

L 7 KA 374/96

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

6
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 28 Ka 3125/93
Datum

29.11.1995
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 7 KA 374/96
Datum

25.03.1998
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 29. November 1995 wird zurückgewiesen.

II. Der Kläger hat der Beklagten die außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger wendet sich gegen Honorarbegrenzungsmaßnahmen in den Quartalen IV/92 bis II/93 im Primärkassenbereich.

Der Kläger ist als Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde in Kassel zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Seine Honoraranforderungen im Primärkassenbereich wurden im Quartal IV/92 nach Leitzahl (LZ) 707 der Grundsätze der Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (HVM) wie folgt begrenzt: Von den auf der Grundlage eines Punktwertes von 0,10 DM ermittelten Gesamthonoraranforderungen in Höhe von 141.193,26 DM wurde ein Betrag von 138.664,- DM der Neubewertung und Quotierung nach Leitzahl 707 unterzogen. Dieser Honoraranteil errechnete sich als Summe aller Leistungen der Leistungsgruppen (LG) 1, 3, 4, 7, 8, 9 und 12. Aus diesem Honoraranteil wurde ein Teilfallwert errechnet, der sich beim Kläger auf 190,73 DM belief. Der Teilfallwert der Fachgruppe betrug 140,80 DM. 25 % der mittleren Abweichung ergaben 6,41 DM. Von dem Betrag von 138.664,- DM wurden 107.021,67 DM mit 100 % bewertet, 4.660,07 DM mit 90 % (= 4.194,06 DM) und 26.982,26 DM mit 80 % (= 21.585,81 DM). Der mit 90 % neu bewertete Honoraranteil wurde mit 85,55 % quotiert, der mit 80 % bewertete Honoraranteil mit 67,50 %. Nach Durchführung der Neubewertung und Quotierung wurde die ursprüngliche Honorarforderung von 138.664,- DM auf nunmehr 125.180,34 DM festgesetzt.

Für das Quartal I/93 erfolgte eine Honorarbegrenzung nach LZ 702 HVM. Die Honorarforderung des Klägers wurde der Honorargruppe 6 der Anlage zu LZ 702 ("Alle übrigen Leistungen des BMÄ - ohne Abschnitt U - unter Berücksichtigung des Ergebnisses einer Neubewertung gemäß nachstehendem Abschnitt III") zugeordnet und mit 146.430,50 DM angesetzt. Auch hier errechnete sich der entsprechende Honoraranteil als Summe aller Leistungen der LG 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10 und 12. Der Teilfallwert dieses Honoraranteils betrug beim Kläger 186,29 DM, derjenige der Fachgruppe 146,12 DM. 25 % der mittleren Abweichung ergaben einen Wert von 6,46 DM. Von der Honorarforderung von 146.430,50 DM wurden 119.927,88 DM mit 100 % bewertet, 5.077,56 DM mit 90 % (= 4.569,80 DM) und 21.425,06 DM mit 80 % (= 17.140,05 DM). Die ursprüngliche Honorarforderung in der Honorargruppe 6 von 146.430,50 DM betrug damit nach Durchführung der Neubewertung 141.637,73 DM, die Kürzung gemäß LZ 702 belief sich damit auf 4.792,77 DM. Die gesamten Honoraranforderungen der Honorargruppe 6 wurde zusätzlich im Quartal I/93 quotiert, da die Gesamtvergütung trotz der Neubewertung nicht ausreichte, um diese Honoraranforderungen mit einem Punktwert von 0,10 DM zu vergüten.

