

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
3. März 1999

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 15/98 R

.....,

Kläger und Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigter:

.....,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Hessen,
Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 3. März 1999 durch den Vorsitzenden Richter Dr. Engelmann, die Richter Dr. Wenner und Dr. Clemens sowie die ehrenamtlichen Richterinnen Dr. Dawid und Dr. Deppisch-Roth für Recht erkannt:

Die Revision der Kläger gegen das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 10. Dezember 1997 wird zurückgewiesen.

Die Kläger haben der Beklagten die außergerichtlichen Kosten auch für das Revisionsverfahren zu erstatten.



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



Gründe:

I

Streitig ist die Höhe der Vergütung für vertragsärztliche Leistungen.

Die Kläger nehmen als Internist und praktische Ärztin in Gemeinschaftspraxis an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) sah in der für das Quartal IV/1992 maßgeblichen Fassung vom 20. Juni 1992 (Hessisches Ärzteblatt 1992, 373) mengenbegrenzende Regelungen vor. Danach erhielt der Vertragsarzt in bestimmten Leistungsbereichen bis zu einer Höchstgrenze - dem auf den jeweiligen Bereich entfallenden Teilfallwert der Fachgruppe zuzüglich der halben mittleren Abweichung - den vollen Punktwert, für den weitergehenden Fallwert bis zur vollen mittleren Abweichung noch 90 % und darüber hinaus 80 % des Punktwertes (Anlage zu Leitzahl <LZ> 707 unter 2.). Für den Fall, daß der Punktwert in den 90 %- und 80 %-Bereichen unter 5 Pf sinken oder die Gesamtvergütung für die vorgesehene Verteilung nicht ausreichen würde, war der Vorstand - nach näherer Maßgabe - ermächtigt, sowohl die Grenzwerte neu festzusetzen als auch anzuordnen, daß nur Teilquoten honoriert werden (aaO unter 3.). Der Vorstand war ferner berechtigt, in Ausnahmefällen von einer Begrenzung der Honorarforderung ganz oder teilweise abzusehen (aaO unter 5.) sowie Einzelheiten der Durchführung zu regeln (aaO am Ende nach 5.).

Diese Bestimmungen der Anlage zur LZ 707 entfielen mit Wirkung ab dem 1. Januar 1993. Gleichartige Regelungen wurden aber in die Anlage zur LZ 702 aufgenommen (HVM in der Fassung vom 20. März 1993, Hessisches Ärzteblatt 1993, 201). Es gab nunmehr sieben Honorargruppen, wobei die in der Honorargruppe 6 zusammengefaßten "übrigen Leistungen" einer Teilquotierung mit Vergütungsabstaffelung - so wie bisher nach der LZ 707 - unterworfen wurden (Anlage zu LZ 702 unter III. 2.). Der Vorstand war wie bisher ermächtigt, die Grenzwerte neu festzusetzen und anzuordnen, daß nur Teilquoten honoriert werden (aaO unter III. 3.), sowie in Ausnahmefällen von einer Begrenzung der Honorarforderung ganz oder teilweise abzusehen (aaO unter III. 5.) und Einzelheiten der Durchführung zu regeln (aaO unter IV.).

Für die Quartale IV/1992 und I/1993 setzte der Vorstand - jeweils nach Schluß des Quartals - die Grenze für den Beginn der Quotierung auf den Teilfallwert der Fachgruppe zuzüglich 25 % der mittleren Abweichung herab. Für das Quartal I/1993 legte er zudem fest, daß die 80 %-Quote schon ab dem Teilfallwert zuzüglich 50 % der mittleren Abweichung anzuwenden sei. Außerdem billigte er, daß die im Quartal IV/1992 erbrachten Leistungen in den 90 %- und 80 %-Bereichen nur in Höhe von 85,55 % und 67,50 % vergütet und



daß bei allen im Quartal I/1993 erbrachten Leistungen die Vergütung nur zu 90 % gewährt werde. Ferner sahen Durchführungsregelungen vor, daß bei Internisten mit Teilgebietsbezeichnung spezielle Leistungen im Umfang von 30 % der Gesamthonorarforderungen aus dem Teilfallwert herauszurechnen und daß 50 % der Forderungen ganz von der Teilquotierung auszunehmen seien.

Die Kläger hatten in den Quartalen IV/1992 und I/1993 im Vergleich mit dem Durchschnitt der Fachgruppe der Internisten weniger Fälle und höhere Fallwerte, nämlich 368 gegenüber 568 Fällen bzw 437 gegenüber 443 Fällen sowie Fallwerte in Höhe von 74 % bzw 57 % über der mittleren Abweichung (156,97 bzw 145,67 DM gegenüber einem Fallwertdurchschnitt von 110,61 bzw 113,95 DM).

