

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
28. Januar 1998

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 96/96 R

.....,

Kläger und Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen,
Berliner Allee 22, 30175 Hannover,

Beklagte und Revisionsbeklagte,

beigeladen:

1. AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen,
Kolumbusstraße 2, 30519 Hannover,
2. BKK Landesverband Niedersachsen,
Hamburger Allee 61, 30161 Hannover,
3. IKK-Landesverband Niedersachsen,
Kriegerstraße 1c, 30161 Hannover,
4. Hannoversche landwirtschaftliche Krankenkasse,
Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 28. Januar 1998 durch den Vorsitzenden Richter Dr. Engelmann, die Richter Dr. Wenner und Kruschinsky sowie die ehrenamtlichen Richterinnen Dr. Dawid und Dr. Deppisch-Roth für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen vom 14. Februar 1996 wird zurückgewiesen.

Der Kläger hat der Beklagten die Kosten des Revisionsverfahrens zu erstatten. Im übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

Gründe:

I

Der in Celle als Arzt für Laboratoriumsmedizin und Infektionsepidemiologie niedergelassene Kläger wandte sich gegen die Honorarbescheide der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) für die Quartale I bis IV/91 im Primärkassenbereich und rügte dabei die Rechtswidrigkeit des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) in der Fassung vom 1. September 1990. Dort ist vorgesehen, das zur Verteilung zur Verfügung stehende Honorar nach Abzug bestimmter vorab zu entrichtender Vergütungsanteile nach festen Honorarkontingenten für die einzelnen Fachgruppen zu verteilen. Die Ärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie bilden eine der 18 Fachgruppen. Innerhalb des festen Honorarkontingents der einzelnen Fachgruppen wird zwischen dynamischen und nicht-dynamischen Leistungen unterschieden. Für die nicht-dynamischen Leistungen wird ein fester Punktwert von 9,8 Pf garantiert, während der Punktwert der dynamischen Leistungen je nach Mengenanforderungen schwanken kann, wobei der Interventionsgrenzwert bei 6,0 Pf liegt. Die Differenzierung danach, ob eine Leistung zu den dynamischen oder zu den nicht-dynamischen zählt, hängt davon ab, ob die Punktzahlanforderung der Arztgruppe für die einzelne im Bewertungsmaßstab für kassenärztliche Leistungen (BMÄ) aufgeführte Leistung die Anforderung des Vorquartals um mehr als 2,5 % überstiegen hat. Liegt die Mengensteigerung bezogen auf die einzelne BMÄ-Ziffer oberhalb von 2,5 %, handelt es sich um dynamische Leistungen; hält sie sich unterhalb dieser Grenze, handelt es sich um eine nicht-dynamische Leistung. Die Beklagte wies die Widersprüche des Klägers gegen die Anwendung dieser Regelung mit der Begründung zurück, diese halte sich im Rahmen der ihr bei der Honorarverteilung zukommenden Gestaltungsfreiheit.

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 15. Juli 1993). Auch im Berufungsverfahren ist der Kläger erfolglos geblieben. Das Landessozialgericht (LSG) hat



die Bildung fester arztgruppenbezogener Kontingente an der insgesamt zur Verteilung stehenden Gesamtvergütung gebilligt, auch wenn das zur Konsequenz haben könne, daß die gleichen Leistungen von Ärzten verschiedener Fachgruppen unterschiedlich hoch vergütet würden. Die Differenzierung zwischen nicht-dynamischen und dynamischen Leistungen sei ebenfalls rechtmäßig, weil sie geeignet sei, der Mengenausweitung entgegenzuwirken und für einen möglichst großen Teil der kassenärztlichen Leistungen einen festen Punktwert zu sichern. Ein fester Punktwert für möglichst viele ärztliche Leistungen gebe der Mehrzahl der Ärzte hinreichende finanzielle Anreize für ihre Tätigkeit, was im Hinblick auf die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung sachgerecht sei.

Es sei nicht zu beanstanden, daß auch Arztgruppen wie die Laborärzte, die nur auf Überweisung tätig werden könnten, von der Regelung des HVM erfaßt würden. Die Laborärzte könnten in gewissen Grenzen gleichfalls den Umfang ihrer Leistungen steuern, so daß Honorarverteilungsregelungen mit mengensteuernder Tendenz auf sie angewandt werden dürften. Selbst wenn bei Zielaufträgen allein der auftraggebende Vertragsarzt das Leistungsvolumen bestimme, sei auch insoweit die Differenzierung zwischen dynamischen und nicht-dynamischen Leistungen nicht sachwidrig; denn es sei nicht erkennbar, welcher Anreiz für andere Ärzte bestehe, durch die Erteilung besonders umfangreicher Zielaufträge mittelbar den Umfang der laborärztlichen Leistungen zu erhöhen.

