# L 12 KA 116/00

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 38 KA 732/00
Datum
23.08.2000
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 12 KA 116/00
Datum
26.09.2001
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts München vom 23. August 2000 aufgehoben und die Klage gegen den Bescheid der Beklagten vom 15. März 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Februar 2000 abgewiesen.
II. Die Klägerin hat der Beklagten die Kosten beider Rechtszüge zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten wegen der Honorarverteilung im Quartal 1/98 auf der Grundlage des einschlägigen Honorarverteilungsmaßstabes, insbesondere um die Ablehnung einer Honorarausgleichszahlung auf der Grundlage der Härtefallregelung gemäß Buchstabe B Ziffer 3.6 Anlage 1 zum HVM.

Die Klägerin ist als Anästhesistin in München niedergelassen und nimmt an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Die Anlage 1 des im Quartal 1/98 auf der Grundlage des Beschlusses der Vertreterversammlung der Beklagten vom 22. November 1997 geltenden Honorarverteilungsmaßstabes sah nach Buchstabe B Nr.1 Anlage 1 Abschnitt B vor, dass die von den Krankenkassen nach Buchstabe A Nr.1 Anlage 1, Abschnitt B HVM bezahlten Gesamtvergütungsanteile, die nicht der Pauschalierung unterliegen, auf Landesebene zu einer Summe zusammengefasst werden. Diese Summe wird auf die Honorarfonds Fremdärzte, beleggärztliche Leistungen, ambulantes Operieren, Laborleistungen und sonstige Leistungen verteilt (vgl. Anlage 1 Buchstabe B 2.1 bis 2.5). Der Honorarfonds sonstige Leistungen wird wiederum aufgeteilt in einen Honorarfonds R 1 für Allgemeinärzte, praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung sowie hausärztlich tätige Internisten und Kinderärzte und einen Honorarfonds R 2 für die restlichen Ärzte (= Fachärzte). Die Aufteilung erfolgt auf der Basis des Quartals 4/96 (Nr.2.5.2). Der Honorarfonds R 2 wird weiter unterteilt in einen Honorarfonds R 2 b (gemäß EBM am 1. Juli 1997 budgetierte Arztgruppen) und einen Honorarfonds R 2 n (gemäß EBM am 1. Juli 1997 nicht budgetierte Arztgruppen). Die Aufteilung erfolgt wiederum auf der Basis des Quartals 4/96 (vgl. Nr.2.5.3). Da die Klägerin als Anästhesistin zu den auf der Ebene des EBM budgetierten Ärzten gehört (vgl. A 1 Allgemeine Bestimmungen Teil B Ziffer 1.5) werden im Folgenden die hierfür einschlägigen Bestimmungen wiedergegeben. Gemäß Nr.3.5.5.3.2 wird für die restlichen Leistungen des Honorarfonds R 2 b die um die Beträge nach Ziffer 3.5.5.1 (Kosten/ Wegepauschale) und Ziffer 3.5.5.2 (Begrenzung der ambulanten Fallzahl) verminderte Gesamtvergütung nach der Ziffer 2.5.3 a durch die Gesamtpunktzahl der restlichen anerkannten Honoraranforderungen geteilt und ergibt den rechnerischen Punktwert R 2 b. Weichen die rechnerischen Punktwerte nach 3.5.5.3.1 (R 1) und 3.5.5.3.2 (R 2b) um mehr als 10 % voneinander ab, wird der Honorarfonds mit dem geringeren Punktwert zu Lasten des Honorarfonds mit dem höheren Punktwert so weit gestützt, bis die Abweichung der rechnerischen Punktwerte 10 % beträgt. Zur Berechnung des rechnerischen Punktwertes im Honorarfonds "Ambulantes Operieren" wird der auf Leistungen und Zuschläge nach 2.3 entfallende Betrag der Gesamtvergütung durch die Gesamtpunktezahl der anerkannten Honoraranforderungen geteilt (vgl. Ziffer 3.3.). Unter gewissen Voraussetzungen ist eine Stützung des Punktwertes vorgesehen (vgl. Ziffer 3.3. Satz 3 i.V.m. Ziffer 3.2. Sätze 4 und 5).