Ihre Honorarforderungen setzte die beklagte KÄV in Anwendung der Regelungen der LZen 707 und 702 für das Quartal IV/1992 um ca 4.000 DM auf ca 38.000 DM und für das Quartal I/1993 um ca 700 DM auf knapp 62.000 DM herab.

Ihre Widersprüche, mit denen sie vor allem den hohen Anteil ihnen überwiesener Patienten sowie ihr großes Leistungsspektrum mit speziellen - von der Fachgruppe überwiegend nicht erbrachten - Leistungen wie Endo-, Gastro-, Kolo-, Prokto- und Rektoskopien, Sonographien, Spirometrien sowie kardiologischen Leistungen hervorhoben, wies die Beklagte zurück. In den Bescheiden vom 11. Januar und vom 24. März 1994 ist ausgeführt, daß die LZen 707 und 702 Honorarbegrenzungsregelungen für den Fall enthielten, daß die Gesamtvergütung nicht mehr zur vollen Vergütung aller Leistungen ausreiche. Sie verfolgten nicht das Ziel, übermäßige Ausdehnungen der Kassenpraxen zu verhindern, und stellten auch keine Wirtschaftlichkeitsprüfung dar, so daß Praxisbesonderheiten und Einsparungen nicht berücksichtigt werden könnten. Im übrigen würden die von den Klägern erbrachten Leistungen auch von zahlreichen Kollegen durchgeführt, so daß weder Sicherstellungsgesichtspunkte noch sonstige Gründe ihre Freistellung von den Quotierungen erforderten.

Das von den Klägern angerufene Sozialgericht (SG) hat ihre Klage abgewiesen (Urteil vom 10. April 1996). Das Landessozialgericht (LSG) hat ihre Berufung zurückgewiesen. In dem Urteil vom 10. Dezember 1997 ist ausgeführt, das mit den Verbänden der Krankenkassen herzustellende sog Benehmen habe vorgelegen und die beanstandeten HVM-Regelungen seien inhaltlich rechtmäßig. Diese hielten sich innerhalb der dem Satzungsgeber zustehenden Gestaltungsfreiheit. Der Grenzwert für den Beginn der Abstaffelung und ihr Ausmaß müßten nicht vorher den Klägern bekannt sein. Der Grenzwert könne am Durchschnitt der Fachgruppe orientiert werden und müsse sich nicht nach dem bisherigen Fallwert des Arztes richten. Die Befugnisse des Vorstandes zum Erlaß von Ausnahme- und Durchführungsregelungen seien ebenso wie die von den Klägern angegriffenen Einzelbestimmungen nicht zu beanstanden. Die Sonderregelung für die Internisten habe sich



an der Führung von Teilgebietsbezeichnungen und an der Menge der erbrachten spezialisierten Leistungen orientieren dürfen.

Mit ihrer Revision rügen die Kläger eine Verletzung des § 85 Abs 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Die Beschlußfassung über die HVM-Regelungen der LZen 707 und 702 sowie der zugehörigen Anlagen leide an Mängeln bei dem mit den Verbänden der Krankenkassen herzustellenden Benehmen. Inhaltlich liege ein Verstoß gegen das Rechtsstaatsprinzip vor. Sie - die Kläger - hätten sich im Zeitpunkt ihrer Leistungserbringung noch nicht darauf einstellen können, daß die Teilquotierung schon ab einer Überschreitung des Teilfallwerts um 25 % der mittleren Abweichung eingreife. Auch die konkrete Höhe des Fachgruppen-Fallwertes habe erst nach Abschluß des Quartals festgestanden. Die Regelung sei ferner unverhältnismäßig. Sie beschränke die Honorarkürzungen nicht auf diejenigen Vertragsärzte, denen Mengensteigerungen anzulasten seien. Ärzte wie sie, die Kläger, die ihre Werte nicht gesteigert hätten, müßten ausgenommen bleiben. Die Punktwertabsenkung habe ca 30 - 40 % der Praxen betroffen, diese sollten den Punktwert für die anderen Praxen stabilisieren. Ihnen ihr Honorar zugunsten anderer abzuschöpfen, sei nicht rechters. Es hätte zudem berücksichtigt werden müssen, daß ihre Praxis eine deutliche Spezialisierung und dadurch eine geringere Fallzahl aufweise. Zu ihnen kämen überwiegend Überweisungspatienten, die im Regelfall intensiver, meist apparategestützter Diagnostik bedürften, deren Ausmaß durch die Überweisung abgesteckt sei. Rechtswidrig sei überdies, bei den Sonderregelungen für die Internisten auf das Führen von Teilgebietsbezeichnungen abzustellen und nicht zu berücksichtigen, daß sie gleichfalls stark spezialisiert seien, nämlich 28 bzw 29 % an kardiologischen bzw gastroenterologischen Leistungen erbrächten. Eine weitere Ausdifferenzierung je nach dem Überweisungsanteil wäre erforderlich gewesen. Jedenfalls hätte zwischen hausärztlich tätigen und überwiegend auf Überweisung tätigen Internisten unterschieden werden müssen. Zumindest seien wie bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen. Im übrigen treffe der Hinweis des LSG nicht zu, sie seien schon dadurch begünstigt, daß für ihre Gemeinschaftspraxis kein gemischter Teilfallwert gebildet worden sei. Ein solcher Mischwert hätte bei ihnen angesichts des nur geringen Anteils der Klägerin am Umfang der Praxistätigkeit ohnehin nicht gebildet werden dürfen.