Das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit verlange nicht, bei Maßnahmen zur Steuerung von Mengenzuwächsen stets danach zu differenzieren, ob die Ausweitung von Leistungen auf eine medizinisch nicht veranlaßte Mengenausweitung oder auf epidemiologische Gründe zurückzuführen sei. Diese Unterscheidung werde bei keiner Arztgruppe vorgenommen und sei im übrigen nicht praktikabel, weil die KÄVen andernfalls zunächst eine Ursachenforschung für eingetretene Leistungsausweitungen vornehmen müßten, bevor sie die Honorarverteilung durchführen könnten. Schließlich erhalte der Kläger seit Jahren und auch im streitbefangenen Zeitraum ein weit überdurchschnittliches Honorar, auch bezogen auf seine gegenüber anderen Arztgruppen erhöhten Praxiskosten. Sein Honorarüberschuß sei von 1990 auf 1991 noch um 37,2 % gestiegen, was dafür spreche, daß er durch die von ihm angegriffene Regelung im Honorarverteilungsmaßstab nicht unzumutbar beeinträchtigt werde (Urteil vom 14. Februar 1996).

Mit seiner vom Senat zugelassenen Revision rügt der Kläger eine Verletzung des § 85 Abs 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und der Art 12 Abs 1 und 3 Abs 1 Grundgesetz (GG). Die Billigung der Regelung des HVM der Beklagten durch das Berufungsgericht stehe nicht im Einklang mit dem vom Bundessozialgericht (BSG) entwickelten Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit und dem damit verbundenen Differenzierungsgebot. Das BSG habe entschieden, daß mengensteuernde Regelungen berücksichtigen müßten, ob die jeweils betroffene Arztgruppe in der Lage sei, die Leistungsmenge zu bestimmen. Deshalb müsse bei allen Honorarverteilungsregelungen nach dem Krite-



rium der Angewiesenheit auf die Durchführung von Auftragsleistungen unterschieden werden, was das Berufungsgericht verkannt habe. Zu den statusprägenden Merkmalen der laborärztlichen Tätigkeit gehöre die Angewiesenheit auf Überweisungen und das Fehlen einer direkten Arzt-Patienten-Beziehung. Aus Rechtsgründen verfügten die Laborärzte nur über ganz begrenzte Möglichkeiten, den Umfang ihrer Tätigkeit selbst zu steuern. Für den Mengenanstieg insbesondere im Bereich der Leistungen des Kap O III BMÄ sei ausschließlich das Überweisungsverhalten der anderen Ärzte entscheidend, bei denen deshalb mengensteuernde Regelungen ansetzen müßten.

Dem Differenzierungsgebot nach dem Kriterium der ausschließlichen Angewiesenheit auf Überweisungsleistungen habe die Beklagte nicht dadurch hinreichend entsprochen, daß sie ein eigenes Honorarkontingent für Laborärzte geschaffen habe. Zwar habe dies im Unterschied zu der vom BSG im Urteil vom 29. September 1993 - 6 RKa 35/92 - beurteilten Regelung zur Folge, daß die behandelnden Ärzte durch die Erbringung eigener Laborleistungen den Punktwert, mit dem die Leistungen der Laborärzte zu honorieren sind, nicht beeinflussen könnten, doch führe das nicht zur Rechtmäßigkeit der angefochtenen Regelung. Die Unterscheidung zwischen dynamischen und nicht-dynamischen Leistungen innerhalb eines festen Honorarkontingents beruhe auf der Erwägung, daß die Arztgruppe durch ihr Leistungsverhalten darauf hinwirken könne, möglichst viele Leistungen im nicht-dynamischen Bereich zu halten. Dann würden einerseits diese Leistungen zu einem festen Punktwert vergütet und andererseits werde ein Beitrag zur Begrenzung der Mengensteigerung insgesamt erbracht. Dieser Mechanismus hänge tragend von der Bewertung ab, jeder Arzt könne einzelleistungsbezogen die Mengenentwicklung selbst beeinflussen. Da das bei Laborärzten gerade nicht der Fall sei, verletze die Differenzierung nach dynamischen und nicht-dynamischen Leistungen bei dieser Arztgruppe das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit.