Für das Quartal II/93 erfolgte eine Honorarbegrenzung auf derselben Berechnungsgrundlage wie dem Quartal I/93. Der Anteil der Honorarforderung, der nach LZ 702, Honorargruppe 6, der Neubewertung zu unterziehen war, betrug 128.759,- DM. Der Teilfallwert dieses Honoraranteils belief sich beim Kläger auf 186,33 DM, der entsprechende Teilfallwert der Fachgruppe wurde mit 144,07 DM und 25 % der mittleren Abweichung mit 8,67 DM errechnet. Dies führe dazu, daß 105.543,34 DM mit 100 % bewertet wurden, 5.990,97 DM mit 90 % (= 5.391,87 DM) und 17.224,69 DM mit 80 % (= 13.779,75 DM). Die ursprüngliche Honorarforderung in der Honorargruppe 6 von 128.759,- DM betrug damit nach Durchführung der Neubewertung 124.714,96 DM, die errechnete Kürzung also 4.044,04 DM. Auch in diesem Quartal wurden die gesamten Honoraranforderungen der Honorargruppe 6 zusätzlich quotiert.

Als Rechtsgrundlage für die Honorarbegrenzung berief sich die Beklagte auf die von der Abgeordnetenversammlung der Beklagten am 20. Juni 1992 beschlossene Änderung der Grundsätze der Honorarverteilung in Leitzahl 707 mit der entsprechenden Anlage zu LZ 707. Die Beklagte hatte zuvor zur Herstellung des Benehmens gemäß § 85 Abs. 4 Sozialgesetzbuch V (SGB V) die beabsichtigte Änderung des HMV den Landesverbänden der Primärkassen mit Schreiben vom 5. Juni 1992 mitgeteilt und mit Schreiben vom 30. Juni 1992 eine Ergänzung bezüglich der Vorstandsermächtigung dem 3. Abschnitt der Anlage zu LZ 707 übermittelt. Die Verbände der Primärkassen in Hessen ließen anlässlich der Sitzung der Technischen Kommission am 21. Juli 1992 und am 22. Juli 1992 telefonisch erklären, daß das Benehmen hergestellt sei. Es werde jedoch erwartet, daß die Beklagte noch schriftlich erkläre, daß von der Vorstandsermächtigung im 3. Abschnitt der Anlage zu LZ 707 nur mit ihrem Einverständnis Gebrauch gemacht werde. Die Neufassung des HVM wurde im Hessischen Ärzteblatt Nr. 8/1992 veröffentlicht.

Für die Quartale I/93 und II/93 berief sich die Beklagte hinsichtlich der durchgeführten Honorarbegrenzung auf die vorgenommene Neuregelung nach Maßgabe der LZ 702 HMV. Dieser Änderung vorausgegangen war das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I, S. 2266), das in § 85 Abs. 3 a SGB V für die Jahre 1993 bis 1995 eine Begrenzung des Ausgabevolumens für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen vorsah. Die im Hinblick darauf erfolgte Änderung des HVM gab die Beklagte den Landesverbänden der Primärkassen mit Schreiben vom 2. Februar 1993 zur Kenntnis. Diese gaben mit Schreiben vom 5. März 1993 ihre Zustimmung unter der Voraussetzung, daß die auf die einzelnen Honorargruppen entfallenden Honoraranteile anhand der tatsächlichen Vergütungsanteile für das Jahr 1992 bestimmt werden müßten. Mit Beschluss der Abgeordnetenversammlung der Beklagten vom 20. März 1993 wurde daraufhin der HVM mit Wirkung zum 1. Januar 1993 geändert. LZ 707 und die Anlage hierzu wurden aufgehoben. Die Anlage zu LZ 702 wurde neu gefaßt. U.a. wurde auch eine Aufteilung der Gesamthonorarforderung aller vertragsärztlichen insgesamt 7 Honorargruppen vorgesehen. Diese Fassung des HVM wurde im Hessischen Ärzteblatt Nr. 5/1993 S. 201 ff. bekanntgegeben.

Hinsichtlich beider Fassungen der LZ 707 bzw. 702 ergingen Beschlüsse des Vorstands der Beklagten, durch die eine Herabsetzung der jeweiligen Grenzwerte erfolgte, sowie eine Differenzierung innerhalb der Fachgruppe der Internisten entsprechend den jeweiligen Teilgebietsbezeichnungen.