Die Kläger beantragen,

die Urteile des Hessischen Landessozialgerichts vom 10. Dezember 1997 und des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 10. April 1996 aufzuheben sowie die Honorarbescheide für die Quartale IV/1992 und I/1993 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 11. Januar und 24. März 1994 insoweit aufzuheben, als die Honoraranforderung gemäß der Anlage zu Leitzahl 707 bzw 702 des Honorarverteilungsmaßstabes der Beklagten quotiert wurde,

und die Beklagte zu verpflichten, die Widersprüche unter Beachtung der Rechtsauffassung des erkennenden Senats neu zu bescheiden,



hilfsweise,
die Sache unter Aufhebung des Urteils des Landessozialgerichts zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an dieses Gericht zurückzuverweisen.

Die Beklagte beantragt,
die Revision der Kläger zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

II

Die Revision der Kläger hat keinen Erfolg. Ihre Einwendungen gegen die Regelungen des HVM, auf die die Honorarbescheide für die Quartale IV/1992 und I/1993 gestützt sind, greifen nicht durch.

Die am 20. Juni 1992 mit Wirkung zum 1. Juli 1992 und am 20. März 1993 mit Wirkung zum 1. Januar 1993 beschlossenen Änderungen im HVM bei den Regelungen der LZen 707 und 702 (mit den zugehörigen Anlagen) sind ordnungsgemäß zustande gekommen. Die Anforderungen an die Herstellung des sog Benehmens mit den Verbänden der Krankenkassen (§ 85 Abs 4 Satz 2 SGB V) sind erfüllt.

Die Herstellung des Benehmens setzt nach der Rechtsprechung grundsätzlich voraus, daß die Verbände der Krankenkassen noch vor der Beschlußfassung über den HVM zu diesem Stellung nehmen können und die KÄV bzw deren Vertreterversammlung ggf vorgebrachte Bedenken in ihre Entscheidungserwägungen mit einbezieht (BSGE 75, 37, 40 = SozR 3-2500 § 85 Nr 7 S 40). Das Benehmen kann aber auch noch nachträglich hergestellt werden, insbesondere dann, wenn kurzfristig ein HVM-Änderungsvorschlag modifiziert und diese Neuregelung beschlossen wird. Werden die Krankenkassenverbände unverzüglich danach informiert und wird ihnen die Möglichkeit nachträglicher Stellungnahme gegeben, so reicht das jedenfalls dann aus, wenn sie, ohne Einwände zu erheben, das Benehmen erklären (vgl zuletzt Senatsurteil vom 7. Februar 1996, BSGE 77, 288, 290 f = SozR 3-2500 § 85 Nr 11 S 65 f).

Diese Voraussetzungen sind nach den Feststellungen, die das SG getroffen und auf die das LSG verwiesen hat, erfüllt. Im Falle der HVM-Änderung vom 20. März 1993 erfolgte eine umfassende vorherige Benehmensherstellung. Im Falle der HVM-Änderung vom 20. Juni 1992 teilte die Beklagte die beabsichtigte Änderung den Landesverbänden der Primärkassen zunächst vorher mit, ohne daß diese die zweiwöchige Frist als zu kurz beanstandet hätten. Mit Schreiben vom 30. Juni 1992 übermittelte die Beklagte ihnen allerdings noch eine Ergänzung der Vorstandsermächtigung im 3. Abschnitt der Anlage zur



LZ 707. Insoweit ist das Benehmen aber wirksam nachträglich hergestellt worden. Es handelte sich um eine kurzfristige Modifizierung des ursprünglichen HVM-Änderungsvorschlages, über die die KÄV unverzüglich danach die Krankenkassenverbände informierte. Hierzu erklärten die Verbände am 21./22. Juli 1992 das Benehmen mit der Maßgabe, daß die Beklagte schriftlich versichere, von der Vorstandsermächtigung nur im Einvernehmen mit ihnen Gebrauch zu machen. Dieser Vorbehalt könnte die ordnungsgemäße Benehmensherstellung allenfalls dann in Frage stellen, wenn die KÄV ihm nicht Rechnung getragen hätte, was aber weder vom Berufungsgericht festgestellt noch von einem der Beteiligten geltend gemacht worden ist.

