BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
3. März 1999

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 7/98 R

1. ..... ,
2. ..... ,
3. ..... ,

,

Kläger und Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigte: .....,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,
Bismarckallee 1-3, 23795 Bad Segeberg,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 3. März 1999 durch den Vorsitzenden Richter Dr. E n g e l m a n n , die Richter Dr. W e n n e r und K r u s c h i n s k y sowie die ehrenamtlichen Richterinnen Dr. D a w i d und Dr. D e p p i s c h - R o t h für Recht erkannt:

Die Revision der Kläger gegen das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 28. Oktober 1997 wird zurückgewiesen.

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

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

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

G r ü n d e :

I

Die Kläger, drei als Radiologen in S. in einer Gemeinschaftspraxis niedergelassene und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte, begehren eine höhere Vergütung für die von ihnen in den Quartalen I bis III/1996 erbrachten radiologischen, nuklearmedizinischen und strahlentherapeutischen Leistungen.

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) idF vom 8. November 1995 sah - nach Vorwegvergütung bestimmter Leistungen - neben einem Vergütungstopf für die hausärztlichen Leistungen die Bildung eines einheitlichen Punktwertes für die übrigen Leistungen vor (§ 12 HVM). Durch Beschluß ihrer Vertreterversammlung vom 22. Mai 1996 ergänzte die Beklagte ihren HVM um Regelungen über Stützungsmaßnahmen für alle Vertragsärzte in den Quartalen I und II/1996. Danach erhielten Ärzte bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen 1 Pf zusätzlich zum jeweils ausgezahlten Punktwert. Durch die Stützungsmaßnahmen durfte weder der durchschnittliche Fallwert der Fachgruppe noch das durchschnittliche Nettohonorar aller Ärzte überschritten werden. Weitere Stützungsmaßnahmen betrafen Ärzte, deren Nettohonorar im Quartal 20.000 DM nicht überstieg, sowie bestimmte psychotherapeutische Leistungen.

Die Kläger erzielten in den Quartalen I bis III/1996 aus ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit (Primärkassen und Ersatzkassen ohne sonstige Kostenträger) Bruttohonorare von 379.420,70 DM, 373.900,45 DM sowie 346.753,80 DM. Zu diesen Beträgen kamen später kleinere Nachzahlungen aufgrund von Nachberechnungen hinzu. Als Stützungszahlungen erhielten sie im Quartal I/1996 den Betrag von 22.387,95 DM und im Quartal II/1996 24.271,59 DM.

Die Kläger legten gegen die Honorarabrechnungsbescheide der Beklagten für die Quartale I/1996, II/1996 und III/1996 Widerspruch ein.

Gemeinsam mit den Ärzten weiterer 15 radiologischer Praxen in Schleswig-Holstein haben sie zudem im Januar 1997 Klage zum Sozialgericht (SG) Kiel erhoben, die in der Hauptsache auf Zahlung, hilfsweise auf Feststellung der Verpflichtung der Beklagten zur Vergütung mit einem gestützten Punktwert von 9,83 Pf bzw 8,36 Pf, weiter hilfsweise auf

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

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Abänderung der angefochtenen Honorarbescheide und Verurteilung der Beklagten zur Vergütung radiologischer Leistungen mit einem Punktwert von 9,83 Pf bzw 8,36 Pf gerichtet gewesen ist. Zur Begründung haben sie geltend gemacht, daß radiologische Leistungen nicht mehr kostendeckend erbracht werden könnten. Dazu haben sie ein im Oktober 1996 im Auftrag der "Interessengemeinschaft Schleswig-Holsteinischer Radiologen und Nuklearmediziner" erstelltes Gutachten einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft zur "Kostendeckungsanalyse zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in der Fachgruppe Radiologie und Nuklearmedizin" vorgelegt.

Das SG hat die Klagen aller Ärzte hinsichtlich des Hauptantrages und der hilfsweise gestellten Anträge als unzulässig abgewiesen (Urteil vom 12. März 1997). Nach Erlaß des erstinstanzlichen Urteils hat die Beklagte die Widersprüche der Kläger zurückgewiesen (Bescheid vom 20. Mai 1997).