In der Nr.3.6 ist schließlich eine Härtefallregelung vorgesehen. Danach erfolgt die Honorarfestsetzung unter Abwägung des Interesses des Arztes an einer angemessenen Berücksichtigung seiner besonderen Umstände und dem Allgemeininteresse der Vertragsärzteschaft an einer Honorarverteilungsbegrenzung bei budgetierter Gesamtvergütung, wenn die Anwendung vorstehender Regelungen im Einzelfall zu einer unbilligen Härte führt. Gemäß der Anlage 2 (Honorarverteilung Ersatzkassen) gelten die genannten Regelungen für die Honorierung der vertragsärztlichen Behandlung von Versicherten der Ersatzkassen im Wesentlichen entsprechend.

Die Beklagte hat mit Honorarbescheid vom 21. Juli 1998 das Honorar der Klägerin im Quartal 1/98 auf DM 87.744,43 festgesetzt. Dem

Honorarbescheid lag auch die Berechnung der Praxis- und Zusatzbudgets im Quartal 1/98 bei.

Mit Schriftsatz vom 5. August 1998 hat die Klägerin den Antrag gestellt, das Honorar der Klägerin in Abweichung der Regelungen von Anlage 1 Abschnitt B des HVM unter Berücksichtigung der besonderen Umstände des Einzelfalls nach pflichtgemäßem Ermessen festzusetzen.

Die Beklagte hat mit Bescheid vom 15. März 1999 den Antrag abgelehnt. Die Anwendung der Härtefallregelung nach Ziffer 3.6 der Anlage 1 zum HVM setze voraus, dass die Anwendung der genannten Regelungen zu einer unbilligen Härte führe. Eine unbillige Härte im Sinne der Nr.3.6 Anlage 1 zum HVM liege nicht vor, wenn ein Arzt einen überdurchschnittlichen Ertrag erwirtschaftet habe. Der von der Klägerin erzielte Ertrag in Höhe von 34.718,33 DM übersteige die Ertragsgrenze von 33.750,00 DM und sei somit als überdurchschnittlich ertragsstark zu betrachten. Hiergegen richtet sich der Widerspruch vom 22. März 1999. Die für die Klägerin bestehende unbillige Härte sei darin zu sehen, dass der ausschließlich auf Überweisung hin und fast ausschließlich auf dem Gebiet des ambulanten Operierens tätigen Klägerin ein nicht unerheblicher Teil der Leistungen des ambulanten Operierens (und der dazugehörigen Narkosen) nur noch mit dem abgesenkten Punktwert von 3,15 DPf bei den Primärkassen und 4,41 DPf bei den Ersatzkassen vergütet werde. Nicht nachvollziehbar sei, weshalb es für die Beurteilung eines Härtefalls lediglich auf das Unterscheidungskriterium der Ertragsstärke ankommen solle. Der Sinn der Regelung des HVM Anlage 1 Abschnitt B, eine unsachgemäße Leistungsausweitung zu verhindern, greife vorliegend nicht. Der von der Beklagten angewandte Kostensatz in Höhe von 59.7 % könne nicht mehr nachvollzogen werden, da selbst der EBM in Anlage 3 zu den allgemeinen Bestimmungen einen Kostensatz in Höhe von 62,8 % für die Arztgruppe der Anästhesisten angebe. Selbst wenn man von dem Unterscheidungskriterium der Ertragsstärke ausgehen würde, wäre im Falle der Klägerin ein Härtefall festzustellen. Bei Anwendung des richtigen Kostensatzes in Höhe von mindestens 62,8 % liege der erzielte Ertrag der Klägerin lediglich bei 32.047,69 DM und somit unter der durch die KVB benannten Ertragsgrenze in Höhe von 33.750,00 DM. Da die Förderung des ambulanten Operierens Gesetzesvorrang habe und die Klägerin nur auf Überweisung durch andere Ärzte tätig werde, überwiege das Interesse der Ärztin an der angemessenen Berücksichtigung ihrer besonderen Umstände.