Die Bestimmungen des HVM in den LZen 707 und 702 und deren Anlagen sind auch inhaltlich nicht zu beanstanden.

Nach diesen Regelungen erhielten die Kläger in einigen Leistungsbereichen bei höheren Fallwerten den vollen Punktwert nur für einen begrenzten Basiswert, während für die darüber hinausgehenden Leistungen bis zu einer weiteren Fallwertgrenze nur 90 % und für die auch diese Grenze übersteigenden Leistungen lediglich 80 % des Punktwertes vorgesehen waren. Diese Regelungen konnte der Vorstand modifizieren. Für die in Rede stehenden Quartale IV/1992 und I/1993 hat er die erste Grenze, die im HVM auf den Teilfallwert der Fachgruppe zuzüglich der halben mittleren Abweichung festgelegt war, auf den Teilfallwert zuzüglich 25 % der mittleren Abweichung gesenkt und für das Quartal I/1993 zudem die zweite Grenze, die im HVM bei dem Teilfallwert zuzüglich der vollen mittleren Abweichung gezogen war, auf den Teilfallwert zuzüglich der halben mittleren Abweichung herabgesetzt. Außerdem billigte der Vorstand, daß die im Quartal IV/1992 erbrachten Leistungen in den 90 %- und 80 %-Bereichen nur zu 85,55 % bzw 67,50 % vergütet und daß bei allen im Quartal I/1993 erbrachten Leistungen die Vergütung nur zu 90 % gewährt werde.

Diese Regelungen, die einerseits durch die Bildung sog Honorartöpfe, andererseits durch unterschiedliche Punktwertquoten gekennzeichnet sind, stehen mit den für HVM-Bestimmungen geltenden Rechtmäßigkeitsmaßstäben im Einklang.

Honorarverteilungsregelungen einer KÄV sind an den gesetzlichen Vorgaben des § 85 Abs 4 SGB V iVm dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, der sich aus Art 12 iVm Art 3 Abs 1 Grundgesetz ergibt, zu messen. Zentrale Bedeutung kommt dabei der Bestimmung des § 85 Abs 4 Satz 3 SGB V zu, nach der bei der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistungen des Vertragsarztes zugrunde zu legen sind. Dieser Vorschrift kann, wie der Senat wiederholt entschieden hat (vgl zuletzt Urteil vom 9. September 1998 - B 6 KA 55/97 R -, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen), nicht die Forderung entnommen werden, die Leistungen müßten nach ihrer Art und ihrem Umfang stets gleichmäßig, dh mit einem für alle Leistungen einheitlichen



Punktwert, honoriert werden. Das Gesetz schließt nicht grundsätzlich aus, durch Regelungen im HVM die Gesamtvergütung in Teilbudgets aufzuteilen, auch wenn sich als deren Folge ergibt, daß vertragsärztliche Leistungen nicht mehr entsprechend der im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen (EBM-Ä) festgelegten Punktzahl-Bewertung, sondern - aufgrund unterschiedlicher Punktwerte, die auf unterschiedlichen Mengenentwicklungen in den verschiedenen Leistungsbereichen beruhen - unterschiedlich hoch vergütet werden. Im Hinblick auf die berufsregelnde Tendenz von Honorarverteilungsvorschriften steht die Bildung von Teilbudgets allerdings nicht im freien Ermessen der KÄV. Solche sog Topfbildungen bedürfen vielmehr, wegen der möglichen unterschiedlichen Punktwerte, sachlicher Rechtfertigung (vgl Senatsurteil aaO).

Honorartöpfe können für Arztgruppen und/oder Versorgungsgebiete gebildet werden (vgl § 85 Abs 4 Satz 6 SGB V in der von 1989 bis 1992 gültigen Fassung = Satz 5 der von 1993 bis 1998 gültigen Fassung = Satz 8 seit dem 1. Januar 1999). Sie können aber auch, wie es bei den hier zu beurteilenden Regelungen der Fall ist, für bestimmte Leistungsbereiche geschaffen werden (vgl das Senatsurteil vom 9. September 1998 - B 6 KA 55/97 R - mit Hinweis auf § 85 Abs 4 Satz 3 SGB V). Mischsysteme mit Honorartöpfen teilweise nach Arztgruppen und teilweise nach Leistungsbereichen sind gleichfalls möglich (Senatsurteil aaO).