Das Schleswig-Holsteinische Landessozialgericht (LSG) hat die von allen Ärzten der 16 radiologischen Praxen eingelegten Berufungen gegen das Urteil des SG in einzelne Verfahren getrennt. Durch Urteil vom 28. Oktober 1997 hat es die Berufung der Kläger, die diese auf den Anfechtungs- und Verpflichtungsantrag beschränkt hatten, zurückgewiesen und ausgeführt, die nunmehr zulässige Klage sei unbegründet. Die Beklagte habe keine Stützung des Punktwertes bei den Radiologen auf die von diesen angestrebte Mindesthöhe von 8,27 Pf vornehmen müssen. Sie sei nicht verpflichtet, den mit einer Punktwertminderung verknüpften Honorarrückgängen durch Anhebung des Punktwertes für einzelne Arztgruppen oder durch Ausgleichszahlungen entgegen zu treten. Das von den Klägern vorgelegte Gutachten könne nicht begründen, daß der gesunkene Punktwert die Versorgung mit radiologischen Leistungen und die berufliche Existenz der Radiologen gefährde. Eine Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der leistungserbringenden Radiologen sei ausdrücklich nicht Gegenstand des Gutachtens. Das Argument der Kläger, andere Arztgruppen könnten den Punktwertverfall durch Ausweitung der Leistungsmengen kompensieren, greife nicht durch. Die Kläger hätten - offensichtlich durch Leistungsausweitungen - im Jahre 1996 ihre Einnahmen auf dem Stand von 1995 halten können. Nicht belegt sei ihre Behauptung, diese Leistungsausweitungen hätten zu einer entsprechenden Erhöhung ihrer Kosten geführt. Schließlich habe die Beklagte aufgrund der durch den EBM-Ä 1996 teilweise völlig geänderten Vergütungsstruktur die Auswirkungen ihrer Verteilungsregelungen über einen längeren Zeitraum hinweg beobachten dürfen. Erst danach habe sich ihr eine sichere Grundlage für eventuell vorzunehmende steuernde Eingriffe geboten. Im übrigen habe die Beklagte aufgrund des Beschlusses ihrer Vertreterversammlung vom 22. Mai 1996 Stützungsmaßnahmen getroffen.

Mit ihrer Revision rügen die Kläger, das LSG habe zu dem Verlangen nach kostendec??kender Mindestvergütung weitere Ermittlungen dazu anstellen müssen, daß bei einem Verteilungspunktwert von 6,7 Pf weder die allgemein erforderlichen Kosten

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

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

noch die konkreten Kosten ihrer Praxis gedeckt seien. Überdies seien die tatsächlichen Feststellungen zu einer (angeblich) teilweise unwirtschaftlichen Praxisführung unvollständig und fehlerhaft. In der Sache enthalte § 72 Abs 2 SGB V nicht nur das objektiv-rechtliche Gebot angemessener Vergütung, sondern gebe jedem Vertragsarzt einen subjektiven Rechtsanspruch. Die Beklagte verteile die Gesamtvergütung aber nicht so, daß ihre - der Kläger - Leistungen angemessen vergütet würden. Der EBM-Ä 1996 habe in Schleswig-Holstein aufgrund eines außerordentlichen Leistungsmengenzuwachses zu einem Verfall des Punktwertes um ca 18 % auf 6,7 Pf und dadurch bei den Radiologen zu Umsatzrückgängen um mehr als 16 % geführt. Die Beklagte habe trotz dieser Situation nichts zum Schutz der Vergütung der Radiologen getan und damit gegen die Verpflichtung verstoßen, eine angemessene Vergütung sicherzustellen. Sie sei - im Gegensatz zu anderen KÄVen - auch nicht der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KÄBV im Oktober 1996 ausgesprochenen Empfehlung zur Einführung von Mindestpunktwerten für besonders betroffene Arztgruppen gefolgt. Mit Stützungsmaßnahmen wie der Vorwegvergütung einer bestimmten Punktmenge zu einem festen Punktwert wäre sichergestellt worden, daß die Vertragsärzte wenigstens insoweit kostendeckende Vergütungen erhielten. Darauf hätten sie - die Kläger - jedenfalls Anspruch. Die Freiheit des Vertragsarztes zu entscheiden, ob er eine bestimmte Leistung erbringen wolle oder nicht (BSGE 81, 86, 93), helfe nicht, wenn für das gesamte Leistungsspektrum eine kostendeckende Vergütung nicht gezahlt werde. Die Auffassung des LSG, durch eine Stützung des Punktwertes für die Radiologen würde der Punktwert für die übrigen Arztgruppen sinken, sei nur bedingt richtig, weil die Beklagte über verschiedene Fonds verfüge, die sie dafür einsetzen könne. Im übrigen bestünden keine konkreten Anhaltspunkte dafür, daß sie, die Kläger, ihre Praxis unwirtschaftlich führten. Fragwürdig sei der Versuch des LSG, aus dem allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebot eine rechtliche Verpflichtung für Vertragsärzte abzuleiten, ihre Praxis wirtschaftlich zu führen. Eine solche Rechtspflicht setze den Rechtsanspruch auf angemessene Vergütung, auf jeden Fall aber auf kostendeckende Vergütung voraus.

