

L 7 Ka 963/96

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
7

1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 28 Ka 269/94

Datum
10.04.1996

2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 7 Ka 963/96

Datum
10.12.1997

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie
Urteil

I. Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 10. April 1996 wird zurückgewiesen.

II. Die Kläger haben die außergerichtlichen Kosten der Beklagten zu erstatten.

III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Es geht in dem Rechtsstreit um Maßnahmen der Honorarverteilung im Wege der Teilquotierung die Quartale IV/92 und I/93 den Primärkassenbereich betreffend.

Durch das Gesundheitsstrukturgesetz wurde eine Obergrenze der Vergütungssumme eingeführt (Gesamtbudget). Die Beklagte reagierte darauf mit Beschluss der außerordentlichen Abgeordnetenversammlung vom 20. März 1993 hinsichtlich der Primärkassen (rückwirkend zum 1. Januar 1993 - Hessisches Ärzteblatt 1993, S. 201) und änderte den Honorarverteilungsmaßstab (HVM) vom 20. Juni 1992 (Hessisches Ärzteblatt 1992, S. 373). Seinerzeit war in Anlage zu Leitzahl (LZ) 707 eine arztbezogene Honorarbegrenzung dergestalt geregelt worden, daß der vertraglich vereinbarte Punktwert von 10 Pfennigen dem Vertragsarzt bis zu einem zu errechnenden Teilfallwert der Fachgruppe zuzüglich halber mittlerer Abweichung unter Berücksichtigung seiner Fallzahl bezahlt wurde, bis zum Teilfallwert der Fachgruppe zuzüglich der mittleren Abweichung betrug der Punktwert 90 %, bei einem darüber hinausgehenden Fallwert des Vertragsarztes betrug der Punktwert 80 %. Die zu 90 % bzw. 80 % zu berücksichtigenden Honoraranteile unterfielen anschließend einer Quotierung unter Berücksichtigung der Höhe der Honorarzahlen der Krankenkassen nach Abzug der nicht den Mengenbegrenzungen unterliegenden Leistungen, der Anteile für die Vergütung der Laborleistungen sowie der zu 100 % zu berücksichtigenden Honoraranteile. Der Vorstand der Beklagten wurde u.a. ermächtigt bei Unterschreiten des (quotierten) Punktwertes von 5 Pfennigen die Grenzwerte für die Neubewertung der Leistungen neu festzusetzen.

Mit Beschluss vom 20. März 1993 wurden in Anlage zu LZ 702 (unter Wegfall der Anlage zu LZ 707) sieben Honorargruppen (1 = Prävention, 2 = ambulantes Operieren, 3 = CT- und MRT-Leistungen, 4 = Linksherzkatheter, 5 = Labor mit bestimmten Ausnahmen, 6 = alle übrigen Leistungen, 7 = Wegepauschalen und Kosten) eingeführt, wobei die Leistungen der Honorargruppe 6 einer arztbezogenen Begrenzung unterworfen wurden, die ähnlich der vorhergehenden war.

Die Kläger sind als Vertragsärzte zugelassen und führen eine Gemeinschaftspraxis, wobei der Kläger zu 1) als Internist und die Klägerin zu 2) als Ärztin zugelassen ist.

Im Quartal IV/92 behandelten die Kläger 368 Patienten (437 in I/93) gegenüber 568 in der Fachgruppe der Internisten (443 in I/93). Die von den Klägern angeforderten Honorare lagen im Primärkassenbereich mit durchschnittlich DM 156,97 (kurativ-ambulant) je Patient um DM 46,36 bzw. um 74 % der mittleren Abweichung über der Vergleichsgruppe der Internisten (in I/93 DM 31,72 bzw. 57 %).

