

L 4 KA 113/08

Land

Hessen

Sozialgericht

Hessisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

4

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 330/07

Datum

22.10.2008

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 113/08

Datum

24.06.2009

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 6 KA 25/09 R

Datum

18.08.2010

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 22. Oktober 2008 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte hat die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.

Die Revision wird zugelassen.

Der Streitwert wird auf 28.000,00 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Honorarhöhe in den Quartalen II und III/05, wobei sich die Beklagte mit der Berufung gegen die Verpflichtung wendet, bestimmte belegärztliche Leistungen sowie weitere Leistungen gemäß Abschnitt III. 4.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) (93. Sitzung am 29. Oktober 2004 mit Wirkung zum 1. Januar 2005 - DÄBl. 2004, Heft 46, S. A- 3129, kurz: BRLV) außerhalb des praxisindividuellen Regelleistungsvolumens zu vergüten.

Die Vereinbarung zwischen der Beklagten und den Verbänden der Krankenkassen zur Honorarverteilung (HVV) in der ab 1. April 2005 geltenden Fassung (Landesrundschriften/Bekanntmachung vom 10. November 2005) enthält unter Ziffer 6.3 (Bildung des praxisindividuellen Regelleistungsvolumens) folgende Regelungen:

"Die Bewertung der Honorarforderungen einer Praxis, die der Honorargruppen A2/B2 bzw. einer entsprechenden Honorar(unter)gruppe zugeordnet sind, erfolgt auf Basis eines Regelleistungsvolumens, soweit für die in der Praxis vertretenen Arztgruppen gemäß Anlage zu Ziffer 6.3 arztgruppenspezifische Fallpunktzahlen benannt sind. Die im Abrechnungsquartal für eine Praxis zutreffende Fallpunktzahl bestimmt sich aus der Zugehörigkeit der Ärzte einer Praxis zu einer in der Anlage 1 angeführten Arzt-/Fachgruppe unter Beachtung der angeführten Altersklassen. Bei Gemeinschaftspraxen bestimmt sich die Höhe der in der einzelnen Altersklasse zutreffenden Fallpunktzahl als arithmetischer Mittelwert aus der Fallpunktzahl der in der Gemeinschaftspraxis vertretenen Ärzte (gemäß Zuordnung entsprechend Anlage zu Ziffer 6.3) verbunden mit folgender Zuschlagsregelung: - 130 Punkte bei arztgruppen- und schwerpunktgleichen Gemeinschaftspraxen sowie bei Praxen mit angestellten Ärzten, die nicht einer Leistungsbeschränkung gemäß Angestellten-Ärzte-Richtlinien unterliegen, alternativ - 30 Punkte je in einer arztgruppen- oder schwerpunktübergreifenden Gemeinschaftspraxis repräsentiertem Fachgebiet oder Schwerpunkt, mindestens jedoch 130 Punkte und höchstens 220 Punkte. Bei der Ermittlung der Zuschlagsregelung bleiben Ärzte aus Arztgruppen, für die gemäß Anlage zu Ziffer 6.3 keine arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen definiert sind, unberücksichtigt. Die Zuschlagsregelung findet keine Anwendung bei Praxen mit angestellten Ärzten bzw. zugelassenen Ärzten, die einer Leistungsbeschränkung gemäß Bedarfsplanungsrichtlinien bzw. Angestellten-Ärzte-Richtlinien unterliegen. Für Ärzte bzw. Psychotherapeuten, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausüben, richtet sich die Höhe der Fallpunktzahl in den einzelnen Altersklassen nach dem Schwerpunkt der Praxistätigkeit bzw. dem Versorgungsauftrag mit dem der Arzt bzw. Psychotherapeut zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist. Das im aktuellen Abrechnungsquartal gültige praxisindividuelle (fallzahlabhängige) Regelleistungsvolumen einer Praxis bestimmt sich dann aus der Multiplikation der im aktuellen Quartal nach vorstehender Vorgabe ermittelten arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen und der Fallzahl der Praxis unter Beachtung der Aufteilung der relevanten Fallzahlen in die verschiedenen Altersklassen. Bei der Ermittlung der für die einzelnen Altersklassen gültigen relevanten Fallzahlen einer Praxis sind alle kurativ ambulanten Behandlungsfälle (gemäß § 21 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2 BMVÄ beziehungsweise § 25 Abs. 1 S. 1 GKV) zu Grunde zu legen, ausgenommen Behandlungsfälle, die gemäß Anlage 1 und 2 zu Ziffer 7.1 zur Honorierung kommen, Notfälle