Die Kläger beantragen,

> das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 12. März 1997 und das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 28. Oktober 1997 abzuändern, die Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale I bis III/1996 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Mai 1997 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, über die Vergütungen für die von ihnen, den Klägern, in den Quartalen I bis III/1996 abgerechneten radiologischen, nuklearmedizinischen und strahlentherapeutischen Leistungen auf der Grundlage der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden,
>
> sowie die Widersprüche gegen die Honorarabrechnungen IV/1996 bis IV/1997 und den Widerspruchsbescheid vom 17. November 1998 (mit Ausnahme der sachlich-

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

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

rechnerischen Berichtigung der Nr 375 EBM) zum Gegenstand des Verfahrens zu machen.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Nach ihrer Auffassung hält das Berufungsurteil den Angriffen der Revision stand.

II

Die Revision der Kläger ist nicht begründet.

Soweit sie im Revisionsverfahren beantragt haben, ihre Widersprüche gegen die Honorarbescheide IV/1996 bis IV/1997 sowie den Widerspruchsbescheid der Beklagten für diese Quartale vom 17. November 1998 zum Gegenstand des Verfahrens zu machen, war der Antrag zurückzuweisen. Hierbei handelt es sich um eine Erweiterung des Streitgegenstandes und damit um eine Klageänderung iS des § 99 Abs 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG), die im Revisionsverfahren gemäß § 168 Satz 1 SGG unzulässig ist.

In der Sache sind, wie das LSG zutreffend entschieden hat, die Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale I bis III/1996 und die ihnen zugrundeliegende Regelung des HVM der Beklagten nicht zu beanstanden. Nach dessen § 12 sind alle vertragsärztlichen Leistungen - ausgenommen vorweg zu vergütende Leistungen sowie die hausärztliche Vergütung - mit einem einheitlichen Punktwert zu vergüten.

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 (GG) ergibt, zu messen (stRspr; zB BSGE 73, 131, 135 f = SozR 3-2500 § 85 Nr 4 S 23 f; BSGE 81, 213, 217 f = SozR 3-2500 § 85 Nr 23 S 152 f; Urteil vom 9. September 1998 - B 6 KA 55/97 R - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen). 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 Leistung des Kassenarztes zugrunde zu legen sind. Die Vergütung aller vertragsärztlichen Leistungen mit einem einheitlichen Punktwert entspricht dem Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars, an den nach der gefestigten Rechtsprechung des Senats die KÄVen im Rahmen der Honorarverteilung gebunden sind. Danach sind die ärztlichen Leistungen prinzipiell gleichmäßig zu vergüten. Der normsetzenden Körperschaft verbleibt jedoch ein Spielraum für sachlich gerechtfertigte Abweichungen von diesem Grundsatz, der es ihr ermöglicht, ihrem Sicherstellungsauftrag und ihren sonstigen vertraglichen und gesetzlichen Verpflichtungen gerecht zu werden (grundlegend