Mit am 24.6.1993 zur Post gegebener Honorarzusammenstellung für IV/92 (Nettohonorar alle Kassen DM 100.384,55) übersandte die Beklagte einen Bescheid (ohne Datum) über die Durchführung der Honorarbegrenzung gemäß LZ 707 der Grundsätze der Honorarverteilung - Primärkassen. Im Ergebnis wurde die Honorarforderung um DM 4.108,08 verringert. Im einzelnen führte der Bescheid aus, der Quotierung sei ein Teilfallwert von DM 115,65 (gebildet aus den Leistungsgruppen 1, 3, 4, 7, 8, 9, und 12) zu unterziehen, dem entsprechenden Teilfallwert der Fachgruppe von DM 80,49 gegenüberzustellen bei 25 % der mittleren Abweichung entsprechend DM 7,29. Von der gesamten

Honorarforderung Primärkassen (DM 60.599,40) sei damit ein Teilbetrag von DM 42.575 – der Quotierung zu unterziehen, hiervon sei ein Betrag von DM 32.303,04 mit 100 % zu bewerten, ein Teilbetrag von DM 2.682,72 mit 90 % = DM 2.414,45 und ein Betrag von DM 7.589,24 mit 80 % = DM 6.071,39. Zusätzlich sei der mit 90 % bewertete Honorarteil mit 85,55 % und der mit 80 % bewertete Honorarteil mit 67,50 % bewertet worden. Die ursprüngliche Honorarforderung von DM 42.575,- betrage nach Durchführung der Quotierung DM 38.466,92.

Hiergegen haben die Kläger am 12. Juli 1993 Widerspruch erhoben und u.a. auf einen hohen Überweisungsanteil und ein großes Leistungsspektrum hingewiesen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 11. Januar 1994 hat die Beklagte den Widerspruch der Kläger zurückgewiesen und zur Begründung im wesentlichen ausgeführt, die Notwendigkeit honorarbegrenzender Maßnahmen ergebe sich aus dem für 1992 gültigen Gesamtvertrag mit den Landesverbänden mit den Primärkassen. Durch diesen Vertrag sei es gelungen zur Einzelleistungsvergütung zurückzukehren mit der Folge, daß für Prävention und ambulant Operieren ein Punktwert von 11 Pfennigen habe vergütet werden können. Für alle übrigen Leistungen (mit Ausnahme der Laborleistungen) sei eine Vergütung von 10 Pfennigen pro Punkt vereinbart worden, allerdings unter der Voraussetzung, daß die Honoraranforderungen um nicht mehr als 28 Punkte je Mitglied und Krankenkasse anwachsen. Die in den ersten 3 Quartalen 1992 festgestellten Überschreitungen seien durch zurückgestellte Mittel aufgefangen worden. Im 4. Quartal 1992 habe nicht mehr genügend Honorar zur Verfügung gestanden, so daß das mit Wirkung ab 2. Quartal 1992 beschlossene Begrenzungsmodell nach LZ 707 habe angewendet werden müssen, damit nicht durch eine Gesamtquotierung der Punktwert für alle Vertragsärzte gesunken wäre. Der weit überwiegende Teil der Honorarforderung, der dem Teilfallwert der Fachgruppe zuzüglich 25 % der mittleren Abweichung entspreche, sei zu 100 % vergütet worden. Der Teil der Anforderung, der darüber hinaus den Teilfallwert der Fachgruppe bis zu 50 % des Betrages der mittleren Abweichung übersteige sei mit 90 % bewertet worden. Oberhalb dieser Grenze sei die Anforderung mit 80 % bewertet worden. Da auch nach Durchführung dieser Maßnahme das zur Verfügung stehende Honorar nicht ausgereicht habe, den Punktwert von 10 Pfennigen zu gewährleisten, sei der mit 90 % neu bewertete Honoraranteil zusätzlich mit 85,55 %, der mit 80 % neu bewertete Honoraranteil mit 67,5 % quotiert worden. Dabei handele es sich nicht um eine Maßnahme zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Kassenpraxis. Da es sich auch nicht um eine Wirtschaftlichkeitsprüfung handele, könnten Praxisbesonderheiten oder Einsparungen nicht berücksichtigt werden. Besonderheiten unter Sicherstellungsaspekten oder sonstigen zwingenden Gründen lägen nicht vor.

