulante Praxis nicht mehr ordnungsmäßig versorgen kann, sobald jener Bettenrichtsatz überschritten wird (vgl. Heinemann/Liebold aaO S. IV 63 unten).

Nun ist allerdings der Fall denkbar, daß die von einem stationär tätigen Kassenarzt mitzuversorgende ambulante Praxis so klein ist, daß der Kassenarzt daneben ohne weiteres, d.h. ohne übermäßige Ausdehnung seiner gesamten Tätigkeit, mehr als 25 Krankenhausbetten betreuen könnte. Andererseits würde gerade in einem solchen Fall das Schwergewicht der kassenärztlichen Tätigkeit eindeutig im Krankenhaus liegen. Ob das dem Leitbild entspricht, das der gesetzlichen Regelung des Kassenarztrechts zugrunde liegt, und - bei Verneinung der Frage - ob die KÄV eine überwiegend stationäre Betätigung des Kassenarztes dadurch verhindern kann, daß sie die Abrechnung stationärer Leistungen von einer besonderen Zulassung (Anerkennung als Belegarzt) abhängig macht und diese von vornherein nur in begrenztem



Umfange erteilt, braucht der Senat hier nicht zu entscheiden (vgl. dazu insbesondere §§ 4 f des Belegarztvertrags vom 1. März 1966). Auch wenn allein der Grund, daß die stationäre Tätigkeit des Kassenarztes nicht überwiegen dürfe, eine entsprechende Honorarbegrenzung nicht rechtfertigen könnte, so muß die KÄV doch das Recht haben, bei Festlegung der Bettenzahl, die ein Kassenarzt neben einer ambulanten Praxis noch ordnungsgemäß in eigener Person versorgen kann, von einer durchschnittlich großen ambulanten Praxis auszugehen, den Ausnahmefall einer unverhältnismäßig kleinen ambulanten Praxis also zu vernachlässigen.

Daß bei der Setzung von Normen in gewissen Grenzen generalisierend verfahren werden darf, d.h. nicht jeder theoretisch denkbare, aber untypische Sachverhalt berücksichtigt zu werden braucht, hat vor allem das Bundesverfassungsgericht wiederholt ausgesprochen (vgl. BVerfG 9, 20, 32 und 338, 347 f; 14, 288, 303; 17, 21, 23 ff). Bei der Schaffung von autonomem Satzungsrecht kommt hinzu, daß dieses sich in der Regel an einen zahlenmäßig kleinen, jedenfalls übersehbaren Kreis von Adressaten wendet, so daß die rechtssetzende Instanz hier besser als sonst beurteilen kann, ob bestimmte, an sich mögliche Sachverhalte von den Normadressaten praktisch verwirklicht werden.

Im übrigen hat auch der erkennende Senat schon im Interesse der Praktikabilität Vereinfachungen und Vergrößerungen bei der Gestaltung eines HVM für zulässig gehalten (vgl. BSG 22, 218, 223).

Der Senat hat weiter geprüft, ob die umstrittene Bestimmung im HVM der Beklagten deswegen verfassungsrechtlich bedenklich ist, weil sie etwa die Berufsausübung der betroffenen



Ärzte über das zumutbare Maß hinaus beschränkt (vgl. BSG 22, 223 und BVerfG 16, 286, 297). Auch dies ist zu verneinen. Wie der Senat schon früher betont hat, liegt die Entscheidung darüber, welche Honorarkürzungen ein Kassenarzt im Rahmen der Honorarverteilung hinnehmen muß, in erster Linie bei den dafür zuständigen Selbstverwaltungsorganen der KÄV, deren Sitzungsgewalt sich der einzelne Arzt durch die - auf seinen Antrag erfolgte - Kassenzulassung unterworfen hat; nur wenn die dem HVM von der Verfassung gezogene Grenze der zumutbaren Belastung für den einzelnen Kassenarzt oder eine Arztgruppe offensichtlich überschritten ist, können die Gerichte eingreifen (BSG 22, 223 f).

Im vorliegenden Fall hat der Senat erwogen, daß sich die im HVM der Beklagten enthaltene Bettengrenze, wie dargestellt, in ähnlicher Form auch in anderen vergleichbaren Regelungen findet und dort zum Teil sogar noch verschärft worden ist. Schon das ist ein gewichtiges Indiz dafür, daß eine Richtzahl von 25 Betten nach "Wertung derer, die es angeht" (BSG 22, 224), die betroffenen Ärzte nicht unzumutbar oder übermäßig belastet. Es kommt hinzu, daß die Grenze von 25 belegten Krankenhausbetten nur für die Behandlung von Patienten gilt, die nach der RVO versichert sind, mithin die Honorierung von Leistungen gegenüber sonstigen Personen, insbesondere Ersatzkassenpatienten, nicht berührt. Schließlich ist zu berücksichtigen, daß die betroffenen Ärzte, da sie als Kassenärzte zugelassen sind, noch eine ambulante Praxis zu versorgen haben, die in der Regel sogar den Schwerpunkt ihrer Kassenarztstätigkeit bilden wird. Demgegenüber fällt nicht entscheidend ins Gewicht, daß die "Bremswirkung" des in Rede stehenden Bettenrichtsatzes - im Gegensatz zu der Ertragsstaffel in BSG 22, 218 - nicht im eigentlichen Sinne progressiv ist, sondern sich sofort voll entfaltet, wenn die bei ständiger Belegung