im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst bzw. Notdienst (Muster 19A der Vordruckvereinbarung), Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen sowie Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Kostenerstattungen des Kapitels V.40 abgerechnet werden. Die so festgestellten Fallzahlen reduzieren sich dabei (vorab der Berechnung des praxisindividuellen (fallzahlabhängigen) Regelleistungsvolumens) aufgrund einer zuvor durchgeführten fallzahlabhängigen Bewertung (Fallzahlbegrenzungsregelung) gemäß Ziffer 5.2, wobei die aus dieser Maßnahme resultierende Reduzierung anteilig auf die Altersklassen zu verteilen ist. Das nach dieser Vorschrift festgestellte Regelleistungsvolumen einer Praxis im aktuellen Quartal ist dann nachfolgend für jeden über 150% der durchschnittlichen Fallzahl der Honorar(unter)gruppe im vergleichbaren Vorjahresquartal hinausgehenden Fall um 25% zu mindern. Die Feststellung der relevanten durchschnittlichen Fallzahl erfolgt bei Gemeinschaftspraxen und Praxen mit angestellten Ärzten, die nicht einer Leistungsbeschränkung unterliegen, je in der Gemeinschaftspraxis tätigen Arzt bzw. Psychotherapeuten. Für die Bildung des Regelleistungsvolumens einer Praxis im Abrechnungsquartal gilt im Übrigen eine Fallzahlobergrenze in Höhe von 200% der durchschnittlichen Fallzahl der Honorar(unter)gruppe im vergleichbaren Vorjahresquartal. Überschreitet eine Praxis im aktuellen Abrechnungsquartal diese Fallzahlobergrenze, tritt diese anstelle der praxisindividuellen Fallzahl bei der Ermittlung des praxispezifischen Regelleistungsvolumens. Dabei bestimmt sich im Falle von Gemeinschaftspraxen und Praxen mit angestellten Ärzten, die keiner Leistungsbeschränkung unterliegen, die Fallzahlobergrenze aus den arztgruppenbezogenen durchschnittlichen Fallzahlen im entsprechenden Vorjahresquartal je in der Gemeinschaftspraxis tätigen Arzt bzw. Psychotherapeuten. Für Ärzte bzw. Psychotherapeuten, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausüben, bestimmt sich die durchschnittliche Fallzahl im entsprechenden Vorjahresquartal für vorstehende Bewertungsvorgaben bzw. Fallzahlobergrenze aus der Honorar(unter)gruppe, zu der sie nach dem Versorgungsauftrag zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind. Soweit in der Anlage zu Ziffer 6.3 Arztgruppen nicht aufgeführt sind, gehen deren Fälle und Honorarforderungen nicht in die Berechnung des praxispezifischen Regelleistungsvolumens ein. Der Vorstand der KV Hessen ist ermächtigt, aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung praxisbezogene Änderungen an den arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen gemäß Anlage zu Ziffer 6.3 vorzunehmen".