Die Festschreibung von Honorarkontingenten durch die Bildung von Töpfen für einzelne Arztgruppen und/oder Leistungsbereiche ist grundsätzlich sachlich gerechtfertigt. Dies stellt sich nämlich, wie der Senat ausgeführt hat, als die konsequente Vorsorge dagegen dar, daß eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Bereichen das Honorargefüge zu Lasten anderer Arztgruppen und/oder Leistungsbereichen beeinflusst (zuletzt Urteil vom 9. September 1998 - B 6 KA 55/97 R -, ebenso Urteil vom 3. März 1999 - B 6 KA 56/97 R -).

Die Bildung von Honorartöpfen kann auch damit verknüpft werden, daß für die verschiedenen Töpfe unterschiedliche Punktwert-Regelungen gelten. So können die KÄVen für alle Leistungen auf feste Punktwerte verzichten und nach Maßgabe des Gesamtvergütungsvolumens schwankende - sog floatende - Punktwerte vorsehen, oder sie können für einige Bereiche feste Punktwerte garantieren und nur die restlichen Leistungen einem floatenden Punktwert unterwerfen. Dies gilt grundsätzlich auch außerhalb des zahnärztlichen Bereichs, zu dem der Senat dies bereits ausdrücklich entschieden hat (vgl hierzu BSGE 81, 213, 219 f = SozR 3-2500 § 85 Nr 23 S 155 oben; auch Senatsurteile vom 21. Oktober 1998 - B 6 KA 71/97 R und 65/97 R -, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen).

Zulässig ist auch eine unterschiedliche Honorierung innerhalb der Fallwerte, indem ein begrenzter Basiswert nach einem höheren Punktwert, die darüber hinausgehenden Lei-



stungen aber nur nach Maßgabe der verbleibenden Restvergütung honoriert werden (vgl Urteile vom 21. Oktober 1998 aaO).

Entsprechend diesen Maßstäben hat der Senat - im vertragszahnärztlichen Bereich - eine Regelung gebilligt, die im gesamten Tätigkeitsbereich den vollen Punktwert nur für einen Basiswert vorsah, der nach Ablauf des Quartals unter Berücksichtigung ua des Durchschnittsfallwerts und der Höhe der Gesamtvergütung festgelegt wurde. Dabei ist nicht beanstandet worden, daß die darüber hinausgehenden Leistungen bzw Punkte nur anderen Behandlungsfällen desselben Quartals zugeordnet oder - bei Nichtverbrauch in dem Quartal - dem Punktekontingent im nächsten Quartal hinzugerechnet und ansonsten nicht vergütet wurden (vgl BSGE 81, 213, 216 f = SozR 3-2500 § 85 Nr 23 S 148, 151 f; ebenso Senatsurteil vom 21. Oktober 1998 - B 6 KA 60/97 R -, unveröffentlicht).

Nach diesen Grundsätzen sind die hier zu beurteilenden, von den Klägern beanstandeten Honorarverteilungsbestimmungen, die nach ihrer Ansicht das von ihnen verdiente Honorar unrechtmäßig zugunsten anderer Ärzte abschöpfen, ebenfalls rechtlich unbedenklich. Sie betreffen nicht ihre gesamte Tätigkeit, sondern nur einige - wenn auch wesentliche - Leistungsbereiche. In die Regelungen der LZen 707 und 702 und ihrer Anlagen sind schon nicht alle Leistungen einbezogen. Verschiedene Bereiche sind von vornherein davon ausgenommen. Die dazu gehörenden Leistungen werden vorab mit höheren Punktwerten vergütet (siehe die HVM-Änderung vom 20. Juni 1992, Hessisches Ärzteblatt 1992, 373, unter 6. III. mit Herausnahme von zB Besuchen, Beratungen, histologischen, endoskopischen und Laborleistungen; - ebenso die HVM-Änderung vom 20. März 1993, Hessisches Ärzteblatt 1993, 201, betr Anlage zu LZ 702 mit Vorabvergütung für zB Prävention und Labor). Während in den vom Senat früher entschiedenen Fällen das Risiko bestand, für die über den Basisfallwert hinausgehenden Leistungen überhaupt keine Vergütung zu erhalten, wird nach den hier zu beurteilenden Regelungen auch für sie eine - wenn auch uU erheblich abgesenkte - Vergütung gewährt. Die Grenze, bis zu der der höhere Punktwert vergütet wird, hat im vorliegenden Fall noch über dem Teilfallwert der Fachgruppe gelegen. Bei dieser Lage sind Anhaltspunkte für einen unverhältnismäßigen Eingriff nicht erkennbar.