Hiergegen haben die Kläger am 26. Januar 1994 Klage erhoben (S-28/Ka-269/94).

Mit der am 15. September 1993 zur Post gegebenen Honorarzusammenstellung, das Quartal I/93 betreffend, übersandte die Beklagte den Klägern einen weiteren Bescheid gemäß LZ 702. Im Ergebnis wurde die Honorarforderung um DM 701,69 verringert. Im einzelnen führte der Bescheid aus, der Quotierung sei ein Teilfallwert von DM 140,56 (gebildet aus den Leistungsgruppen 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10 und 12) zu unterziehen, dem entsprechenden Teilfallwert der Fachgruppe von DM 103,64 gegenüberzustellen bei 25 % der mittleren Abweichung entsprechend DM 21,16. Von der Honorarforderung Primärkassen sei ein Teilbetrag von DM 62.552,90 der Quotierung zu unterziehen, hiervon sei ein Betrag von DM 55.536,- mit 100 % zu bewerten und ein Teilbetrag von DM 7.016,90 mit 90 % = DM 6.315,21. Die Kürzung nach LZ 702 betrage danach DM 701,69. Die ursprüngliche Honorarforderung von DM 62.552,90 betrage nach Durchführung der Neubewertung DM 61.851,21. Da die Gesamtvergütung trotz der Neubewertung nicht ausreiche, um die Honoraranforderung unter Punkt 1 mit einem Punktwert von 10 Pfennig zu vergüten, hätten die gesamten Honoraranforderungen der Honorargruppe 6 zusätzlich quotiert werden müssen. Die Quote könne der Arztrechnung entnommen werden.

Hiergegen haben die Kläger am 1. Oktober 1993 Widerspruch erhoben mit vergleichbarer Begründung aus dem Vorquartal.

Mit Widerspruchsbescheid vom 24. März 1994 wies die Beklagte den Widerspruch zurück unter Hinweis auf die Modifizierung des Begrenzungsmodells der zwischenzeitlich aufgehobenen LZ 707 entsprechend der ab I/93 gültigen LZ 702. Besonderheiten, die eine Aussetzung der Begrenzungsmaßnahmen unter Sicherstellungsaspekten oder aus sonstigen zwingenden Gründen rechtfertigten lägen nicht vor, da das Leistungsspektrum nicht in erheblichem Maße von der Fachgruppe abweiche.

Hiergegen haben die Kläger am 12. April 1994 Klage erhoben (S-28/Ka-1208/94).

In den verbundenen Klagen haben die Kläger im wesentlichen vorgetragen, die Grenzwerte der zulässigen Überschreitung des Teilfallwertes seien nachträglich herabgesetzt worden, die Berechnungsgrundlagen (Teilfallwert der Fachgruppe) seien erst nachträglich bekannt geworden, die Besonderheiten der Praxis hätten berücksichtigt werden müssen, die möglichen Ausnahmen seien nicht definiert.