Ziffer 6.4 HVV enthält folgende Regelung: "Die gemäß Ziffer 6.1 zu der Honorargruppe A 2 beziehungsweise B 2 zugeordneten Honorarforderungen einer Praxis werden (nachfolgend) dem gemäß Ziffer 6.3 gebildeten und für das aktuelle Abrechnungsquartal berechneten (fallzahlabhängigen) praxispezifischen Regelleistungsvolumen einer Praxis gegenübergestellt und bewertet. Dabei bleiben Honorarforderungen aus folgenden Leistungen bzw. Leistungsbereichen unberücksichtigt und werden (in diesem Sinne) vorab wie folgt bewertet: - Hausärztliche Strukturleistungen nach Nr. 03005 EBM 2000 plus zu einem Punktwert von 4,0 Ct. - Strukturleistungen der Kinder- und Jugendmedizin nach Nr. 04005 EBM 2000 plus zu einem Punktwert von 4,0 Ct. - Histologische und zytologische Leistungen nach Nummern 19310 bis 19332 zu einem Punktwert von 4,0 Ct. - Zeitbezogene genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen nach Nrn. 35200 bzw. 35225 zu einem Punktwert von 4,67 Ct. bei Primärkassen bzw. 4,70 Ct. bei Ersatzkassen, sofern die Vorgaben des Bewertungsausschusses vom 29. 10. 2004 zur Zuerkennung des Mindestpunktwertes erfüllt sind, sonst 4,0 Ct. - Auftragsleistungen zur Befundung von Langzeit-EKG-Aufzeichnungen nach Nrn. 03323, 04323, 13253, 27232 EBM 2000 plus zu einem Punktwert von 4,0 Ct. - Stationäre (belegärztliche) Leistungen (einschließlich belegärztliche Operationen) zu einem Punktwert von 4,0 Ct. - Leistungen der kurativen Koloskopie nach Nr. 13421 EBM 2000 plus zu einem Punktwert von 4,0 Ct. (vorbehaltlich einer gegebenenfalls erforderlichen Quotierung).

Die dann noch verbleibenden Honorarforderungen der Praxis unterliegen der Bewertung mit einem Punktwert von 4,0 Ct. bis zu dem nach Ziffer 6.3 für das aktuelle Quartal festgestellten praxisindividuellen Regelleistungsvolumen. Darüber hinausgehende Honorarforderungen sind mit einem Punktwert von mindestens 0,51 Ct. zu bewerten.

Die Bewertung der Honorarforderungen über ein Regelleistungsvolumen findet nur Anwendung für Praxen, für die gemäß Ziffer 6.3 ein praxisindividuelles Regelleistungsvolumen im aktuellen Quartal bestimmt wird, nicht jedoch für ermächtigte Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen, es sei denn, dass der mit der Ermächtigung begründete Versorgungsauftrag dem eines vergleichbaren voll zugelassenen Arztes entspricht. Soweit weitere Honorarforderungen der Honorargruppe A 2 bzw. B 2 bzw. einer entsprechenden Honorar(unter)gruppe zugeordnet sind, werden diese mit einem Punktwert von 4,0 Ct. bewertet".

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis, der drei als Fachärzte für Anästhesiologie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte angehören, die zugleich aufgrund eines "Belegarztvertrages" an einem Belegkrankenhaus (L.-Hospital, A-Stadt) stationäre Leistungen erbringen. Bei nur geringfügig schwankender Fallzahl (1.268 bis 1.349) betrug das Bruttohonorar in der Praxis (PKH/EK) im Quartal I/04 202.524,23 EUR, II/04 186.050,61 EUR, III/04 180.457,53 EUR, IV/04 173.070,10 EUR und I/05 179.167,03 EUR. Mit Honorarbescheid vom 22. Januar 2006, den die Klägerin mit Widerspruch angegriffen hatte, in Gestalt des ersetzenden Honorarbescheids vom 29. Juni 2006 setzte die Beklagte für das Quartal II/05 das Bruttohonorar der Klägerin (PK/EK) auf 180.976,89 EUR bei 1.279 Fällen fest. Das praxisbezogene Regelleistungsvolumen betrug 2.160.041,1 Punkte. Dem stand ein abgerechnetes Honorarvolumen von 5.479.834,0 Punkten gegenüber, woraus sich eine Überschreitung von 3.319.792,9 Punkten ergab. Mit weiterem Honorarbescheid vom 12. August 2006, gegen den die Klägerin ebenfalls Widerspruch einlegte, setzte die Beklagte für das Quartal III/05 das Bruttohonorar der Klägerin (PK/EK) auf 141.171,08 EUR bei 1.185 Fällen fest. Wegen weiterer Einzelheiten wird insoweit auf die in der Verwaltungsakte befindlichen Honorarbescheide ergänzend Bezug genommen.