Schließlich sei Art 12 Abs 1 GG dadurch verletzt, daß zu Lasten der Laborärzte Mengenbegrenzungsregelungen eingriffen, ohne daß geklärt sei, ob die Mengenausweitung medizinisch indiziert oder unwirtschaftlich sei, und wer für eine - unterstellt - medizinisch nicht indizierte Mengenausweitung die Verantwortung trage. Der einzelne Arzt müsse, wenn die Mengenausweitung ein Kriterium für die Honorierung einer Leistung mit einem festen oder einem schwankenden Punktwert sei, diese feste Zuordnung beeinflussen können. Das sei dem Laborarzt gerade nicht möglich. Im übrigen zeigten die zahlreichen Hinweise der Beklagten auf die Einkommensentwicklung bei den Laborärzten und insbesondere bei ihm, daß die Beklagte in erster Linie eine Einkommensbegrenzung bei den Laborärzten angestrebt habe, was indessen im Rahmen der Honorarverteilung nicht gestattet sei.

Der Kläger beantragt,

die Urteile des Landessozialgerichts Niedersachsen vom 14. Februar 1996 und des Sozialgerichts Hannover vom 15. Juli 1993 sowie die Honorarbescheide der Be-



klagten für die Quartale I bis IV/91 im Primärkassenbereich in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 15. Mai 1992 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, ihm neue Honorarbescheide für diese Quartale im Primärkassenbereich unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu erteilen.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Sie hält die im HVM für die Zeit ab 1991 getroffene Regelung für rechtmäßig. Bei Erlaß des HVM habe ihre Vertreterversammlung davon ausgehen dürfen, daß das Absinken des Punktwertes als Folge eines Leistungsmengenanstiegs geeignet sei, insgesamt den Mengenzuwachs zu begrenzen. Ob sich hinsichtlich der Beurteilung dieses Mechanismus im Jahre 1997 im Bereich der vertragsärztlichen Selbstverwaltung eine andere Beurteilung durchgesetzt habe, sei bei Überprüfung der 1990 getroffenen Prognose unerheblich. Das Berufungsgericht habe zum Beleg für die Einflußmöglichkeiten des Laborarztes auf die Leistungsmenge zu Recht an die unterschiedliche Ausgestaltung von Überweisungen im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) angeknüpft und nicht zur Situation in der Praxis des Klägers Stellung genommen. Die generelle Verpflichtung der KÄVen, bei Leistungsausweitungen nach medizinisch rechtfertigenden Ursachen zu forschen und ggf entsprechend zu reagieren, zwingt die einzelne KÄV nicht, bei der Zuordnung einer Leistung zum dynamischen oder nicht-dynamischen Bereich stets zu prüfen, inwieweit ihre Erbringung medizinisch notwendig war oder nicht. Es könne nicht in jedem Fall danach differenziert werden, ob ein Leistungsanstieg auf eine medizinisch nicht veranlaßte Mengenausweitung oder auf epidemiologische Gründe zurückzuführen sei.

Der Beigeladene zu 2) beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Die Beigeladene zu 1) stellt keinen Antrag. Die übrigen Beigeladenen beteiligen sich nicht am Revisionsverfahren.

II

Die Revision des Klägers hat keinen Erfolg. Das LSG hat zutreffend entschieden, daß die beklagte KÄV sein Honorar für die vier Quartale des Jahres 1991 im Primärkassenbereich korrekt festgesetzt hat. Die den angefochtenen Honorarbescheiden zugrundeliegenden Vorschriften des HVM der Beklagten stehen - was im Revisionsrechtszug allein noch streitig ist - mit höherrangigem Recht in Einklang.

Honorarverteilungsregelungen einer KÄV sind in erster Linie an den gesetzlichen Vorgaben des § 85 Abs 4 SGB V zu messen. Zentrale Bedeutung kommt dabei der Bestim-