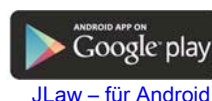
von 25 Betten höchstens abrechnungsfähigen Pflegetage im Vierteljahr überschritten werden. Immerhin ist es auch hier nicht so, daß der Kläger für stationäre Leistungen, die er über die Begrenzungszahl hinaus erbringt, keinerlei Vergütung erhält. Die Vergütung sämtlicher von ihm im Quartal erbrachten Leistungen wird vielmehr in demselben Verhältnis herabgesetzt, in dem die Zahl der abgerechneten Pflegetage die höchstens abrechnungsfähigen übersteigt. Im ungünstigsten Fall, wenn nämlich alle 53 Betten seiner Klinik während des ganzen Vierteljahres nur mit RVO-Versicherten belegt wären, könnte die Honorarbegrenzung zu einer Kürzung der Vergütung für stationäre Leistungen um etwa 50 v.H. führen. Selbst dieses - wohl nur theoretisch mögliche - Ergebnis hält der Senat aus den angeführten Gründen indessen nicht für so unerträglich, daß der HVM wegen einer das zumutbare Maß überschreitenden Beschränkung der ärztlichen Berufsausübung als verfassungswidrig anzusehen wäre.

Unbegründet ist schließlich die Rüge des Klägers, die angefochtene Honorarbegrenzung benachteilige ihn unter Verletzung des Gleichheitssatzes (Art. 3 GG) gegenüber anderen Kassenärzten, die den Bettenrichtsatz durch eine nichtkassen-ärztliche Tätigkeit, d.h. durch stationäre Behandlung von nicht nach der RVO versicherten Patienten, überschritten und deshalb von einer Honorarbegrenzung verschont blieben; nach dem Wortlaut des § 368 f RVO und dem Gleichheitssatz müsse bei Anwendung der strittigen Bestimmung im HVM der Beklagten auch die nichtkassenärztliche Tätigkeit berücksichtigt werden. Diese Rüge verkennt zunächst, daß § 368 f Abs. 1 letzter Satz RVO die KÄV nur ermächtigt (und verpflichtet), durch Maßnahmen der Honorarverteilung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit "des Kassenarztes", d.h. seiner Tätigkeit in der Eigenschaft als Kassenarzt, entgegenzutreten (vgl. BSG 22, 219 unten, wo gesagt ist, § 368 f Abs. 1 letzter Satz RVO



betreffe nur die kassenärztliche Tätigkeit). Es wäre auch ganz ungewöhnlich und praktisch kaum durchführbar, wenn vielleicht auch nicht grundsätzlich ausgeschlossen, daß eine KÄV den Umfang der nichtkassenärztlichen Tätigkeit ihrer Mitglieder, namentlich eine Tätigkeit in der Privat- oder Ersatzkassenpraxis, zum Anlaß nähme, um deswegen die Vergütung für die kassenärztlichen Leistungen zu kürzen. Das Gesetz läßt jedenfalls in § 368 f Abs. 1 letzter Satz RVO eine Honorarbegrenzung nur insoweit zu, als die kassenärztliche Tätigkeit einen bestimmten Umfang überschreitet. Darin liegt, entgegen der Ansicht des Klägers, auch keine - mit Art. 3 GG unvereinbare - Differenzierung der Kassenärzte. Richtig ist allerdings, daß ein Kassenarzt, der in seiner Privatklinik lediglich 25 Betten mit RVO-Versicherten belegt, sonst aber nur Privat- oder Ersatzkassenpatienten behandelt, nicht unter die Honorarbegrenzung der Beklagten fällt, obwohl der Umfang seiner gesamten stationären Tätigkeit nicht kleiner sein mag als der des - von der Honorarbegrenzung betroffenen - Klägers. Die ungleiche Behandlung beider Fälle findet indessen ihre Rechtfertigung in ihren rechtlichen und tatsächlichen Unterschieden: Der Kläger überschreitet den Bettenrichtsatz durch seine kassenärztliche Tätigkeit, deren ordnungsmäßige Ausführung die KÄV zu überwachen hat, der andere Arzt dagegen durch eine nichtkassenärztliche Tätigkeit, für die die KÄV nicht zuständig ist. Der Umstand, daß jener aus besonderen Gründen (z.B. günstigere Lage seiner Klinik, andere Zusammensetzung seines "Krankengutes" u.ä.) auf die Behandlung von nicht nach der RVO versicherten Patienten "ausweichen" kann, während dies dem Kläger nach seinem Vorbringen nur in beschränktem Maße möglich ist, ändert nichts an der Ungleichheit der beiden Vergleichstatbestände. Im übrigen würde der Kläger selbst dann nichts gewinnen, wenn auch die nichtkassenärztliche Tätigkeit bei Anwendung des fraglichen Bettenrichtsatzes zu berücksichtigen wäre; es würden dann zwar u.U.

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



auch andere Ärzte von der Honorarbegrenzung betroffen werden, der Kläger würde damit aber nicht besser gestellt sein.

Seine Revision gegen das angefochtene Urteil ist hier-
nach im Ergebnis unbegründet und deshalb zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)