Aufgrund der Sitzung ihres Widerspruchsausschusses vom 20. Juni 2007 wies die Beklagte die Widersprüche mit (offensichtlich fälschlicherweise) auf "2. Juli 2006" datiertem Widerspruchsbescheid zurück, der der Klägerin am 3. Juli 2007 zugestellt wurde.

Hiergegen hat die Klägerin am 24. Juli 2007 mit dem Ziel der Neubeschreibung ihrer Honoraransprüche beim Sozialgericht Marburg Klage erhoben, weil aufgrund des Verfalls ihres Honorars für die belegärztliche Tätigkeit eine sachgerechte Leistungserbringung nicht mehr möglich sei.

Mit Urteil vom 22. Oktober 2008 hat das Sozialgericht die Beklagte unter Abänderung der Honorarbescheide für die Quartale II/05 und III/05, beide in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. Juli 2007, verurteilt, die Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, die angefochtenen Honorarbescheide seien rechtswidrig, weil die Beklagte Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet habe, die nach Abschnitt III.4.1 BRLV außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten gewesen seien. Hierbei handle es sich um verbindliche Vorgaben, die von der Beklagten zu beachten seien. Der BRLV sei gemäß [§ 85 Abs. 4 S. 10 SGB V](#) Bestandteil des HVV und gehe als bundeseinheitliche Regelung einer eventuell

abweichenden vertraglichen Regelung im HVV vor (unter Hinweis auf SG Marburg, Urteil vom 26. September 2007, [S 12 KA 822/06](#) und Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 23. April 2008, [L 4 KA 69/07](#), Juris, Revision beim BSG anhängig, [B 6 KA 31/08 R](#)). Auf die Ausnahmeregelung unter Ziffer III 2.2 BRLV könne sich die Beklagte insoweit nicht berufen, denn danach hätten nur bereits vor dem 1. April 2005 bestehende Steuerungsinstrumente noch bis zum 31. Dezember 2005 fortgeführt werden können. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG) zur Verbindlichkeit der Bestimmungen des EBM für die Kassenärztlichen Vereinigungen (KÄV) bei der Aufstellung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM), wonach ein HVM, der sich in Widerspruch zu verbindlichen Vergütungsvorgaben des EBM setzt, rechtswidrig und nichtig ist (BSG, Urteil vom 8. März 2000, [B 6 KA 7/99 R](#), Juris Rdnr. 34-36), sei entsprechend auf die Beachtung des BRLV durch die KÄV zu übertragen. Damit gehe auch das BSG davon aus, dass der Bewertungsausschuss verbindliche Vorgaben für die Honorarverteilung zu erlassen habe. Dass es sich hierbei um bloße "Empfehlungen" handle, lasse sich weder aus dem Gesetz noch aus der Rechtsprechung herleiten. Auf eine von Anfang an rechtswidrige Regelung seien aber auch die Grundsätze einer sogenannten Anfangs- und Erprobungsregelung nicht anzuwenden. Demnach habe die Beklagte Leistungen, die nach Ziffer III.4.1 BRLV außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten seien, nicht innerhalb desselben vergütet dürfen. Die nach Ziffer 6.4 HVV nicht innerhalb des Regelleistungsvolumens sondern zu festen Punktwerten zu vergütenden Leistungen umfassten nur zum Teil die in Ziffer III. 4.1 BRLV aufgeführten Leistungen. Hierdurch sei auch die Berechnung des Regelleistungsvolumens fehlerhaft. Außerdem habe die Beklagte nicht nur Leistungen in stationären Fällen der Belegärzte sondern generell alle stationären (belegärztlichen) Leistungen der Klägerin gemäß Abschnitt III.4.1 BRLV außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten. Der Definition des Behandlungsfalles in § 21 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) könne insoweit für die Auslegung des Abschnitts III.4.1 BRLV nichts Wesentliches entnommen werden. Ebenso seien auch Anästhesieleistungen auf belegärztliche Überweisung hin außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten, wie eine sinngemäße Auslegung von Abschnitt III.4.1 BRLV ergebe. Die Beklagte sei insoweit zur Neubeschreibung der Honoraransprüche der Klägerin für die Quartale II und III/05 verpflichtet.