mung 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. Dieser Vorschrift kann, wie der Senat zu der gleichlautenden früheren Regelung des § 368 f Abs 1 Satz 4 Reichsversicherungsordnung (RVO) entschieden hat, 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 danach eine Aufteilung der Gesamtvergütung in Teilbudgets mit der Folge, daß die vertragsärztlichen Leistungen nicht mehr entsprechend dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) im selben Verhältnis, sondern, abhängig von der Mengenentwicklung im jeweiligen Leistungsbereich, unterschiedlich hoch vergütet werden, nicht grundsätzlich aus (Urteil vom 29. September 1993 - BSGE 73, 131, 134 = SozR 3-2500 § 85 Nr 4 S 22). Im Hinblick auf die berufsregelnde Tendenz von Honorarverteilungsvorschriften darf die KÄV die Verteilung allerdings nicht frei nach ihrem Ermessen gestalten; sie ist vielmehr an den Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung gebunden. Dieser besagt, daß die ärztlichen Leistungen prinzipiell gleichmäßig zu vergüten sind (BSGE 73, 131, 136 = SozR 3-2500 § 85 Nr 4 S 24; BSGE 77, 279, 283 = SozR 3-2500 § 85 Nr 10 S 57; BSGE 77, 288, 291 = SozR 3-2500 § 85 Nr 11 S 66; BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 16 S 100). Der normsetzenden Körperschaft bleibt 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. In Anwendung dieser Rechtsgrundsätze hat der Senat bereits mehrfach Honorarverteilungsregelungen gebilligt, mit denen die KÄVen auf die durch § 85 Abs 3 a bis c SGB V idF des Art 1 Nr 43 f Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 (BGBl I 2266) für die Jahre 1993 bis 1995 vorgenommene Begrenzung des Anstiegs der Gesamtvergütung reagiert haben. Insbesondere ist es zulässig, im Honorarverteilungsmaßstab feste fachgruppenbezogene Honorarkontingente zu bilden, auch wenn das zur Folge haben kann, daß bei unterschiedlicher Mengenentwicklung in einzelnen ärztlichen Fachgebieten die gleichen Leistungen für Vertragsärzte aus unterschiedlichen Fachgebieten unterschiedlich hoch vergütet werden (BSGE 77, 288, 294 = SozR 3-2500 § 85 Nr 11 S 67). § 85 Abs 4 Satz 6 SGB V idF des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) <heute § 85 Abs 4 Satz 5> gestattet ausdrücklich eine "nach Arztgruppen unterschiedliche" Honorarverteilung.

Die KÄVen waren auf der Grundlage des § 85 Abs 4 Satz 3 SGB V idF des GRG bereits vor Einführung der strikten Budgetierung der Gesamtvergütungen durch das GSG zur Bildung arztgruppenbezogener Honorarkontingente berechtigt; denn auch im Jahre 1991 waren die Partner der Gesamtverträge hinsichtlich der Höhe der gemäß § 85 Abs 2 SGB V im Gesamtvertrag zu vereinbarenden Gesamtvergütung nicht völlig frei. Sie mußten vielmehr die Empfehlung der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen gemäß § 141 Abs 2 SGB V im Zusammenhang mit der Höhe der Steigerungsbeträge (auch) der kassenärztlichen Gesamtvergütungen sowie ggf die Empfehlung der Spitzenverbände der



Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 86 Abs 1 SGB V über die angemessene Veränderung der Gesamtvergütungen beachten. Abweichungen von den dort empfohlenen Veränderungsraten waren nach § 86 Abs 2 SGB V nur unter Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität (§ 141 Abs 2 SGB V) sowie aus besonderen Gründen der regionalen Versorgungssituation statthaft. Die Einführung des § 85 Abs 3 a bis c SGB V durch das GSG hat die Situation lediglich insoweit geändert, als unmittelbar per Gesetz eine Obergrenze für die zulässige Erhöhung der Gesamtvergütungen festgelegt worden ist. Das typische Problem des Gesamtvergütungssystems, daß nämlich aus einer nur geringfügig steigenden Gesamtvergütung immer mehr Leistungen von immer mehr zugelassenen Leistungserbringern honoriert werden müssen, bestand hingegen bereits vor der Phase der strikten Budgetierung der Gesamtvergütungen zwischen 1993 und 1995 und besteht auch nach deren Auslaufen fort. Es liegt in der Logik eines Systems der Vergütung nach erbrachten Einzelleistungen, daß durch eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Fachgruppen das bisherige Honorargefüge ungerechtfertigt zugunsten einzelner und zum Nachteil anderer Arztgruppen verändert wird. Deshalb ist es auch außerhalb der Zeiträume eines unmittelbar durch das Gesetz begrenzten Anstiegs der Gesamtvergütungen sachgerecht und vom Gestaltungsspielraum der KÄV bei der Honorarverteilung gedeckt, die auf die einzelnen Fachgruppen entfallenden Honorarkontingente auf der Grundlage eines bestimmten Basisjahres festzuschreiben und damit prinzipiell zu verhindern, daß Leistungsausweitungen einer Fachgruppe Einfluß auf die Honorierung ärztlicher Leistungen in anderen Fachgruppen haben. Von dieser Gestaltungsmöglichkeit hat die Beklagte Gebrauch gemacht, indem sie ab dem 1. Januar 1991 jeder der 18 Fachgruppen denjenigen Anteil an der Gesamtvergütung zugebilligt hat, den diese Arztgruppe jeweils im gleichen Quartal des vorangegangenen Jahres beansprucht hatte.