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

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

BSGE 73, 131, 135 f = SozR 3-2500 § 85 Nr 4 S 23 f; zuletzt Urteil vom 9. September 1998 - B 6 KA 55/97 R - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen). In der bisherigen Rechtsprechung des Senats haben die unter den angeführten Gründen gebilligten Abweichungen vom Gebot der leistungsproportionalen Verteilung zu einer punktwertmäßig schlechteren Honorierung von bestimmten ärztlichen Leistungen oder von Leistungen bestimmter Arztgruppen in Relation zum allgemeinen Punktwert geführt (vgl Urteil des Senats vom 3. März 1999 - B 6 KA 56/97 R - für Radiologen-Honorartopf). Hier machen die Kläger demgegenüber geltend, gerade die Honorierung der radiologischen, nuklearmedizinischen und strahlentherapeutischen Leistungen mit dem allgemeinen, grundsätzlich für alle Leistungen geltenden Punktwert sei verfehlt; denn den solche Leistungen erbringenden Ärzten stehe ein Rechtsanspruch auf einen höheren bzw zumindest einen garantierten Punktwert zu, weil ansonsten die von ihnen erbrachten Leistungen nicht mehr angemessen vergütet würden.

Als Rechtsgrundlage für diesen Anspruch kommt insoweit ausschließlich das aus Art 12 Abs 1 GG iVm Art 3 Abs 1 GG abzuleitende Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit (vgl dazu BSGE 73, 131, 139, 140 = SozR 3-2500 § 85 Nr 4 S 29; BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 24 S 168) in Betracht. Insbesondere kann ein solcher Anspruch nicht auf das objektivrechtliche Gebot der angemessenen Vergütung ärztlicher Leistungen (§ 72 Abs 2 SGB V) gestützt werden, das im allgemeinen keine subjektiven Rechte des Vertragsarztes begründet (dazu BSGE 75, 187 = SozR 3-2500 § 72 Nr 5; BSGE 77, 279, 288 = SozR 3-2500 § 85 Nr 10 S 62 f; BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 12 S 82; vgl auch BSG SozR 3-5533 Nr 763 Nr 1 S 6). Demgegenüber wird geltend gemacht, der Vertragsarzt könne für die von ihm im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen Vergütung in einer bestimmten Höhe beanspruchen. Einem solchen Anspruch steht jedoch das vom Gesetz vorgegebene gesamtvertragliche Vergütungssystem entgegen. Die Krankenkassen honorieren danach nicht gesondert jede einzelne ärztliche Leistung, sondern entrichten mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung eine zwischen ihren Landesverbänden und der KÄV vertraglich vereinbarte Vergütung. Die Partner des Gesamtvertrages, KÄV einerseits und Landesverbände bzw Verbände der Krankenkassen andererseits, vereinbaren die Höhe der Gesamtvergütung sowie deren Veränderung unter Berücksichtigung von Praxiskosten, Arbeitszeit sowie Art und Umfang der vertragsärztlichen Leistungen im Gesamtvertrag (§ 85 Abs 1, Abs 3 S 1 SGB V). Dabei haben sie den Grundsatz der Beitragsstabilität in Bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen zu beachten (§ 85 Abs 3 Satz 2 SGB V). Kommt eine Vereinbarung über die Höhe bzw die Veränderung der Gesamtvergütung im Wege freier Verhandlungen nicht zustande, können Kassenverbände und/oder KÄV das Schiedsamt anrufen (§ 89 Abs 1 SGB V). Die KÄV kann auf der Grundlage des § 85 Abs 4 SGB V nur die vereinbarte oder die durch Schiedsspruch festgesetzte Gesamtvergütung an die Vertragsärzte verteilen. Nachforderungen der KÄV an die Krankenkassen im Hinblick etwa auf einen Anstieg der erbrachten Leistungen oder der zugelas-

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

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

senen Ärzte sind grundsätzlich ausgeschlossen und müssen in einem beitragsfinanzierten Krankenversicherungssystem ausgeschlossen sein, weil die Kassen ihrerseits von den Versicherten nachträglich keine höheren Beiträge einziehen können. Die Höhe der Gesamtvergütung ist deshalb kein unabwendbares "Schicksal" (vgl Isensee, VSSR 1995, 321, 345), vielmehr das auf der Grundlage der gesetzlichen Vorschriften erzielte Ergebnis der Verhandlungen der Partner der vertragsärztlichen Versorgung.