Gegen das ihr am 10. November 2008 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 5. Dezember 2008 Berufung zum Hessischen Landessozialgericht in Darmstadt eingelegt. Sie hält die Auffassung des Sozialgerichts und auch des erkennenden Senats zur Bindungswirkung des BRLV für unzutreffend. Der Beklagten habe außerdem im Rahmen einer Anfangs- und Erprobungsregelung ein erweiterter Gestaltungsspielraum zugestanden, der ihr Abweichungen von den Vorgaben des BRLV im geschehenen Umfang erlaubt habe. Außerdem sei ihr durch den BRLV an verschiedenen Stellen ein weiter Ermessensspielraum eingeräumt. Im Übrigen stehe der Katalog unter III. 4.1 BRLV selbst im Widerspruch zu den gesetzlichen Vorgaben und sei daher rechtswidrig. Der Handlungsspielraum des Bewertungsausschusses ergebe sich aus [§ 85 Abs. 4a SGB V](#). Danach habe dieser Kriterien für die Verteilung der Gesamtvergütung nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) festzulegen, " ... diese aber insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung bzw. den Inhalt der nach [§ 85 Abs. 4 S. 4](#), 6, 7, und [8 SGB V](#) zu treffenden Regelungen zu bestimmen". [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) stelle bereits eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage für die Einführung der Regelleistungsvolumina durch die Vertragspartner dar, die nicht hinsichtlich einzelner Leistungen beschränkt sei. Eine Ermächtigung des Bewertungsausschusses, bestimmte Leistungen von der Systematik des Regelleistungsvolumens auszunehmen, enthalte das Gesetz nicht. Der Verteilungsmaßstab habe Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes vorzusehen. Nach dem Wortlaut des Gesetzes seien insbesondere arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztgruppe erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten seien (Regelleistungsvolumina). Soweit der erkennende Senat in seiner Entscheidung vom 23. April 2008 ([L 4 KA 69/07](#)) davon ausgehe, Regelleistungsvolumina seien nicht die einzige Gestaltungsmöglichkeit für mengenbegrenzende Regelungen, wie sich aus der einleitenden Formulierung "insbesondere" ergebe, möge dies auf den ersten Blick einleuchten. Hiergegen spreche jedoch bereits der vom Senat gleichfalls angenommene und seiner Entscheidung zu Grunde gelegte gesetzgeberische Wille, Regelleistungsvolumen verbindlich vorzuschreiben. Aber selbst wenn Regelleistungsvolumina nicht die einzigen zulässigen Gestaltungsmöglichkeiten in diesem Zusammenhang seien, sei der Bewertungsausschuss nicht ermächtigt, einzelne Leistungen vom Regelleistungsvolumen auszunehmen. Der Bewertungsausschuss sei lediglich befugt, Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes vorzusehen, nicht jedoch festzulegen, welche Leistungen einer übermäßigen Ausdehnung nicht zugänglich seien. Bundeseinheitlich vorgegeben