Die im Rahmen des § 85 Abs 4 Satz 3 SGB V idF des GRG zulässige Honorarverteilung auf der Grundlage fester arztgruppenbezogener Kontingente hat nach allem zum Ziel, das Risiko der Leistungsmengenausweitung bei den Ärzten der jeweiligen Fachgruppe zu belassen. Dieser Gesichtspunkt rechtfertigt es, auch Arztgruppen in das System der Honorarverteilung nach festen Kontingenten für die einzelnen Fachgruppen einzubeziehen, die ihre Leistungen nur auf Überweisung von anderen Vertragsärzten erbringen können (vgl § 12 Abs 4 BMV-Ä idF vom 1. Oktober 1990, <heute § 13 Abs 4> sowie - zum Überweisungsvorbehalt für Ärzte für Laboratoriumsmedizin - Senatsurteil vom 29. Januar 1997 - 6 RKa 81/95 - = SozR 3-2500 § 72 Nr 7). Die unter dem Gesichtspunkt der Honorarverteilung relevanten Unterschiede zwischen der Tätigkeit der Laborärzte und derjenigen anderer Vertragsärzte sind nicht von solchem Gewicht, daß sie eine völlige Freistellung der Ärzte für Laboratoriumsmedizin von mengensteuernden Regelungen im Honorarverteilungsmaßstab gebieten.



Zunächst unterscheidet sich die Tätigkeit des Laborarztes von derjenigen anderer Vertragsärzte nur dadurch, daß der Laborarzt ausschließlich auf Überweisung von Vertragsärzten tätig werden kann, was auch für Nuklearmediziner, Pathologen und Radiologen gilt (§ 12 Abs 4 BMV-Ä idF vom 1. Oktober 1990). Demgegenüber behandeln die anderen Vertragsärzte - im Regelfall abgesehen von den Ärzten für Allgemeinmedizin und den ausschließlich hausärztlich tätigen Internisten - Patienten sowohl unmittelbar auf Vorlage des Behandlungsausweises bzw der Krankenversicherungskarte ("Originalfall") oder im Wege der Überweisung von anderen Ärzten ("Überweisungsfall"). Differenzierungskriterium hinsichtlich der Anwendung von mengenbegrenzenden Regelungen im Honorarverteilungsmaßstab könnte danach konsequenterweise nicht die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Arztgruppe, sondern nur die Tatsache sein, daß bestimmte Leistungen auf Überweisung eines anderen Vertragsarztes erbracht worden sind. Der von dem Kläger hervorgehobene Gesichtspunkt der Bindung des Laborarztes an den ihm erteilten Auftrag (§ 21 Abs 7 BMV-Ä in der ab 1. Oktober 1990 geltenden Fassung) gilt für alle auf Überweisung erbrachten kassen- bzw vertragsärztlichen Leistungen und nicht nur für die Arztgruppen, die ausschließlich auf Überweisung tätig werden können. Die dem Revisionsvorbringen zugrundeliegende Forderung nach einem festem Punktwert für alle Leistungen, die ein Vertragsarzt auf Überweisung von anderen Ärzten erbringt, ist jedoch weder rechtlich geboten noch praktisch umsetzbar. Von einer soweit gehenden Privilegierung aller im Überweisungswege erbrachten Leistungen würden zusätzliche Anreize zu Mißbräuchen in der Weise ausgehen, daß einzelne Ärzte versuchen könnten, in Absprache mit anderen Ärzten bestimmte kostenintensive Leistungen möglichst nur auf Überweisung zu erbringen, indem sie Patienten, die sie auch auf Originalbehandlungsschein behandeln könnten, veranlassen, sich für die Durchführung einer bestimmten Untersuchung eine Überweisung des Hausarztes oder eines Arztes einer anderen Gebietsgruppe ausstellen zu lassen. Gerade im Zusammenhang der Erbringung von Laborleistungen sind in der Vergangenheit Mißstände ("Überweisungszirkel") und rechtlich unzulässige Absprachen unter Ärzten beobachtet worden (vgl etwa BGH MedR 1990, 77 zur Unzulässigkeit der Vorteilsgewährung für den Fall der Einholung von Analysen im Speziallabor; dazu näher Dahm, MedR 1994, 13, 16; ders, MedR 1998, 70, 73; Ratzel/Lippert, Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte, 1995, § 22 RdNr 3). Bei einer vom Mengenwachstum unabhängigen Garantie eines festen Punktwertes für Auftragsleistungen bzw zumindest für die in § 21 Abs 7 Nr 1 BMV-Ä beschriebenen Zielaufträge besteht wegen der davon ausgehenden Anreizwirkung unter Geltung einer begrenzten Gesamtvergütung deshalb 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.