Die Beklagte hat mit Widerspruchsbescheid vom 29. Februar 2000 den Widerspruch zurückgewiesen. Die Beklagte wende gemäß § 85 Abs.4 Satz 2 SGB V bei der Verteilung der Gesamtvergütung den im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an. Der HVM werde durch die Vertreterversammlung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung beschlossen und habe Satzungscharakter. Er sei damit für die Mitglieder der entsprechenden Kassenärztlichen Vereinigung bindend. Bei der Anwendung und Durchführung der Härtefallregelung 3.6 habe der Vorstand der KVB sein Ermessen auszuüben. Im Rahmen der Ermessensausübung seien Durchführungskriterien aufgestellt worden, nach denen eine unbillige Härte insbesondere dann nicht gegeben sei, wenn der Honorarverlust allein EBM-bedingt sei, das tatsächlich erreichte Honorar höher sei als das fiktiv ermittelte, ein überdurchschnittlicher Ertrag erzielt worden sei oder eine Bagatellgrenze nicht überschritten werde. Im Falle der Klägerin sei das Kriterium der überdurchschnittlichen Ertragserzielung erfüllt. Nach der Entscheidung des Vorstandes der Beklagten finde die Härtefallregelung nach Ziffer 3.6 Anlage 1 zum HVM keine Anwendung, wenn ein Ertrag von 135.000,00 DM pro Kalenderjahr bzw. von 33.750,00 DM pro Quartal überschritten werde. Die Ertragsgrenze ergebe sich aus dem nach Anlage 3 EBM für die Berechnung der Praxisbudgets zu Grunde gelegten regionalen Einkommensanteil von 135.000,00 DM pro Kalenderjahr. Für die Ermittlung des in diesem Sinne relevanten Ertrages würden die Umsätze des Vertragsarztes aus der GKV um die fachgruppenspezifischen durchschnittlichen Kosten seiner Arztgruppe (Kostensätze des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung - ZI - im Bundesgebiet von 1994) bereinigt. Im Quartal 1/98 habe der Umsatz der Klägerin aus der GKV 86.149,71 DM betragen. Der Kostenansatz des ZI sei mit 59,7 % anzusetzen gewesen. Der somit erzielte Ertrag in Höhe von 34.718,33 DM übersteige die oben genannte Ertragsgrenze von 33.750,00 DM pro Quartal und sei damit als überdurchschnittlich zu bewerten.