Gegen die Honorarbegrenzungsbescheide für die Quartale IV/92, I/93 und II/93 legte der Kläger jeweils Widerspruch ein. Der Widerspruch gegen die Honorarbegrenzung hinsichtlich des Quartals IV/92 wurde durch Widerspruchsbescheid vom 8. November 1993 zurückgewiesen. Die gegen die Honorarbegrenzungsbescheide für das Quartal I/93 und II/93 eingelegten Widersprüche wurden durch Widerspruchsbescheid vom 17. März 1994 vom Beklagten ebenfalls zurückgewiesen.

Die gegen beide Widerspruchsbescheide erhobenen Klagen hat das Sozialgericht Frankfurt am Main zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden. Es hat diese Klagen durch Urteil vom 29. November 1995 abgewiesen. Das Sozialgericht hat die Auffassung vertreten, die angefochtenen Bescheide seien rechtmäßig. Die Honorarbegrenzungsmaßnahmen fänden ihre Rechtsgrundlage in § 85 Abs. 4 SGB V. Danach sei für beide geänderten Fassungen des HVG sowohl für § 85 Abs. 4 SGB V in der Fassung des Gesundheitsreformgesetzes vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), und auch für § 85 Abs. 4 SGB V i.d.F. des Gesundheitsstrukturgesetzes vorgesehen gewesen, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen die Gesamtvergütung unter die Kassen- bzw. Vertragsärzte verteilen. Dabei sei der im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzte Verteilungsmaßstab anzuwenden und bei der Verteilung Art und Umfang der Leistung zu berücksichtigen gewesen. Beide Fassungen des HVG seien ordnungsgemäß zustande gekommen. Insbesondere sei das Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen hergestellt worden. Die Verbände hätten dies für den Beschluss vom 20. Juni 1992 am 21. Juli 1992 und für den Beschluss vom 20. März 1993 mit Schreiben vom 5. März 1993 erklärt. Zwar sei dies jeweils unter einer Auflage geschehen. Dennoch sei in beiden Fällen deutlich gemacht worden, daß die Verbände ihre Interessen als ausreichend gewahrt angesehen hätten. Dies allein sei maßgeblich, da die Vorschrift dem Zweck diene, den beteiligten Krankenkassenverbänden eine sachangemessene Einflußnahme auf den Honorarverteilungsmaßstab zu ermöglichen (Hinweis auf BSG Urteil vom 24.8.1994 - 6 RKa 21/93). Insofern sei es auch unschädlich, daß die Erklärung hinsichtlich des Beschlusses der Abgeordnetenversammlung vom 20. Juni 1992 erst im Nachhinein erfolgt sei.

Beide HVG hielten sich im übrigen auch im Rahmen der Ermächtigungsgrundlage. Die einzelnen Leistungen würden mit ihrer durch den EBM vorgegebenen Punktzahl in die Abrechnung eingestellt, variiert werde erst der Punktwert. Dies ändere insbesondere nichts daran, daß jede einzelne Leistung nach dem Bewertungsmaßstab und damit unter Zugrundelegung von Art und Umfang der Leistung vergütet werde (Hinweis auf BSG Urteil vom 30.9.1983 - 6 RKa 29/82 = SozR 2200 § 368 f. RVO Nr. 9). Zwar führe die gewählte Verteilungsmethode nach beiden Fassungen dazu, daß der Punktwert bei steigender Leistungsmenge sinke. Die hieraus in Abhängigkeit von der abgerechneten Leistungsmenge resultierende unterschiedliche Vergütung der Leistungen sei jedoch grundsätzlich zulässig, soweit sie aus anderen Gründen als einer Bewertungskorrektur erfolge (Hinweis auf BSG, Urteile vom 29.9.1993 - 6 RKa 1/93 und 6 RKa 15/92). Beides sei hier der Fall. Erkennbar werde nämlich der Zweck verfolgt, eine aufgrund gesamtvertraglicher bzw. gesetzlicher Vorgaben für eine Vergütung zum vollen Punktwert nicht ausreichende Gesamtvergütung in der Weise zu verteilen, daß der Punktwert in gewissen Grenzen stabilisiert und der einzelne Arzt von der darüber hinaus erforderlich werdenden Punktwertabsenkung in dem Maße betroffen werde, wie er zur Steigerung der Leistungsmenge beitrage. Bezweckt sei damit eine verursacherbezogene Weitergabe der Punktwertminderung und mittelbar eine Begrenzung der Leistungsmenge. Diese Zielrichtung sei rechtlich nicht zu beanstanden. Soweit eine Begrenzung der Leistungsmenge bezweckt sei, beruhe dies auf den in den Gesamtverträgen getroffenen Vorgaben. Auch soweit mit dem Verteilungsmodus an das Verursacherprinzip angeknüpft werde, sei dies nicht zu beanstanden. Ob ein anderes Verteilungsprinzip gerechter gewesen wäre, sei nicht zu entscheiden gewesen. Die Beantwortung dieser Frage gehöre vielmehr zum Kernbereich der Satzungsautonomie. Die Grenzen der Satzungsautonomie aber seien gewahrt.