Mit Urteil vom 10. April hat das Sozialgericht Frankfurt am Main die verbundenen Klagen abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, der HVM der Beklagten (in beiden hier streitbefangenen Fassungen) sei rechtmäßig. Er finde seine Rechtsgrundlage in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#). Der HVM sei jeweils im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen ordnungsgemäß zustande gekommen. Die Verteilung berücksichtige Art und Umfang der Leistungen. Zwar sinke der Punktwert bei steigender Leistungsmenge, dies sei nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts jedoch zulässig, sofern sie aus anderen Gründen als einer Bewertungskorrektur erfolge, was vorliegend der Fall sei. Die für eine Vergütung zum vollen Punktwert nicht ausreichende Gesamtvergütung werde so verteilt, daß der Punktwert in gewissen Grenzen stabilisiert werde und der einzelne Arzt von der darüber hinaus erforderlich werdenden Punktwertabsenkung in dem Maße betroffen werde, wie er zur Steigerung der Leistungsmenge beitrage. Die Beklagte habe die in den Gesamtverträgen getroffenen Vorgaben an die Ärzte weitergeben dürfen. Die vom Bundessozialgericht verlangte vorherige Bestimmtheit des Grenzwertes für die Honorarbegrenzung zur Verhütung einer übermäßigen Ausdehnung sei bei der hier streitigen Honorarverteilungsregelung nicht erforderlich, da sie sich rechtlich grundlegend unterschieden. Im ersteren Fall erfolge ein Abzug bei einem bereits feststehenden Punktwert, im vorliegenden Fall werde der zu beanspruchende Punktwert erst ermittelt. Bei gedeckelter Gesamtvergütung könne die Höhe des Punktwertes erst im Nachhinein feststehen. Diese Art der Honorarverteilung diene auch nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung, sondern trete neben diese. Der hier streitige Verteilungsmodus werde auch den verfassungsrechtlichen Anforderungen des Art. 12 i.V. [Art. 3 GG](#) gerecht. Die Unterschiede der Fachgruppen würden berücksichtigt. Unter Berücksichtigung der Erprobungsphase halte sich die Regelung im Rahmen der zulässigen Typisierung. Soweit die Kläger mit dem Teilfallwert der Internisten verglichen worden seien, seien sie nicht beschwert, da dieser Teilfallwert sowohl über dem der Allgemeinärzte als auch über dem der für fachübergreifende Gemeinschaftspraxen zu bildenden Teilfallwert liege. Auch aufgrund des geltend gemachten besonderen Leistungsspektrums sei eine Ausnahme von der Teilquotierung nicht gegeben. Aufgrund des geltend gemachten besonderen Leistungsspektrums sei eine Ausnahme von der Teilquotierung nicht geboten. Die

kardiologischen und gastroenterologischen Leistungen hätten für IV/92 knapp 28 % und für I/93 knapp 29 % des Gesamtfallwertes ergeben. Die Vergleichbarkeit des Teilfallwertes der Kläger mit derjenigen der Fachgruppe entfalle damit nicht.

Gegen das am 8. Juli 1996 zugestellte Urteil haben die Kläger am 25. Juli 1996 Berufung eingelegt. Sie tragen vor, ein wirksames Benehmen mit den Krankenkassenverbänden sei durch das Schreiben der Beklagten vom 5.6.1992 nicht hergestellt, da es zu kurzfristig vor der Vertreterversammlung am 20. Juni 1996 versandt worden sei. Der Grundsatz der Verteilungsgerechtigkeit sei dadurch verletzt, daß eine Absenkung des Punktwertes eintrete unabhängig davon, warum ein Arzt mehr Punkte abrechne als die Fachgruppe. Im Hinblick auf die Höhe der Punktwertabsenkung sei eine Existenzgefährdung möglich. Die Beklagte hätte – wie in anderen KV-Bezirken üblich – auf die Fallwertsteigerung abstellen müssen. Der HVM sei auch deshalb unwirksam, weil der Grenzwert vorher nicht bekannt sei. Trotz vorheriger Anfrage habe die Beklagte auch nicht annähernd angeben können, welcher Mittelwert (nebst zugehöriger Standardabweichung) zu erwarten sei. Es sei deshalb unmöglich gewesen, das Leistungsverhalten auf die letztendlich zum Tragen kommenden Grenzwerte einzustellen. Die Berücksichtigung außergewöhnlicher Umstände werde in das Ermessen des Vorstandes gestellt. Dies verstoße gegen das Bestimmtheitsgebot. Der Einsatz aufwendiger und hochbewerteter Diagnoseverfahren sei nicht berücksichtigt worden. Indem die Beklagte Internisten mit Teilgebietsbezeichnungen andere Grenzwerte zugestehende, müsse sie dies auch für Praxen mit entsprechendem Leistungsspektrum tun. Nach der Gesetzessystematik habe sich die Verteilung des Honorars primär an der Leistungserbringung des Arztes zu orientieren. Dies sei nicht mehr der Fall bei einer Honorarbegrenzung, die bereits bei einer Überschreitung des Fachgruppendurchschnittes um 25 % der mittleren Abweichung einsetze. Die Klägerin zu 2) sei am 1. April 1992 in die bis dahin rein internistische Praxis eingetreten, arbeite wegen der familiären Situation nicht so viel wie der Kläger zu 1) und habe sich bis zu den streitbefangenen Quartalen auch noch nicht einen sehr großen Patientenstamm aufgebaut.