Darüber hinaus trifft die Auffassung des Klägers nicht zu, wonach der auf Überweisung tätig werdende Arzt generell keinen Einfluß auf die Menge der von ihm im einzelnen Behandlungsfall erbrachten Leistungen habe. Nach § 21 Abs 7 BMV-Ä hat der überweisende



Kassenarzt auf dem Überweisungsschein zu kennzeichnen, welche Art der Überweisung vorliegt. Dabei ist insbesondere zwischen den Zielaufträgen nach Nr 1 und den Rahmenaufträgen nach Nr 2 zu unterscheiden. Bei Rahmenaufträgen nach § 21 Abs 7 Nr 2 BMV-Ä hat der überweisende Arzt lediglich eine Verdachtsdiagnose anzugeben, während Art und Umfang der zur Klärung dieser Verdachtsdiagnosen notwendigen Leistungen vom ausführenden Kassenarzt nach medizinischen Erfordernissen und den Regeln der Stufendiagnostik unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zu bestimmen sind. Dies gilt auch für den Arzt für Laboratoriumsmedizin, der auf Überweisung eines Kassenarztes Laboruntersuchungen durchführt und entsprechend Einfluß auf die Menge der von ihm zu erbringenden Leistungen hat. Dieser Einfluß ist auch bei Zielaufträgen iS des § 21 Abs 7 Nr 1 BMV-Ä nicht völlig aufgehoben, obwohl bei dieser Form der Leistungserbringung der ausführende Kassenarzt an den ihm erteilten Auftrag gebunden ist. Auch dann, wenn der überweisende Arzt auf dem Überweisungsschein angegeben hat, welche Laborparameter er zur Abklärung welcher Gesundheitsstörungen benötigt, ist er schon mangels spezialisierter Kenntnisse vielfach nicht in der Lage, alle Einzelheiten der durchzuführenden laboratoriumsmäßigen Untersuchungen des eingeschickten Präparates vorzugeben. Insoweit bleibt dem Laborarzt in vielen Fällen ein erheblicher Spielraum zur Bestimmung von Art und Umfang der zu erbringenden Leistungen. Dem entspricht, daß im wissenschaftlichen Schrifttum als Ursache der seit Jahrzehnten kaum gebremsten Mengenausweitung insbesondere im Bereich der Laborleistungen nach Abschnitt O III EBM auch die Ausweitung der Auftragsleistung durch den Laborarzt gerechnet wird (vgl Rodt, Labor- und Vertragsarzt: Alternative Konzepte?, in: Labormedizin am Scheideweg, Diskussionsforum des Bundesverbandes Deutscher Laborärzte am 11. Februar 1995 in Frankfurt, S 24, 31, 33). Selbst in den Fällen, in denen der auftraggebende Arzt die einzelnen von ihm benötigten Laboruntersuchungen präzise und nicht interpretationsbedürftig auf dem Überweisungsschein benannt hat, ist der Laborarzt nicht gehindert, durch Gespräche mit dem Einsender den Umfang des ihm erteilten Auftrags zu erörtern, wenn er aufgrund seiner fachlichen Beurteilung den Eindruck hat, der Umfang der erbetenen Labordiagnostik stehe mit dem Gebot der Stufendiagnostik und der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Behandlung möglicherweise im Widerspruch. Wenn unter Berücksichtigung dieser rechtlichen und tatsächlichen Umstände auch laborärztliche Behandlungsfälle verbleiben, in denen der Laborarzt den Umfang der von ihm zu erbringenden Leistung nicht steuern kann, ist zu berücksichtigen, daß dies - in Abhängigkeit vom jeweiligen Befund - auch für andere auf Überweisung tätig werdende Arztgruppen zutrifft und gleichfalls bei ärztlicher Behandlung auf Originalbehandlungsschein vorkommt.

Der Einbeziehung der Laborärzte in das System der Honorarverteilung nach festen arztgruppenbezogenen Kontingenten stehen die Grundsätze des Senatsurteils vom 29. September 1993 (BSGE 73, 131 ff = SozR 3-2500 § 85 Nr 4 S 27) nicht entgegen. In dieser Entscheidung hat der Senat - wie auch in dem zwischen den Beteiligten dieses Rechtsstreits ergangenen Urteil vom gleichen Tage im Verfahren 6 RKa 35/92 - Honorar-



verteilungsmaßstäbe im Hinblick auf die nach dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit gebotenen Differenzierung für rechtswidrig gehalten, in denen für alle Laborleistungen ein einheitlicher Vergütungstopf gebildet worden war, aus dem sowohl die von den Laborärzten auf Überweisung erbrachten Leistungen wie auch alle übrigen Laborleistungen aller Arztgruppen - insbesondere nach den Abschnitten O I und O II EBM - mit einem einheitlichen Punktwert vergütet wurden. Dem trägt der hier zu beurteilenden HVM der Beklagten dadurch Rechnung, daß für die Leistungen der Laborärzte ein fester Vergütungstopf gebildet worden ist, aus dem allein Leistungen von Ärzten dieser Arztgruppe honoriert werden. Die anderen Ärzte können durch ihr Behandlungsverhalten und insbesondere durch die Erbringung von Laborleistungen keinen Einfluß auf die Höhe der Vergütung der Ärzte für Laboratoriumsmedizin nehmen.