Es liege auch kein Rechtsverstoß darin, daß der Grenzwert, ab dem die Honoraranforderung abgestaffelt werde, nicht im Vorhinein bekannt sei. Insbesondere sei die Rechtsprechung zur vorherigen Bestimmtheit des Grenzwertes für die Honorarbegrenzung zur Verhütung einer übermäßigen Ausdehnung (Hinweis auf BSG, Urteil vom 26.1.1994 - 6 RKa 16/91) vorliegend nicht übertragbar, da sich beide Steuerungsinstrumente in rechtlicher Hinsicht grundlegend unterschieden. Während nämlich bei der Honorarverteilung der dem Arzt zustehende Punktwert überhaupt erst ermittelt werde, führe die Begrenzung zur Verhütung einer übermäßigen Ausdehnung ab einem bestimmten Leistungsumfang zu einer Minderung des bereits feststehenden Punktwertes. Im letzteren Fall solle der Arzt den Grenzwert im Vorhinein kennen, damit er seine Tätigkeit hierauf einrichten und hierüber hinausgehende Leistungen vermeiden könne. Eine solche Situation liege bei der Honorarverteilung indes nicht vor. Insbesondere stehe der Umfang der zur Sicherstellung notwendigen Leistungen nicht im Vorhinein fest. Auch dem Grenzwert, ab dem die Abstaffelung greife, komme in diesem Zusammenhang nicht die Funktion zu, den

Umfang der notwendigen Leistungen zu bestimmen. Er ergebe sich vielmehr erst im Nachhinein aus dem Abrechnungsverhalten der Ärzteschaft insgesamt. Ein Vergütungssystem, bei dem sich der konkrete Honoraranspruch erst aus der Verteilung der gedeckelten Gesamtvergütung ergebe, führe regelmäßig dazu, daß die Höhe des Punktwertes erst im Nachhinein feststehe. Dies sei von der Rechtsprechung stets gebilligt worden, da sich dem Gesetz ein Anspruch auf Vergütung der ärztlichen Leistungen in bestimmter Höhe nicht entnehmen lasse (Hinweis auf BSG, Urteil vom 12.10.1994 - 10 RKa 5/94).

Die HVG verstießen auch insoweit nicht gegen Rechtsvorschriften, als sie die durch das Gesetz ausschließlich den Prüfungsgremien zugewiesene Wirtschaftlichkeitsprüfung übernahmen. Die Honorarverteilung ersetzte die Wirtschaftlichkeitsprüfung nämlich nicht. Sie trete vielmehr neben diese. Beide Instrumente dienten unterschiedlichen Zwecken und hätten auch verschiedene Auswirkungen. Bei der Honorarverteilung, auch in der hier streitigen Form, werde jede Leistung vergütet, wenn auch mit einem unterschiedlichen Punktwert.