Diese Regelungen sind auch nicht etwa deshalb rechtswidrig - wie die Kläger unter Berufung auf das Senatsurteil vom 17. September 1997 (BSGE 81, 86 = SozR 3-2500 § 87 Nr 18) geltend machen -, weil die genauen Grenzen und Vergütungsquoten endgültig erst nach dem Quartalsschluß festgelegt werden.

Diese nach Ablauf des Quartals vorzunehmende Festlegung ist in den Notwendigkeiten der Honorarverteilung begründet. Die Grenzwerte und die Vergütungsquoten müssen sich nach dem Verhältnis der von allen Ärzten abgerechneten - erst nach Quartalsschluß feststehenden - Gesamtpunktzahl zum Gesamtvergütungsvolumen richten. Der Senat hat es



deshalb im Urteil vom 3. Dezember 1997 hingenommen, daß die Grenze für die volle Vergütung erst nach Quartalsschluß von 100 auf 97 Punkte herabgesetzt wurde (BSGE 81, 213, 215 = SozR 3-2500 § 85 Nr 23 S 150; ebenso Urteil vom 21. Oktober 1998 - B 6 KA 60/97 R -, unveröffentlicht). Ebenso hat der Senat es in weiteren Urteilen gebilligt, wenn die Vergütungsquote für die über den Basisfallwert hinausgehenden Leistungen erst später nach Maßgabe des verbleibenden Vergütungsvolumens festgelegt wurde (Urteile vom 21. Oktober 1998 - B 6 KA 71/97 R und B 6 KA 65/97 R -).

Solche Fallgestaltungen sind anders gelagert als der Sachverhalt, der dem von den Klägern herangezogenen Senatsurteil vom 17. September 1997 zugrunde lag, das sich mit der Frage der Rechtmäßigkeit rückwirkender Änderung des EBM-Ä befaßt hat. Während der EBM-Ä die Punktzahlen und damit das Wertverhältnis zwischen den verschiedenen Leistungen abschließend festlegt und so die Grundlage für Dispositionen der Vertragsärzte bildet, indem er ihre Entscheidung beeinflußt, ob bzw welche Leistungen sie selbst erbringen oder inwieweit sie Patienten an andere Ärzte überweisen (BSGE 81, 86, 91-94 = SozR 3-2500 § 87 Nr 18 S 87-89), haben die Honorarverteilungsregelungen des HVM eine andere Funktion. Sie sind darauf ausgerichtet, die zur Verfügung stehende Gesamtvergütung entsprechend der von allen Ärzten abgerechneten - erst nach Quartalsschluß feststehenden - Gesamtpunktzahl zu verteilen, was nur aufgeht, wenn der exakte Punktwert und/oder die Vergütungsquote erst nach Quartalsschluß festgelegt werden. Die sich daraus ergebende Folgerung, daß der Vertragsarzt im Zeitpunkt der Leistungserbringung grundsätzlich nur von einer ungefähren Höhe des zu erwartenden Honorars ausgehen kann, gilt insbesondere dann, wenn wie im vorliegenden Fall der HVM eine Ermächtigung an den Vorstand enthält, noch nach Quartalsschluß die Grenzwerte anders festzusetzen und anzuordnen, daß nur Teilquoten honoriert werden, sowie auch ansonsten Sonderregelungen für Ausnahmefälle zu treffen und Einzelheiten der Durchführung vorzusehen.

Rechtswidrig ist auch nicht, daß der gesamte zum 1. Januar 1993 in Kraft gesetzte HVM erst am 20. März 1993 beschlossen wurde. Über die vorstehenden Ausführungen hinaus ist darauf hinzuweisen, daß für die Zeit ab dem 1. Januar 1993 in jedem Fall - wegen der grundlegenden Neuregelung der Gesamtbudgetierung durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) ab 1. Januar 1993 - mit neuen HVM-Regelungen gerechnet werden mußte, die wegen des sehr kurzfristig - am 21. Dezember 1992 - beschlossenen GSG erst nachträglich rückwirkend geschaffen werden konnten. Im übrigen enthielten die von den Klägern beanstandeten HVM-Neuregelungen vom 20. März 1993 auch nur verhältnismäßig geringfügige Änderungen des vorher geltenden HVM. Ihre Struktur entsprach derjenigen der bereits in der Anlage zur LZ 707 enthaltenen Bestimmungen.