werden dürften lediglich solche Vergütungsstrukturen, die einer bundeseinheitlichen Regelung bedürften. Der KÄV stehe zusammen mit den Verbänden der Krankenkassen insoweit eine eigene Gestaltungsfreiheit zu. Außerdem habe der Bewertungsausschuss auch Leistungen vom Regelleistungsvolumen ausgenommen, die durchaus einer Mengenausweitung zugänglich seien. Es liege nahe, dass hier bestimmte Leistungen gefördert werden sollten. Hierbei handle es sich jedoch um sachfremde Erwägungen, mit denen der Bewertungsausschuss die eigene Gestaltungsbefugnis überschreite. Die Vertragspartner des HVV seien bereits unmittelbar durch [§§ 85 Abs. 4 S. 6 bis 8, 85 Abs. 4a SGB V](#) ermächtigt, verschiedene Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten. Der Beschluss des Bewertungsausschusses sei insoweit rechtswidrig. Es sei unzutreffend, dass auch solche Leistungen dem Leistungsbereich III.4.1 BRLV zuzurechnen seien, die die Klägerin im Rahmen der Behandlung von stationären Belegarztfällen auf Anforderung von Belegärzten hin erbracht habe. Dem stehe die Definition des Behandlungsfalles im Sinne des § 21 BMV-Ä entgegen, wonach es sich um zwei unterschiedliche Behandlungsfälle handle, wenn derselbe Versicherte zum einen vom Belegarzt und zum anderen von der für Leistungen der Anästhesie hinzugezogenen Klägerin behandelt worden sei. Leistungen der Anästhesie seien daher auch dann nicht Abschnitt III. 4.1 BRLV zuzuordnen, wenn sie auf belegärztliche Anforderung hin erbracht würden. Außerdem sei das Sozialgericht nicht berechtigt gewesen, durch Bescheidungsurteil zu entscheiden sondern habe vielmehr den Sachverhalt unter Zugrundelegung seiner Rechtsauffassung durch Neuberechnung des praxisindividuellen Regelleistungsvolumens der Klägerin weiter aufklären und hierdurch Spruchreife herstellen müssen.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 22. Oktober 2008 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist ebenfalls der Auffassung, dass der BRLV gegenüber der Beklagten bindende Wirkung habe. Die Klägerin habe auch nicht zu einer Mengenausweitung beigetragen. Sie habe vorwiegend stationäre Leistungen erbracht, die nach der Systematik des HVV eigentlich extrabudgetär hätten vergütet werden müssen, so wie dies vor dem 1. April 2005 auch praktiziert worden sei. Im Kern gehe es bei den Änderungen im HVV auch nicht darum, Mengenausweitung zu verhindern oder den Punktwert zu stabilisieren, sondern auf Kosten der Belegärzte den ambulanten Bereich zu stützen. Hierfür gebe es aber keine Rechtsgrundlage. Bei allen Operationen seien Narkosen unabdingbar und deshalb in gleicher Weise extrabudgetär zu vergüten. Eine stationäre Narkose mit festgelegtem Fallwert von 1.765 Punkten und einem Punktwert von 0,4 Ct. ergebe 8,00 EUR pro Narkose. Dieser Betrag decke noch nicht einmal die Unkosten. Ab dem