Soweit der HVM der Beklagten vorsieht, innerhalb des festen Honorarkontingents einer Arztgruppe zwischen dynamischen und nicht-dynamischen Leistungen in der Weise zu differenzieren, daß für letztere ein fester Punktwert von 9,8 Pf garantiert wird, während der Punktwert für erstere je nach Mengenentwicklung schwankt, liegt auch darin keine gleichheitswidrige Benachteiligung der Laborärzte. Diese Regelung im HVM verfolgt das Ziel, auf das Leistungsverhalten der einzelnen Arztgruppe dadurch einzuwirken, daß ein erheblicher Anreiz gesetzt wird, die auf jede einzelne Ziffer des BMÄ entfallende Punktzahlanforderung von Quartal zu Quartal allenfalls geringfügig zu steigern, um so einen möglichst großen Teil von Leistungen mit einem festen Punktwert honoriert zu erhalten. Diesen Lenkungs Zweck darf die Beklagte auch gegenüber den Laborärzten verfolgen. Es ist oben dargelegt worden, daß die Laborärzte trotz ihrer Angewiesenheit auf Überweisungen von anderen Vertragsärzten zumindest auch für den Umfang der von ihnen zu erbringenden Leistungen mitverantwortlich sind. Insoweit entspricht der HVM der Beklagten der im Senatsurteil vom 29. September 1993 erhobenen Forderung, die Ursachen für den seit Jahren überproportionalen Leistungsanstieg im Laborsektor zu bekämpfen und die Vergütung bei denjenigen Leistungen und Leistungserbringern zu begrenzen, die für die Mengenentwicklung kausal sind (BSGE 73, 131, 139 = SozR 3-2500 § 85 Nr 4 S 27).

Der HVM der Beklagten verstößt nicht deshalb gegen das dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit im Hinblick auf Art 12 Abs 1 GG iVm Art 3 Abs 1 GG immanente Differenzierungsgebot (vgl erneut BSGE 73, 131, 139, 140 = SozR 3 2500 § 85 Nr 4 S 29), weil er keine Regelungen enthält, mit denen im Rahmen der Honorarverteilung auf das Überweisungsverhalten der anderen Arztgruppen im Zusammenhang mit Laborleistungen reagiert wird, obwohl auch Ärzte dieser Arztgruppen durch die von ihnen in Auftrag gegebenen Leistungen Einfluß auf den starken Anstieg insbesondere im Bereich der O III-Leistungen nehmen können. Vom System der Honorarverteilung nach festen arztgruppenbezogenen Kontingenten gehen zumindest keine Anreize für die behandelnden Ärzte aus, vermehrt Leistungen nach Abschnitt O III EBM in Auftrag zu geben. Die dort aufgeführten speziellen Laboruntersuchungen können die meisten Vertragsärzte nicht



selbst erbringen und abrechnen. Sie sind deshalb - abgesehen von Ausnahmen bei bestimmten O III-Leistungen von Internisten, Gynäkologen und Urologen - nicht Bestandteil der Ermittlung des Honorarkontingents der einzelnen Arztgruppe gewesen, so daß von vermehrten Überweisungen in diesem Bereich keine Entlastungswirkung für den eigenen Gesamtvergütungsanteil ausgeht. Die Rechtswidrigkeit der hier zu beurteilenden HVM-Regelung kann daher nicht darauf gestützt werden, daß die KÄV im Jahre 1991 für das technisch schwierige Problem der Erfassung von Überweisungen für Laboratoriumsleistungen im Rahmen der Honorarverteilung noch keine angemessene Lösung gefunden hat. Im übrigen hat der Senat bereits entschieden, daß die KÄV gehalten sein kann, das den einzelnen Arztgruppen zustehende Kontingent an der Gesamtvergütung zu überprüfen, wenn andere Umstände als von den Vertragsärzten selbst verursachte Leistungsausweitungen, zB gesetzliche Leistungsausweitungen, vorliegen, die sich nur bei einzelnen Arztgruppen auswirken (BSGE 77, 288, 293 = SozR 3-2500 § 85 Nr 11 S 69). Zu einer solchen Prüfung kann Anlaß bestehen, wenn sich ergeben sollte, daß einzelne Arztgruppen wie zB die Frauenärzte dazu übergehen, die bisher selbst erbrachten Leistungen nach Abschnitt O III EBM in großem Umfang an Laborärzte zu überweisen. Der Anteil von O III-Leistungen, der in die Berechnung des Anteils dieser Arztgruppe an der Gesamtvergütung im Basisquartal eingeflossen ist, wäre dann in Zukunft gegebenenfalls den Laborärzten zuzurechnen. Für das Vorliegen solcher Umstände im hier zu beurteilenden Zeitraum, in dem die Beklagte erstmals die Honorarverteilung nach festen arztgruppenbezogenen Kontingenten vorgenommen hat, ist nichts vorgetragen oder ersichtlich.