Bei der Honorarverteilungsregelung werde auch nicht gegen [Art. 12](#) i.V.m. [Art. 3 Grundgesetz \(GG\)](#) verstoßen. Zwar entfalteten Honorarverteilungsregelungen eine objektiv berufsregelnde Tendenz und stellten daher Berufsausübungsregelungen dar. Der Gleichheitssatz lasse dem Normgeber insoweit jedoch einen weiten Gestaltungsspielraum, der vorliegend nicht überschritten worden sei. Bei dem hier streitigen Verteilungsmodus seien insbesondere Unterschiede zwischen den einzelnen Berufsgruppen dadurch berücksichtigt worden, daß der Teilfallwert für jede Fachgruppe gesondert gebildet werde. Hinsichtlich der besonders inhomogenen Fachgruppe der Internisten werde eine weitere Differenzierung durch das Abstellen auf die Teilgebietsbezeichnungen gewährleistet. Für fachübergreifende Gemeinschaftspraxen werde ein gemischter Teilfallwert gebildet. Der so gestaltete Vergleichsmaßstab beruhe auf dem Fachgruppenvergleich und damit im Hinblick auf die Unterschiede zwischen den Berufsgruppen auf einem sachgerechten Unterscheidungskriterium. Auch unter Berücksichtigung einer einzuräumenden Erprobungsphase halte sich die Regelung im Rahmen der zulässigen Typisierung.

Die konkrete Durchführung der Quotierung sei ebenfalls rechtlich nicht zu beanstanden gewesen. Insbesondere hätten keine Bedenken gegen die Größe der Vergleichsgruppe bestanden. Eine aus 15 Ärzten bestehende Vergleichsgruppe wäre auch im Rahmen eines Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahrens als ausreichend groß anzusehen gewesen. Es sei kein Grund ersichtlich, dies hier anders zu beurteilen, zumal die damit erfolgte Verfeinerung des Vergleichsmaßstabes beim Kläger zu günstigeren Vergleichswerten geführt habe.

Die Ablehnung einer Aussetzung der Teilquotierung sei ebenfalls nicht zu beanstanden gewesen. Zwar habe sich anhand der Anzahl- und Summenstatistik bestätigen lassen, daß der Kläger mehrere Leistungen erbringe, die nur von ihm oder nur von wenigen Ärzten der Vergleichsgruppe abgerechnet würden. Doch ergäben diese Leistungen ganz überwiegend einen Einzelfallwert von weniger als 0,10 DM; ein höherer Einzelfallwert ergebe sich lediglich für die Gebührenordnungspositionen 353 und 723. Doch sei insoweit nicht erkennbar gewesen, daß diese Leistungen aufgrund einer besonderen Patientenstruktur erbracht würden, so daß die Vergleichbarkeit der Praxis hierdurch nicht in Frage gestellt werde.

Gegen das dem Kläger am 23. Februar 1996 zugestellte Urteil richtet sich die am 25. März 1996 eingegangene Berufung. Der Kläger ist der Auffassung, es müsse geprüft werden, ob hinsichtlich der Quartale I/93 und II/93 nicht eine unechte negative Rückwirkung zu seinen Lasten vorliege. Die Beklagte habe die Neufassung der Regelung für den Zeitraum ab dem 1. Quartal 1993 erst im Hessischen Ärzteblatt Heft 5/1993 bekanntgegeben. Erst durch ein Rundschreiben vom 11.6.1993 sei schließlich mitgeteilt worden, daß die Grenzwerte herabgesetzt würden. Dies sei auch für das Quartal IV/92 verspätet geschehen. Unter Berücksichtigung der neueren Rechtsprechung zur rückwirkenden Budgetierung stelle sich diese Frage in besonderem Maße.

Der von der Beklagten gewählte Weg einer Individualquotierung sei im übrigen schon deshalb nicht zulässig, weil er mit einer Wirtschaftlichkeitsprüfung bzw. einer Kürzung unter dem Gesichtspunkt der Verhütung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit vergleichbar sei. Zum Zwecke der Punktwertstabilisierung sei es jedoch unzulässig, den Arzt mit diesen Maßnahmen im gesamten Umfang durch entsprechende Kürzungen über den Fachgruppendurchschnitt hinaus zu belasten.