Zu den für die Gesamtvertragsparteien bindenden Vorgaben zählt neben weiteren Erfordernissen auch die gesetzlich normierte Verpflichtung zur Wahrung der Beitragssatzstabilität (§ 85 Abs 3 Satz 2, § 71 Abs 1, § 141 Abs 2 SGB V), die wiederum der Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung dient. Steigende Beitragssätze gefährden deren Finanzierbarkeit und das System der Gesundheitsvorsorge insgesamt. Die Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung ist nach der stRspr des BVerfG ein Gemeinwohlbelang von besonders hohem Rang (BVerfGE 68, 193, 218; 70, 1, 26; 82, 209, 230). Ihm gegenüber muß der Anspruch des einzelnen Vertragsarztes auf eine höhere Vergütung als diejenige, die nach der vorhandenen Gesamtvergütung möglich ist, zurücktreten. Aus der Verfassung läßt sich auch nicht etwa eine Verpflichtung ableiten, allein zur besseren Finanzierung der vertragsärztlichen Vergütung die Beitragssätze der Krankenkassen anzuheben.

Zur Disposition der Vertragspartner bei der Vereinbarung der Höhe der Gesamtvergütung stehen ebensowenig der Umfang der in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erbringbaren Leistungen, die Höhe der von den Versicherten in einzelnen Leistungsbereichen aufzubringenden Zuzahlungen (zB bei Arzneimitteln, § 31 Abs 3 SGB V) oder die gesetzlich abschließend geregelte Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten (§§ 226 ff SGB V). In gleicher Weise sind allgemeine Vermutungen darüber, ob der stationäre Sektor über- und der ambulante Sektor der medizinischen Versorgung unterfinanziert sind (vgl Wimmer, MedR 1998, 533, 536), im Zusammenhang mit der Vereinbarung der Gesamtvergütung seitens der Vertragspartner sowie mit der Beschränkung der KÄV auf die Verteilung lediglich der rechtmäßig vereinbarten Gesamtvergütung ohne rechtliche Relevanz. Steht aber der für die Honorierung aller vertragsärztlichen Leistungen maximal zur Verfügung stehende Geldbetrag unabhängig von der Zahl der ärztlichen Leistungserbringer und der erbrachten ärztlichen Leistungen als Ergebnis der Vereinbarungen der Gesamtvertragspartner fest, kann sich für den einzelnen Arzt von vornherein kein Anspruch auf ein Honorar in bestimmter Höhe, sondern nur ein Anspruch auf einen seiner Leistung entsprechenden Anteil an dieser Gesamtsumme ergeben.

Das danach allein als Prüfungsmaßstab in Betracht kommende Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit ist verletzt, wenn vom Prinzip der gleichmäßigen Vergütung abgewichen wird, obwohl zwischen den betroffenen Ärzten bzw Arztgruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, daß eine ungleiche Behandlung ge-