Die Differenzierung zwischen dynamischen und nicht-dynamischen Leistungen im HVM der Beklagten verletzt Rechte des Klägers schließlich selbst dann nicht, wenn seinem Vorbringen gefolgt wird, wonach als Folge des Überweisungsverhaltens der auftraggebenden Ärzte über 90 % der von ihm erbrachten Leistungen zu den dynamischen Leistungen rechnen, die "nur" mit einem schwankenden Punktwert honoriert werden. Die Höhe des Punktwertes für die dynamischen Leistungen ist - ua - davon abhängig, wieviele Leistungen einer Arztgruppe mit einem festen Punktwert zu honorieren sind. Je größer der Anteil dieser Leistungen ist, desto geringer ist das für die Honorierung der dynamischen Leistung zur Verfügung stehende Kontingent. Ein hoher Anteil nicht-dynamischer Leistungen an den insgesamt von einer Arztgruppe abgerechneten Leistungen kann deshalb zu einem relativ niedrigen Punktwert für die dynamischen Leistungen führen. Umgekehrt wird aber der Punktwert für die dynamischen Leistungen vergleichsweise hoch sein, wenn nur wenige Leistungen mit dem festen Punktwert von 9,8 Pf zu honorieren sind. Wenn - aus welchen Gründen auch immer - alle Leistungen der Laborärzte aufgrund eines erheblichen Punktzahlenanstiegs gegenüber dem entsprechenden Vorjahresquartal zu den dynamischen rechnen, wirkt sich die Differenzierung zwischen den dynamischen und nicht-dynamischen Leistungen überhaupt nicht mehr aus. Alle Leistungen der Laborärzte sind dann mit dem einheitlichen Punktwert zu vergüten, der sich ergibt, wenn der zur Verfügung stehende Honoraranteil durch die angeforderten und sachlich-rechnerisch



geprüften Punktzahlen geteilt wird. Der einzelne Arzt hat allerdings nur begrenzten Einfluß darauf, ob eine bestimmte Leistung mit dem dynamischen oder nicht-dynamischen Punktwert honoriert wird, weil dies von dem Leistungsverhalten der Arztgruppe insgesamt abhängt. Das ist jedoch eine zwangsläufige Folge des dem HVM zugrundeliegenden Konzepts der Honorarverteilung im Rahmen fester arztgruppenbezogener Kontingente. Dieses ist sachgerecht, weil eine HVM-Regelung, die auf das Leistungsverhalten jedes einzelnen Arztes abstellt, zur notwendigen Folge hätte, daß für jeden einzelnen Arzt und jede einzelne Leistungsposition des BMÄ unterschiedlich hohe Punktwerte zur Anwendung kommen müßten, was schlechterdings nicht durchführbar ist.

Soweit der Kläger gegen die von ihm angegriffene HVM-Regelung einwendet, sie beabsichtige nur scheinbar eine Mengensteuerung hinsichtlich der Laborleistungen und ziele in erster Linie auf eine Einkommenssteuerung zu Lasten der - als Vielverdiener apostrophierten - Laborärzte, trifft dies nicht zu. Das Honorarkontingent, das zur ausschließlichen Verteilung an die Laborärzte zur Verfügung steht, ist gegenüber dem als Basisquartal dienenden Vorjahreszeitraum nicht verändert worden. Es hat sich an dem Anteil orientiert, der den Laborärzten in den einzelnen Quartalen des Jahres 1990 an der insgesamt zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung tatsächlich zugeflossen ist. Der Kläger hat im übrigen nach den Feststellungen des Berufungsgerichts die Höhe seines Honorars trotz der von ihm beanstandeten Regelung von 1990 auf 1991 noch einmal um 37,2 % steigern können. Das verdeutlicht, daß seine Vermutung einer gezielten Benachteiligung der Laborärzte durch die Beklagte abwegig ist.

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



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)