Erfolglos ist auch der Hinweis der Kläger auf die Senatsurteile vom 26. Januar 1994 (SozR 3-2200 § 368f Nr 3 und MedR 1994, 376). In diesen Entscheidungen hat der Senat aus dem Sinn und Zweck des § 85 Abs 4 Satz 5 SGB V (so die seit dem 1. Januar 1999



geltende Fassung = Satz 4 in der von 1993 bis 1998 bzw Satz 5 in der von 1989 bis 1992 geltenden Fassung) abgeleitet, daß Regelungen, die die übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenarztes verhüten sollen, erst für künftige Quartale gelten können, damit er sich von vornherein auf sie einrichten kann. Die hier fraglichen HVM-Regelungen bezwecken indessen nicht die Verhütung der übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenarztes. Die Grenzwerte für die Abstufung und das Ausmaß der Quotierung bestimmen sich nicht nach dem Maß der Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit, sondern richten sich nach dem Abrechnungsverhalten der Ärzteschaft insgesamt und den Zwängen aufgrund des begrenzten Umfanges der Gesamtvergütung.

Ebensowenig ist rechtswidrig, daß die Vertreterversammlung die Grenzwerte und Quoten nicht selbst abschließend im HVM festlegt, sondern daß der Vorstand der KÄV ermächtigt ist, nachträglich die Grenzen und Quoten anders festzusetzen. Damit wird der Umfang der Kompetenzen, die die Vertreterversammlung dem Vorstand einräumen kann, nicht überschritten. Die Vorstandskompetenz ermöglicht es, entsprechend dem nach Quartalschluß errechenbaren Verhältnis von abgerechneter Gesamtpunktzahl und Gesamtvergütungsvolumen kurzfristig den Auszahlungspunktwert abschließend zu bestimmen. Der Senat hat vergleichbare Ermächtigungen an den Vorstand bereits in anderen Fällen als rechtmäßig angesehen. Im Urteil vom 3. Dezember 1997 hat er es unbeanstandet gelassen, daß nicht die Vertreterversammlung, sondern der Vorstand der KÄV den Grenzwert bei zunächst 100 Punkten vorsah und später auf 97 Punkte herabsetzte (BSGE 81, 213 = SozR 3-2500 § 85 Nr 23; ebenso Senatsurteil vom 21. Oktober 1998 - B 6 KA 60/97 R -, unveröffentlicht). Dem entspricht die Grenzziehung im Senatsurteil vom 21. Oktober 1998, wonach die wesentlichen Elemente der Honorarverteilung in ihren Grundzügen im HVM selbst geregelt sein müssen, im übrigen aber der Vorstand im HVM zu konkretisierenden Regelungen und Einzelfallentscheidungen ermächtigt werden kann (Az. B 6 KA 71/97 R, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen). Demgemäß ist die Festlegung des Abzugsbetrages auf 10 % bzw 8 % der Vollvergütung durch den Vorstand nicht beanstandet worden (Urteil vom 21. Oktober 1998 aaO). Die Grenzziehung zwischen notwendigerweise eigenen Regelungen der Vertreterversammlung im HVM und zulässigen Vorstandsermächtigungen hat der Senat in anderen Bereichen ebenso vorgenommen. Nach den Urteilen vom 20. Januar 1999 kann der angemessene Betrag für Praxisbudgets bei Doppelt-Zugelassenen entsprechend den konkreten tatsächlichen Gegebenheiten durch die KÄV festgelegt werden; eine abstrakte Festlegung auf den Mittelwert der für die beiden Fachgruppen geltenden Beträge wäre dagegen normativ zu regeln (Az. B 6 KA 78/97 R, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen; ebenso B 6 KA 77/97 R, unveröffentlicht). Da mithin für konkretisierende Bestimmungen, die nicht im voraus für mehrere Quartale gleichbleibend getroffen werden können, Ermächtigungen an den Vorstand zulässig sind, ist es unbedenklich, wenn die Vertreterversammlung die Grenzwerte und Quoten nicht selbst abschließend im HVM festlegt, sondern der Vorstand der KÄV ermächtigt ist, nachträglich die Grenzen und Quoten anders festzusetzen.



Rechtlich zu beanstanden ist auch nicht, daß nach dem hier zu beurteilenden HVM der Vorstand der KÄV in Ausnahmefällen ganz oder teilweise von einer Begrenzung der Honorarforderung absehen (Anlagen zu LZ 707 unter Nr 5 und zu LZ 702 unter III. 5.) und hierzu auch Einzelheiten der Durchführung regeln kann (Anlagen zu LZ 707 nach Nr 5 und zu LZ 702 unter IV.). Der Vorstand darf außer zu konkretisierenden Bestimmungen, die nicht im voraus für mehrere Quartale gleichbleibend festgelegt werden können, auch dazu ermächtigt werden, Ausnahmen für sog atypische Fälle vorzusehen. Wie der Senat bereits entschieden hat, ist es eine typische Aufgabe des Vorstandes, zu beurteilen, ob sog atypische Fälle die Voraussetzungen für eine ausnahmsweise Freistellung von Obergrenzen erfüllen (Urteil vom 21. Oktober 1998 - B 6 KA 65/97 R -, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen). Dabei beschränkt sich die Kompetenz des Vorstandes nicht auf die Statuierung von Ausnahmen für "echte Härten", vielmehr müssen sie generell für atypische Versorgungssituationen möglich sein (Urteil aaO). Der Senat hat zB die Ermächtigung an den Vorstand, für besondere Fachgruppen oder auch für Praxisanfänger höhere Kontingentgrenzen festzusetzen, nicht beanstandet (BSGE 81, 213, 217 und 222 = SozR 3-2500 § 85 Nr 23 S 152 und 157).