Die Kläger beantragen,
das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 10. April 1996 aufzuheben, sowie die Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale IV/92 und I/93, jeweils in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 11. Januar 1994 und vom 24. März 1994 insoweit aufzuheben, als die Honoraranforderung gemäß Leitzahl 707 bzw. 702 HVG teilquotiert wurde und die Beklagte zu verpflichten, die Widersprüche unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden, hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte trägt vor, nach [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) habe der Verteilungsmaßstab eine Honorierung der ärztlichen Leistung nach Art und Umfang zu gewährleisten. Es sei dennoch statthaft, die Vergütung in bestimmten Leistungsgruppen (z.B. Laborleistungen) auf Höchstbeträge zu begrenzen oder nur im Verhältnis zu der zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung zu honorieren. Keine honorarbegrenzende Maßnahme sei die Teilquotierung nach LZ 707 bzw. 702. Vergütungsmaßstab sei das zur Verfügung stehende Honorar. Durch eine Abstufung würden die den Fachgruppendurchschnitt übersteigenden Leistungen im Verhältnis zu dem noch zur Verfügung stehenden Gesamthonorar vergütet. Diese Maßnahme richte sich an die Gemeinschaft der Ärzte. Ohne Teilquotierung wäre eine stärkere Gesamtquotierung notwendig mit der Folge der Absenkung des Punktwertes insgesamt. Die Zulässigkeit einer Maßnahme, welche bestimmte Leistungsanforderungen im Verhältnis zu den noch zur Verfügung stehenden Mitteln vergüte, habe das Bundessozialgericht schon in seinem Urteil vom 30.9.1983 (6 R Ka 29/82) anerkannt. Das Benehmen mit den Primärkassen sei hergestellt. Die Verbände selbst sähen ihre Interessen als gewahrt an und hätten dies mit Schreiben vom 21. Juli 1992 und vom 5. März 1993 ausdrücklich erklärt. Der in der Regelung enthaltene Ausnahmetatbestand stehe auch mit dem Bestimmtheitsgrundsatz im Einklang, da die äußeren Grenzen des Spielraums nachprüfbar niedergelegt seien. Die vorherige Unkenntnis der Grenzwerte sei systembedingt und bei der Teilquotierung anders als bei der Honorarbegrenzung nach LZ 503 auch unschädlich. Es handele sich um eine reine Verteilungsmaßnahme, die erfolge, bevor der Anspruch des Arztes auf sein Honorar entstehe. Es bestehe lediglich der Anspruch auf Teilnahme an der Ausschüttung der Gesamtvergütung. Der Vorwurf der Kläger, die Teilquotierung führe zu einer Benachteiligung der Spezialisten, sei nicht haltbar. Zum einen würden Leistungen herausgerechnet, deren Sicherstellung in der näheren Umgebung nicht gewährleistet seien. Zum anderen gebe es Ausnahmen, wenn der Arzt nicht mit der Fachgruppe vergleichbar sei. Letzteres sei der Fall, wenn der Vertragsarzt eine überwiegende Praxisausrichtung in Bezug auf ein bestimmtes Leistungsspektrum aufweise. Entfielen dann 50 % des Gesamthonorars auf bestimmte Leistungen einschließlich Folgeleistungen, sei eine Vergleichbarkeit mit der Fachgruppe nicht mehr gegeben. Habe sich der Arzt auf ein bestimmtes Leistungsspektrum spezialisiert, so werde auch dieses als Besonderheit erachtet, wenn diese Leistungen, einschließlich Folgeleistungen, mindestens 30 % seiner Gesamtforderung ausmachten. Diese Leistungen würden von der Teilquotierungsmaßnahme ausgenommen. Solche Ausnahmen lägen hier nicht vor. Normalerweise werde bei fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen ein Mischwert gebildet. In besonderen Fällen, wie auch dem vorliegenden, sei auch der höhere Wert genommen worden. Im vorliegenden Fall deshalb, weil vom Leistungsspektrum die Praxis überwiegend internistisch ausgerichtet gewesen sei.