Überdies sei auch die gebildete Vergleichsgruppe mit 15 Ärzten als zu klein anzusehen, da es sich bei der hier vorliegenden Kürzungsmaßnahme letztlich um eine versteckte Form der Wirtschaftlichkeitsprüfung handele.

Die Beklagte könne sich auch nicht auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur "Anfängerregelung" berufen, wonach eine entsprechende Beobachtungspflicht bestehe, um ggfs. Korrekturen vornehmen zu können. Hier sei insoweit zu beachten, daß die mathematischen Gesichtspunkte der normalen Verteilungskurve hinreichend bekannte Regelungsmechanismen beinhalteten und sich Rechtsprechung und Literatur im Zusammenhang mit der Wirtschaftlichkeitsprüfung hiermit bereits ausführlich auseinandergesetzt hätten. Beanstandet werde im übrigen, daß die Beklagte den Ersatzkassenbereich bei der Gesamtbeurteilung nicht entsprechend beachtet habe, obgleich dies jedenfalls ab dem 1. Januar 1993 zwingend erforderlich gewesen wäre. Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts hätten auch die von ihm erbrachten atypischen Leistungen beachtet werden müssen. Die Tatsache, daß diese Zahlen vielleicht nicht erheblich gewesen seien, stehe dem nicht entgegen, weil auch geringere Mengen einen entsprechenden Einfluß auf die Vergütung haben könnten.

Der Kläger beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 29. November 1995 sowie die Honorarbescheide für die Quartale IV/92 bis II/93 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 8. November 1993 und vom 17. März 1994 insoweit aufzuheben, als darin eine Honorarbegrenzung vorgenommen wurde und die Beklagte zu verpflichten, hinsichtlich dieser Quartale unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neue Honorarbescheide zu erteilen.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hält die sozialgerichtliche Entscheidung für zutreffend.

Wegen der Einzelheiten des Sachverhalts und des Vertrags der Beteiligten wird im übrigen auf den gesamten weiteren Inhalt der Gerichtsakte und die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ([§ 151 Sozialgerichtsgesetz – SGG –](#)) ist zulässig. Sie ist jedoch sachlich unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die angefochtenen Honorarbescheide in der Fassung der Widerspruchsbescheide vom 8. November 1993 und vom 17. März 1994 sind rechtmäßig.

Der Senat teilt die dazu vom Sozialgericht vertretene Auffassung, soweit sich das Sozialgericht mit der Frage der Ermächtigungsgrundlage, ihren Auswirkungen und der konkreten Durchführung der Honorarquotierung auseinandergesetzt hat. Insoweit kann gem. [§ 153 SGG](#) auf die sozialgerichtliche Entscheidung Bezug genommen werden.

Auch der nunmehrige Vortrag des Klägers läßt eine andere rechtliche Bewertung nicht zu.

Zu diesem Vortrag ist ergänzend noch folgendes auszuführen:

Dem Kläger ist zuzugestehen, daß bei der Anwendung der Verteilungsregelung in LZ 707 bzw. LZ 702 HVM auch Elemente eingeflossen sind, die bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung von Bedeutung sein können. Dazu gehört insbesondere die Feststellung des Teilfallwertes des der Neubewertung/Quotierung unterliegenden Honoraranteils und die Mitberücksichtigung des Umfangs der mittleren Abweichung der Fallwerte des Klägers im Verhältnis zu der in seinem Fall herangezogenen Vergleichsgruppe. Die Auswirkungen der Berechnung des Honorarvolumens nach LZ 707 bzw. 702 unterscheiden sich jedoch grundsätzlich, sowohl in ihrer Art als auch in ihrer Zielsetzung, von Maßnahmen, wie sie der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach [§ 106 SGB V](#) innewohnen. Letztere führt dazu, daß dann, wenn eine Prüfung nach Durchschnittswerten erfolgt, bei Vorliegen eines offensichtlichen Mißverhältnisses ein Teil der erbrachten Leistungen wegen eines Verstoßes gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot gänzlich unvergütet bleibt. Ganz anders hier: Ärztliche Leistungen, bei denen der Fallwert um mehr als 25 % der mittleren Abweichung gegenüber der Vergleichsgruppe überschritten werden, werden vergütet, wenngleich auch mit einem anderen Faktor und einem sich daraus ergebenden niedrigeren Punktwert. Eine mögliche Unwirtschaftlichkeit wird dabei in diesem Zusammenhang selbst dann nicht relevant, wenn die Werte der Vergleichsgruppe in einem Maße überschritten werden, der die Annahme eines offensichtlichen Mißverhältnisses rechtfertigen würde.