Hiergegen richtet sich die Klage zum SG München vom 22. März 2000. Im Rahmen des Honorarbescheides für das Quartal 1/98 seien der Klägerin im Bereich des ambulanten Operierens gemäß Abschnitt B Ziffer 3.3 der Anlagen 1 und 2 zum HVM insgesamt 100.451,1 Punkte mit einem abgestaffelten Punktwert vergütet worden, der bei 2,94 DPf im Bereich der Primärkassen und bei 4,41 DPf im Bereich der Ersatzkassen gelegen habe. Ebenso seien bei den stationären Leistungen gemäß Abschnitt B Ziffer 3.2 der Anlagen 1 und 2 zum HVM 2.688,5 Punkte im Bereich der Regionalkassen mit einem abgestaffelten Punktwert vergütet worden, der bei 3,07 DPf gelegen habe. Die Generalklausel nach Abschnitt B Ziffer 3.6 enthalte als einzige Voraussetzung für die Neufestsetzung des Honorars das Vorliegen einer unbilligen Härte. Dabei sei das Kriterium der unbilligen Härte nicht näher definiert. Durch diese Generalklausel sei der aus Art.20 Abs.3 GG fließende Wesentlichkeitsgrundsatz verletzt. Nach dem Beschluss des Vorstandes sei eine unbillige Härte u.a. nicht gegeben, wenn ein Ertrag pro Kalenderjahr von 135.000,00 DM überschritten werde. Damit habe der Vorstand die ganz grundlegende Entscheidung getroffen, dass bei Überschreiten der Ertragsgrenze unter keinen Umständen ein Härtefall gegeben sein könne. Dabei handle es sich um eine typische Gegebenheit und nicht mehr um eine Einzelfallentscheidung. Der Vorstand habe demzufolge mit dem Beschluss seine Kompetenzen überschritten und hätte im Einzelfall prüfen müssen, ob ein Härtefall gegeben sei. Weiter sei darauf hinzuweisen, dass die Beklagte den genannten Vorstandsbeschluss falsch anwende. Der Kostensatz in der Anlage 3 zum EBM liege für die Arztgruppe der Anästhesisten bei 62,8 %. Bei Zugrundelegung des richtigen Kostensatzes liege der Ertrag der Klägerin lediglich bei 32.047,69 DM und somit unter der vom Vorstand festgesetzten Ertragsgrenze in Höhe von 33.750,00 DM. Eine unbillige Härte sei nach den Grundsätzen der Rechtsprechung immer dann anzunehmen, wenn eine extreme, wirtschaftlich bedrängte Lage des jeweiligen Antragsstellers aus der Entscheidung erwachse, die eine erhebliche Belastung für ihn bedeute (vgl. dazu z.B. BSG, NJW 1982, S.2632). Der unbestimmte Rechtsbegriff der unbilligen Härte eröffne demnach nach der Rechtsprechung sowohl den Weg zu einer Interpretation unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten als auch zur Berücksichtigung eventueller besonderer persönlicher Gesichtspunkte des jeweiligen Antragstellers. Eine solche erhebliche Belastung auf Grund besonderer Umstände sei im vorliegenden Fall gegeben. Die Klägerin sei ausschließlich auf Überweisung tätig und erbringe schwerpunktmäßig Narkoseleistungen im Zusammenhang mit ambulanten Operationen, die in diesem Umfang nicht von der Fachgruppe erbracht würden. Dies zeige sich daran, dass sie im ambulanten Bereich doppelt so hohe Fallzahlen aufweise wie der Durchschnitt der Fachgruppe. In stationärem Bereich hingegen werde sie im Gegensatz zur Fachgruppe kaum tätig. So liege hier ihre Gesamtfallzahl um 95,8 % unter dem Durchschnitt der Arztgruppe. Beim Vergleich der Durchschnittsfallwerte für Leistungen des ambulanten Operierens (3.193,3 Punkte und 3.168,9 Punkte) und der stationären Leistungen (3.357,7 Punkte und 3.304,4 Punkte) zeige sich, dass die Fachgruppe im stationären Bereich die aufwendigeren Leistungen erbringe. Da die Klägerin jedoch einen absoluten Schwerpunkt im ambulanten Bereich habe und somit ihre aufwendigen Leistungen auch nur im ambulanten Bereich erbringe, werde der zu Grunde gelegte Durchschnittsfallwert ihrem speziellen Leistungsspektrum nicht gerecht. Des Weiteren führe die Klägerin Narkosen bei ambulant durchgeführten Sterilisationen ("GOP 181, 185, 186 und 189") und Schwangerschaftsabbrüchen ("GOP 192, 193, 194 und 199") durch, die nur von einem verschwindend geringen Teil der Fachgruppe im ambulanten Bereich erbracht würden. Eine Begrenzung auf den durchschnittlichen Fallwert der Arztgruppe