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

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

rechtfertigt ist. Das Gleichbehandlungsgebot des Art 3 Abs 1 GG enthält jedoch nicht nur das Verbot sachwidriger Differenzierung, sondern ebenso das Gebot, wesentlich Ungleiches ungleich zu behandeln (stRspr, vgl zB BVerfGE 98, 365, 385). Zu einer Differenzierung bei ungleichen Sachverhalten ist der Gesetzgeber allerdings nur verpflichtet, wenn die tatsächliche Ungleichheit so groß ist, daß sie bei einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise nicht unberücksichtigt bleiben darf (BVerfGE aaO; vgl auch Senatsurteile vom 21. Oktober 1998, ua B 6 KA 71/97 R, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen). Dieses dem Gleichheitssatz innewohnende Differenzierungsgebot kann verletzt sein, wenn die Honorierung aller ärztlicher Leistungen nach einem einheitlichen Punktwert infolge eines starken Anstiegs der Menge der abgerechneten Punkte zu einem massiven Absinken des Punktwertes und als dessen Konsequenz zu einer schwerwiegenden Benachteiligung einer Arztgruppe führt, die - etwa wegen der strikten Zeitgebundenheit der von ihr erbrachten Leistungen - die Leistungsmenge im Unterschied zu anderen Arztgruppen nicht ausweiten kann (vgl hierzu im einzelnen für bestimmte psychotherapeutische Leistungen Urteil des Senats vom 20. Januar 1999 - B 6 KA 46/97 R - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen). Maßgebend für die Beurteilung, ob das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit verletzt ist, ist nicht die Situation des einzelnen Arztes, sondern die der jeweiligen Arztgruppe im Bereich der KÄV, deren Honorarverteilung angegriffen wird.

Der Senat hat mit Urteilen vom 9. September 1998 - ua B 6 KA 55/97 R - entschieden, daß die KÄVen grundsätzlich berechtigt sind, für bestimmte radiologische Leistungen (hier: CT- und MRT-Leistungen) eigene Honorarkontingente vorzusehen. Mit Urteil vom 3. März 1999 - B 6 KA 56/97 R - hat er es als rechtmäßig gebilligt, daß der HVM einer KÄV für Radiologen einen gesonderten Honorartopf, also ein festes arztgruppenbezogenes Kontingent der Gesamtvergütung, vorsieht, auch wenn dies aufgrund der Mengenentwicklung ein Absinken des Punktwertes für die vom Honorartopf erfaßten Leistungen nach sich gezogen hat. In diesem Zusammenhang ist in den Urteilen ausgeführt worden, daß die Forderung nach einem festen Punktwert für alle Leistungen, die ein Vertragsarzt auf Überweisung von anderen Ärzten erbringt, weder rechtlich geboten noch praktisch umsetzbar ist. Bei einer vom Mengenwachstum ganz oder teilweise unabhängigen Garantie eines festen Punktwerts für Auftragsleistungen besteht nämlich anderenfalls wegen der Anreizwirkung, in Absprache mit anderen Ärzten bestimmte kostenintensive Leistungen möglichst nur auf Überweisung zu erbringen, unter der Geltung einer begrenzten Gesamtvergütung die konkrete Gefahr der massiven Entwertung des Punktwertes für alle nicht auf Überweisung erbrachten Leistungen. Dies könnte dazu führen, insbesondere die hausärztliche Grundversorgung der Versicherten zu gefährden (vgl BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 24 S 165).

Eine Konstellation, die der Situation der Psychotherapeuten bei der Erbringung strikt zeitgebundener Leistungen vergleichbar wäre (vgl hierzu Urteil des Senats vom 20. Januar