Die Beklagte hat Modellberechnungen zur Teilquotierung für die Quartale III/92 bis I/93 vorgelegt, sowie ihre Vorstandsbeschlüsse vom 9.1.1993, 21.4.1993 und vom 13./14.8.1993.

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Gerichtsakten ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist form- und fristgerecht eingelegt, [§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Die Berufung ist auch zulässig.

Die Berufung ist jedoch unbegründet.

Das angefochtene Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 10. April 1996 ist nicht zu beanstanden.

Die angefochtenen Honorarbescheide der Beklagten bezüglich der Quartale IV/92 und I/93 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 11. Januar 1994 und vom 24. März 1994 sind zu Recht ergangen, soweit die Beklagte die Honorarforderungen der Kläger gemäß Leitzahlen 707 bzw. 702 (HVM) teilquotiert hat. Die Kläger haben gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Neubescheidung der Widersprüche unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts.

Auch der erkennende Senat kann nicht feststellen, daß die von den Klägern beanstandeten Regelungen der Teilquotierung (Leitzahl 707 bzw. 702) des HVM gegen die Ermächtigungsgrundlage des § 85 Abs. 4 oder sonstiges höherrangiges Recht verstoßen. Zur Vermeidung von Wiederholungen verweist der erkennende Senat insoweit auf die Gründe des angefochtenen Urteils, [§ 153 Abs. 2 SGG](#).

Ergänzend ist anzumerken, daß die Kassen bzw. Kassenverbände dem Verfahren nicht notwendig beizuladen waren, da es bei dem vorliegenden Fall letztlich um die Wirksamkeit des von der Beklagten autonom erlassenen Satzungsrechts geht (vgl. BSG 24.8.1994 – [6 RKa 21/93](#) = MedR 1995, S. 284). Der erkennende Senat geht auch davon aus, daß unter Berücksichtigung der Eilbedürftigkeit der Reaktion auf die Budgetierung eine Frist von 14 Tagen zur Herstellung des Benehmens mit den Kassenverbänden noch ausreichend ist. Im übrigen wäre unter Berücksichtigung der nachträglichen zustimmenden Reaktionen der Kassenverbände das Benehmen sogar nachträglich herstellbar gewesen (vgl. BSG vom 24.8.1994 s.o.).