Der Honorarverteilungsmaßstab regelt in LZ 707 bzw. 702 insoweit vielmehr allein die Quote, mit der die erbrachte Leistung an der zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung teilnimmt. Dies geschieht in Abhängigkeit zur Menge der erbrachten Leistungen, wie dies [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) in den hier anzuwendenden Fassungen entspricht.

Es handelt sich deshalb auch nicht um eine Maßnahme, die sich in dem Sinne steuernd auf das Leistungsverhalten auswirken könnte, als sich daraus die Frage stellen würde, ob und inwieweit eine Leistung überhaupt erbringbar und abrechenbar ist. Insoweit stellt sich auch nicht die Frage der echten oder unechten Rückwirkung (vgl. insoweit zur rückwirkenden Budgetierung von Gesprächs- und Untersuchungsleistungen im EBM 1996, BSG Ur. v. 17.9.1997 – [6 RKa 36/97](#)) der im HVM vorgegebenen Berechnungsweise für die erbrachten Leistungen, so wie dies vom Kläger vertreten wird. Es bedarf deshalb auch nicht der vorherigen Festlegung von Grenzbeträgen, wie sie etwa bei der Honorarbegrenzung zur Verhinderung der übermäßigen kassenärztlichen Tätigkeit (vgl. dazu BSG Urteil vom 26.1.1994 – [6 RKa 16/91](#)) erforderlich ist. Auch in dieser Beziehung teilt der Senat die Auffassung des Sozialgerichts.

Die in LZ 707 bzw. 702 HVM getroffenen Regelungen stellen demnach, und zwar sowohl im Quartal IV/92, als auch in den nachfolgenden Quartalen I/93 und II/93, allein Maßnahmen – der in die Zuständigkeit der Selbstverwaltungsorgane der Beklagten gehörenden – Honorarverteilung dar, die dem Ziel dienen, Begrenzungen der Gesamtvergütung im Verhältnis der Krankenkassen zur Beklagten in geeigneter Form an die einzelnen Vertragsärzte weiterzugeben. Daß dies bei unterschiedlicher Mengenentwicklung in den einzelnen ärztlichen Fachgebieten zur Folge haben kann, daß die gleichen Leistungen ggfs. unterschiedlich hoch vergütet werden, ist dabei rechtlich grundsätzlich nicht zu beanstanden (vgl. dazu BSG, Urteil vom 3.12.1997 – RKa 21/97 m.w.N.). Insbesondere bedurfte es bei der Anwendung von LZ 707 und LZ 702 auf die Praxis des Klägers keiner noch weitergehenden Verfeinerung der von der Beklagten gebildeten Vergleichsgruppe. Der Senat hält es insoweit für ausreichend, daß auf die Teilgebietsbezeichnungen abgestellt wird, was den Kläger insgesamt gegenüber der Fachgruppe der Internisten nicht benachteiligt, sondern – wegen der für die Fachgruppe insgesamt niedrigeren Fallwerte – sogar bevorzugt. Die damit einhergehende Typisierung (vgl. dazu BSG a.a.O.) ist vom Kläger hinzunehmen, nachdem sich im vorliegenden Verfahren keine Anhaltspunkte dafür ergeben haben, daß sich die Schwerpunkte des Klägers von denjenigen der Vergleichsgruppe wesentlich unterscheiden würden.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 29. November 1995 war nach alledem zurückzuweisen.

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

Die Revision hat der Senat zugelassen, da er der Rechtssache grundsätzliche Bedeutung beimißt ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2008-02-22