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

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

1999 - aaO -), liegt bei der Erbringung radiologischer Leistungen nicht vor. Bei ihnen findet, wie die Sachverhalte des CT- und MRT-Leistungen betreffenden Urteils vom 9. September 1998 - B 6 KA 55/97 R - und des Urteils vom 3. März 1999 - B 6 KA 56/97 R - belegen, trotz der Überweisungsgebundenheit der Leistungen eine Mengenausweitung statt, auch wenn weiterhin davon auszugehen ist, daß die leistungserbringenden Ärzte wegen der Auftragsgebundenheit der Leistungen keinen unmittelbaren Einfluß auf Mengenausweitungen nehmen können. Es sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, daß Radiologen und Nuklearmediziner im Jahre 1996 durch die mit der Umstrukturierung des EBM-Ä zum 1. Januar 1996 verbundenen Folgen generell nicht in der Lage gewesen wären, bei einer mit vollem persönlichen Einsatz und unter optimaler wirtschaftlicher Praxisausrichtung ausgeübten vertragsärztlichen Tätigkeit existenzfähige Praxen zu führen. Zwar ist in diesem Bereich der Honorarumsatz je Arzt und damit auch der Überschuß im Vergleich zu den Vorjahren zurückgegangen. Ausgehend von einem Honorarindex im Jahre 1991 von 100 betrug der Index im Jahre 1995 bei Radiologen 118,6. Er sank im Jahre 1996 auf 99,4 und stieg im Jahre 1997 wieder auf 105,6. Entsprechend verlief die Entwicklung bei den Nuklearmedizinern (Honorarindex 1995: 115,7; 1996: 93,5; 1997: 106,7; vgl zum Ganzen KÄBV-Zahlen, Stand: 1997, S 83). Selbst nach dem Absinken des Umsatzes bei Radiologen (mit Nuklearmedizinern) je Arzt auf 813.000,-- DM (alte Bundesländer einschließlich Berlin-Ost) im Jahre 1996 betrug der Überschuß je Arzt bei durchschnittlichen Betriebsausgaben in Höhe von 78,9 % ca 171.000,-- DM (vgl Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1998, hrsg von der KÄBV, Übersichten D 2 und D 6). Er hielt sich damit durchaus im Bereich der von anderen Arztgruppen mit Gebietsbezeichnung erzielten Überschüsse und lag deutlich über den der von Allgemein- und praktischen Ärzten erzielten Gewinnen. Auch die Situation im Bereich der Beklagten gab keinen Anlaß zu einer anderen Beurteilung. Bei dem Absinken des Punktwertes im Jahre 1996 handelte es sich um eine Entwicklung, die nicht auf ihren Bereich beschränkt war. Soweit ihre Ursache in einer Änderung des EBM-Ä zum Jahre 1996 gesehen werden konnte, hat der Bewertungsausschuß zum 1. Juli 1996 durch eine Änderung des EBM-Ä mit weitgehenden Budgetierungen von Leistungskomplexen darauf reagiert.

Die Beklagte ist ungeachtet dessen ihrer sich aus dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit ergebenden Beobachtungs- und Reaktionspflicht nachgekommen. Danach hat die KÄV die von ihr erlassenen Verteilungsregelungen regelmäßig daraufhin zu überprüfen, ob der Zweck der Regelung ganz oder teilweise nicht erreicht oder gar verfehlt wird (BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 12 S 80 f) oder ob andere Umstände als von den Vertragsärzten selbst verursachte Leistungsausweitungen vorliegen, die sich nur bei einzelnen Arztgruppen auswirken und nur dort zu einem deutlichen Abfall des Punktwertes führen (BSGE 77, 288, 293 = SozR 3-2500 § 85 Nr 11 S 69 und BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 24 S 168). Eine solche Korrekturverpflichtung setzt aber weiter voraus, daß es sich um eine dauerhafte, also nicht nur um eine vorübergehende, Entwicklung handelt, die zudem we-

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

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

sentlichen Einfluß auf den Umsatz einer Arztgruppe hat. Der Punktwertabfall muß im Verhältnis zu früheren Punktwerten auch erheblich sein. Nicht jedes Absinken eines Punktwertes, durch den eine Arztgruppe stärker als andere betroffen sein kann, gibt Anlaß zur Korrektur der Honorarverteilung. Die KÄV kann zudem berücksichtigen, daß auch bei solchen Leistungsausweitungen, die von den Leistungserbringern nicht mitzuverantworten sind, typischerweise Rationalisierungseffekte entstehen, die einen gewissen Ausgleich für den Punktwertabfall darstellen können (Urteil des Senats vom 9. September 1998 - B 6 KA 55/97 R -).

Die Beklagte hat auf das Absinken des Punktwertes angemessen reagiert und bereits durch Beschluß ihrer Vertreterversammlung vom 22. Mai 1996 Stützungsmaßnahmen für die Quartale I und II/1996 für besonders betroffene Vertragsärzte beschlossen. Die Kläger haben auf dieser Grundlage auch Stützungszahlungen erhalten. Eine darüber hinausgehende Verpflichtung hat für die Beklagte nicht bestanden.

Nach alledem war die Revision der Kläger zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

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

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

JLaw – für Android
JLaw – für iOS