Der erkennende Senat sieht den Grundsatz der Verteilungsgerechtigkeit nicht als verletzt an. Als Satzungsgeberin steht der Beklagten das Recht auf Auswahl unter mehreren möglichen Verteilungsmaßstäben zu (Entscheidungsprärogative). Der streitbefangene HVM ist deshalb nicht bereits dann rechtswidrig, wenn es andere, für die Kläger vielleicht weniger belastende, Verteilungsmöglichkeiten gegeben hätte oder diese vielleicht zu einer besseren und gerechteren Verteilung geführt hätten. Vielmehr muß der beschlossene HVM geeignet und wirksam sein, den angestrebten Zweck zu erreichen (vgl. BSG 30.9.1983 – [6 RKa 29/82](#)) und darf den Gleichheitssatz nicht dergestalt verletzen, daß eine entstehende Ungleichheit bei Beachtung einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise nicht mehr hinnehmbar ist (vgl. BSG vom 29.1.1997 – [6 RKa 18/96](#)). Daß der angegriffene HVM sich innerhalb dieser verfassungsrechtlich vorgegebenen Grenzen hält, hat das Sozialgericht im einzelnen ausgeführt, worauf verwiesen wird.

Daß den Klägern der Grenzwert vorher nicht bekannt war, hat keine Auswirkung auf die Rechtmäßigkeit des angegriffenen HVM. Anders als bei der Honorarbegrenzung nach LZ 503 ist bei der hier streitbefangenen Teilquotierung die vorherige Festlegung eines Grenzwertes nicht möglich und auch nicht erforderlich, da die Verteilung eines Gesamthonorars unter die beteiligten Ärzte erst stattfinden kann, wenn das Leistungsgeschehen beendet ist. Erst dann kann bei einem variablen Punktwert dessen Höhe und damit auch die Höhe des erarbeiteten Honorars aus der Gesamtmenge des angeforderten Honorars errechnet werden. Dabei gehört es zu dem nicht der Überprüfung durch das Gericht unterliegenden Spielraum der Beklagten, ob bei auf Leistungsgruppen beruhenden Honorartöpfen ein Teilfallwert innerhalb einer Fachgruppe gebildet wird und bis zu einer vorher festgelegten prozentualen Überschreitung ein fester Punktwert bezahlt wird, darüber hinausgehende Fallwerte abgestuft teilquotiert werden (wie in dem angegriffenen HVM), oder ob innerhalb der Fachgruppen ein einheitlicher (für alle Leistungen) niedriger Punktwert errechnet wird, oder ob – wie die Kläger offenbar wünschen – der bisherige Fallwert des Arztes zum Ausgangspunkt genommen wird und erst die individuellen Fallwertsteigerungen teilquotiert werden. Daß der Vorstand der Beklagten im Rahmen der ihm durch Anlage zu LZ 702 (III Nr. 5 und IV) bzw. 707 (Nr. 5) erteilten Ermächtigung in Ausnahmefällen von der Teilquotierung absehen kann, sowie Durchführungsbestimmungen erlassen hat, hält der erkennende Senat nicht für rechtswidrig. Es ist nicht zu beanstanden, daß im Bereich der sehr weit gefächerten Gruppe der Internisten die Teilgebietsbezeichnungen zur Bildung eigener Gruppen mit eigenen Teilfallwerten herangezogen wurden. Dies diente der Berücksichtigung von Ungleichheiten und zur Verhinderung eines Verstoßes gegen den Gleichheitssatz. Dem selben Zweck dienten auch die vollständige Herausnahme derjenigen Ärzte aus der Teilquotierung, die sich auf ein bestimmtes Leistungsspektrum spezialisiert und damit 50 % des Gesamthonorars erwirtschaftet hatten sowie die Herausnahme von speziellen Leistungen aus der Teilquotierung, wenn die Spezialitäten den Umfang von 30 % des Gesamthonorars erreichten. Daß die Kläger knapp unterhalb dieser 30 %-Grenze liegend nicht in den Genuß dieser Regelung kamen, macht die Regelung nicht rechtswidrig. Im übrigen sind die Kläger bereits dadurch begünstigt worden, daß der Teilquotierung für die Gesamtpraxis der (höhere) Teilfallwert der Internisten und nicht ein (niedrigerer) Mischwert aus Teilfallwert der Allgemeinärzte und Internisten zugrunde gelegt wurde.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Die Revision ist vom Senat wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zugelassen worden, [§ 160 Abs. 2 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2008-02-22