Quartal II/07 würden stationäre Leistungen erneut extrabudgetär vergütet. Es sei nicht zu rechtfertigen, die stationären Leistungen für den davor liegenden Zeitraum ab Quartal II/05 in das ambulante Regelleistungsvolumen zu verlegen und damit einen Honorarverfall zu verursachen. Dass es sich um stationäre Leistungen gehandelt habe, sei eindeutig und ergebe sich aus der von der Klägerin angewandten Pseudoziffer 98997, die in der Abrechnung von der Beklagten auch anerkannt worden sei.

Wegen weiterer Einzelheiten und des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakten, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist sachlich unbegründet. Das Sozialgericht hat die Beklagte zu Recht und mit zutreffender Begründung unter Abänderung der angefochtenen Bescheide zur Neubeschreibung der Honoraransprüche der Klägerin für die Quartale II und III/05 verurteilt. Insoweit nimmt der Senat auf die zutreffenden Entscheidungsgründe des angegriffenen Urteils, denen er sich in vollem Umfang anschließt, Bezug und sieht von einer erneuten Darstellung derselben ab ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Soweit die Beklagte meint, das Sozialgericht habe nicht durch Bescheidungsurteil entscheiden sondern zunächst Spruchreife herstellen müssen, steht dem die ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) entgegen, das zuletzt mit Urteil vom 10. Dezember 2008 ([B 6 KA 45/07 R](#), Juris Rdnr. 29 ff.) insbesondere auch im Hinblick auf Honorarstreitigkeiten erneut bestätigt hat, dass unter bestimmten Voraussetzungen bei der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage auch im Bereich der gebundenen Verwaltung ein Bescheidungsurteil statthaft sein kann. Die Entscheidungsformen eines Grundurteils oder eines Bescheidungsurteils eröffnet das Prozessrecht auch für kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklagen im Sinne von [§ 54 Abs. 4 SGG](#). Für Grundurteile folgt dies bei fehlender Spruchreife hinsichtlich der genauen Leistungshöhe unmittelbar aus [§ 130 SGG](#). Darüber hinaus sind nach ständiger Rechtsprechung des BSG auch Bescheidungsurteile in entsprechender Anwendung von [§ 131 Abs. 3 SGG](#) für zulässig erachtet worden. Dass eine analoge Anwendung des [§ 131 Abs. 3 SGG](#) auf kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklagen ohne ausdrückliche Ermächtigung im Gesetz unzulässig gewesen sein sollte (so offensichtlich die Bundesregierung in ihrem Gesetzentwurf zum SGGArbGGÄndG, [BT-Drucks. 16/7716, S. 21](#) - zu Nr. 22, zu Buchst. a), kann angesichts der jedenfalls außerhalb des Strafrechts ([Artikel 103 Abs. 2 Grundgesetz - GG](#)) unbestrittenen Befugnis der Gerichte zur Schließung von Lücken durch Analogie (siehe hierzu [BVerfGE 25, 167](#), 183 f.; [82, 6](#), 11 f.; [116, 69](#), 83 f.) nicht angenommen werden. Entgegen einer im Schrifttum vertretenen Ansicht (so etwa Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Auflage 2008, § 131 Rdnr. 12c) kommt der Erlass eines Bescheidungsurteils weiterhin auch im Falle von kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklagen im Bereich der gebundenen Verwaltung in Frage. Dies betrifft die Entscheidungen über Ansprüche, bei denen der Verwaltung weder ein Ermessen noch die Ausübung eines Beurteilungsspielraums eröffnet ist, wie etwa bei der Geldendmachung von Ansprüchen auf höheres vertragsärztliches Honorar. Die Neuregelung in [§ 131 Abs. 5 SGG](#), die durch das SGGArbGGÄndG mit Wirkung ab 1. April 2008 auf Anfechtungs- und Leistungsklagen ausgedehnt worden ist, führt nicht dazu, dass bei solchen Klagen von den nach anderen Bestimmungen des SGG ausnahmsweise bestehenden Möglichkeiten einer "Zurückverweisung an die Verwaltung" kein Gebrauch gemacht werden dürfte. Eine derartige Regelungsabsicht lässt sich in den Materialien zum Gesetzgebungsverfahren nicht entnehmen (so zutreffend: BSG, a.a.O., Rdnr. 31 m.w.N.).

Auch in der Sache kann das Berufungsvorbringen der Beklagten nicht überzeugen.