Die hier in Frage stehende, vom Vorstand getroffene Sonderregelung für spezialisierte Internisten unterliegt keinen durchgreifenden inhaltlichen Bedenken. Die Entscheidung, daß bei den Internisten, die eine Teilgebietsbezeichnung führen und deren spezielle Leistungen (einschließlich Folgeleistungen) 30 % der Gesamthonoraranforderung ausmachen, diese Leistungen herausgerechnet werden und daß diejenigen, deren spezialisierte Leistungen sogar 50 % der Gesamthonoraranforderung ausmachen, gänzlich von der Teilquotierung freigestellt werden, enthält Schematisierungen, die nicht als sachwidrig beanstandet werden können. Derartige mit scharfen Grenzziehungen einhergehende Härten sind - wie zB auch für Stichtagsregelungen anerkannt - hinzunehmen, solange sie nicht im Hinblick auf den gegebenen Sachverhalt und das System der Gesamtregelung willkürlich sind (vgl BVerfGE 80, 297, 311; siehe zB auch BVerfGE 79, 212, 219; 87, 1, 43). Die Beklagte brauchte die Ausnahmeregelung, die sie für Internisten mit Teilgebietsbezeichnungen und mit einem hohen Anteil spezialisierter Leistungen geschaffen hatte, nicht auf Ärzte wie die Kläger, die keine Teilgebietsbezeichnung führen, zu erstrecken, und mußte auch nicht etwa für sie - wegen ihrer spezialisierten Leistungen und/oder wegen ihres hohen Anteils an überwiesenen Patienten - einen gesonderten Teilfallwert anhand einer Sondergruppe festsetzen.

Bei dieser Sachlage ist nicht erkennbar, inwiefern im Gerichtsverfahren weitergehende Ermittlungen - wie etwa zur Ausrichtung der Praxis der Kläger und zur Umsetzung der Vorstandsentscheidungen - von rechtlicher Relevanz hätten sein können. Die insoweit von den Klägern erhobenen Rügen sind daher ebenfalls unbegründet.



Erfolglos ist auch der Einwand der Kläger, die von der Beklagten vorgenommenen Honorarkürzungen stellten pauschalisierte Wirtschaftlichkeitsprüfungen ohne Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten dar. Während eine Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß § 106 SGB V dazu führt, daß unwirtschaftliche Leistungen insgesamt nicht honoriert werden, erfolgt hier lediglich eine Absenkung der Vergütung bei hohen Fallwerten in deren oberem Bereich entsprechend der noch zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung. Es liegt also eine Regelung mit anderer Zielrichtung als eine Wirtschaftlichkeitsprüfung vor (zur Abgrenzung von HVM-Regelungen gegen Wirtschaftlichkeitsprüfungen siehe bereits Senatsurteil vom 30. September 1983, SozR 2200 § 368f Nr 9 S 25, 26).

Schließlich kann eine Unwirksamkeit der HVM-Regelungen - entgegen der Meinung der Kläger - auch nicht aus dem Senatsurteil vom 24. August 1994 (BSGE 75, 37 = SozR 3-2500 § 85 Nr 7) hergeleitet werden. Die diesem Urteil zugrunde liegende Honorarverteilungsregelung wollte hohe Fallwerte zugunsten niedriger abschöpfen, wofür es aber an einer Legitimation fehlte. Weder war die Regelung darauf gerichtet, einer übermäßigen Ausdehnung von Kassenarztpraxen entgegenzuwirken, wie die Einzelanalyse der Regelung erkennen ließ (BSGE aaO S 44 = SozR aaO 44 f), noch war damals - es waren Quartale der Jahre 1989/90 betroffen - die Gesamtvergütung so begrenzt, daß sich daraus eine Legitimation für Regelungen zur Honorarabsenkung bei höheren Fallwerten hätte entnehmen lassen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 1 und 4 Sozialgerichtsgesetz.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)