Die Annahme der Beklagten, der Bewertungsausschuss sei nur zu mengenbegrenzenden Regelungen befugt, ist rechtsirrig, denn nach [§ 85 Abs. 4a S. 1 SGB V](#) bestimmt er "Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütung nach Abs. 4", ohne hierbei auf bestimmte Maßnahmen beschränkt zu sein. So hat er mit der Ausnahme bestimmter Leistungen vom Regelleistungsvolumen gemäß Abschnitt III.4.1 BRLV seine Befugnisse nicht überschritten, auch wenn einzelne dort aufgeführte Leistungen einer Mengenausweitung zugänglich sein mögen und somit andere sachliche Gesichtspunkte für den Bewertungsausschuss maßgeblich waren. Soweit aber der Bewertungsausschuss im Rahmen seiner Befugnisse Regelungen getroffen hat, sind die Vertragspartner des HVV nicht befugt, hiervon eigenmächtig abzuweichen. Ein übergeordnetes eigenes "Gestaltungsrecht" steht insoweit weder den KÄVen noch den am HVV beteiligten Krankenkassenverbänden zu. Insbesondere kann sich die Beklagte hierzu nicht auf Abschnitt III.2.2 BRLV stützen, schon weil die Einbeziehung von Leistungen nach Abschnitt III.4.1 BRLV in das Regelleistungsvolumen keine Fortsetzung zuvor bestehender Steuerungsinstrumente darstellt. Insoweit können auch die Grundsätze zu Anfangs- und Erprobungsregelungen das gegen geltendes Recht verstoßende Vorgehen der Beklagten nicht rechtfertigen, weil ihr insoweit keine eigene Gestaltungsbefugnis zusteht. Der Senat nimmt insoweit ergänzend auf seine bereits vom Sozialgericht zitierte und der Beklagten bekannte Rechtsprechung Bezug. Die Argumente der Beklagten für die Einbeziehung der Behandlung von stationären Belegarztfällen auf Anforderung von Belegärzten in das Regelleistungsvolumen hat das Sozialgericht bereits in den Entscheidungsgründen des angegriffenen Urteils entkräftet. Nach dem Wortlaut von Abschnitt III.4.1 BRLV (Satz 1 nach der Aufzählung einzelner Abrechnungsziffern) "unterliegen Leistungen, die in stationären (belegärztlichen) Behandlungsfällen erbracht werden, nicht dem Regelleistungsvolumen". Danach spricht nichts dafür, dass der Bewertungsausschuss die hier umstrittenen Fälle der stationären Behandlung auf Anforderung von Belegärzten von der Befreiung vom Regelleistungsvolumen ausnehmen wollte. Auch die Zielsetzung der Regelung würde eine unterschiedliche Behandlung hinsichtlich des Regelleistungsvolumens nicht rechtfertigen. Der Definition des Begriffs des Behandlungsfalles in § 21 Abs. 1 S. 1, 5 BMV-Ä (und ebenso § 25 Abs. 1 S. 5 EKV-Ä) lässt sich jedenfalls im Sinne der Auffassung der Beklagten, welche Leistungen nach Abschnitt III. 4.1 BRLV außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten sind, kein inhaltliches Argument abgewinnen. Das Sozialgericht hat in den Entscheidungsgründen des angegriffenen Urteils bereits zutreffend ausgeführt, dass aus den zuvor genannten Gründen stationäre Leistungen der Anästhesie außerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten sind, auch wenn sie auf belegärztliche Anforderung hin erbracht wurden.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 S. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Der Senat hat die Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache gemäß [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) zugelassen.

Die endgültige Festsetzung des Streitwertes auf 28.000,00 EUR beruht auf [§ 197a Abs. 1 S. 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 63 Abs. 2 S. 1, 47, 52 Abs. 1 Gerichtskostengesetz \(GKG\)](#), wobei der Senat im Hinblick auf den Bescheidungsstenor von der Hälfte des von der Klägerin erwarteten Honorarzuwachses ausgegangen ist.
Rechtskraft

Aus
Login
HES
Saved
2011-02-17