der Anästhesisten werde der Praxisstruktur der Klägerin daher nicht gerecht, da sie mit der Fachgruppe nicht vergleichbar sei. Das SG München hat mit Urteil vom 23. August 2000 den Bescheid der Beklagten vom 15. März 1999 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 29. Februar 2000 aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, erneut über den Widerspruch der Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Beim Begriff der unbilligen Härte nach Buchstabe B Ziffer 3.6 Anlage 1 des HVM handle es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff, der ausfüllungsfähig und ausfüllungsbedürftig sei. Hierzu habe der Vorstand der Beklagten Durchführungskriterien beschlossen. Nach der Rechtsprechung des BSG sei in diesem Zusammenhang nach sog. atypischen und typischen Ausnahmekonstellationen zu differenzieren. Nicht zuletzt auf Grund des Wesentlichkeitsgrundsatzes nach Art.20 Abs.3 des Grundgesetzes müssten sog. typische Ausnahmekonstellationen grundsätzlich von der Vertreterversammlung festgelegt werden und dürften nicht dem Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung überantwortet werden. Allerdings sei es unpraktikabel, sämtliche Ausnahmekonstellationen vorher durch die Vertreterversammlung festlegen zu lassen. Deshalb sei es als zulässig anzusehen, wenn über eine Generalklausel sog. atypische Ausnahmekonstellationen erfasst würden und Durchführungskriterien generell von dem Vorstand der Beklagten festgelegt würden, auch wenn dieser nach dem in diesem Quartal geltenden Honorarverteilungsmaßstab nicht gesondert ermächtigt worden sei. Die Durchführungskriterien müssten jedoch so strukturiert sein, dass dadurch unbillige Härten erfasst werden könnten und eine Einzelfallentscheidung möglich sei. Während es sich bei den Kriterien "der Honorarverlust ist allein EBM-bedingt", "das tatsächlich erreichte Honorar ist höher als das fiktiv ermittelte" und "eine Bagatellgrenze nicht überschritten werde" durchaus um sachliche Ermessenserwägungen handeln dürfte, da ausschließlich auf den konkreten Einzelfall abgestellt werde, sei dies bei dem Kriterium "ein überdurchschnittlicher Ertrag erzielt werde" äußerst fraglich. Nicht zu beanstanden sei grundsätzlich, dass auf den Ertrag abgestellt werde, d.h. der Ertrag der Klägerin mit dem Durchschnittsertrag der Fachgruppe verglichen werde. Ebenfalls nicht zu beanstanden sei, dass nicht der Kostensatz von 62,8 % nach Anlage 3 EBM herangezogen worden sei, wenngleich dies nahegelegen hätte. Denn der verwendete Kostensatz von 59,7 % sei auch bei der Vergleichsgruppe angewendet worden. Zu beanstanden sei aber, dass nicht geprüft worden sei, ob in Abweichung vom durchschnittlichen Kostensatz auf Grund von Besonderheiten von einem höheren Kostensatz auszugehen sei. Es sei durchaus vorstellbar, dass der Kostensatz der Klägerin auf Grund der Besonderheiten der Praxis, die von ihr geltend gemacht würden, wie z.B. die Haupttätigkeit der Klägerin beim ambulanten Operieren und nicht im stationären Bereich wie bei der Vielzahl der Ärzte der Fachgruppe und örtliche Gegebenheiten einen höheren Kostensatz als bei den Ärzten der Fachgruppe bedingten.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Beklagten vom 7. November 2000. Die Klägerin sei seit Jahren am ambulanten Operationszentrum H. , H.-Allee, München beteiligt. Es bestehe daher ein eigenes Interesse der Klägerin, dass Patienten von Ärzten anderer Fachgruppen an sie zur Anästhesie/Narkose bei ambulanter Operation überwiesen würden. Im Übrigen seien aus der Häufigkeitsstatistik des Quartals 1/98 keine Besonderheiten der Praxis der Klägerin gegenüber den übrigen Ärzten der Fachgruppe erkennbar. Narkose- /Anästhesieleistungen im Zusammenhang mit ambulanten Operationen würden in überwiegender Anzahl von anderen Praxen der Arztgruppe erbracht. Die Häufigkeit der Erbringung dieser Leistungen bezogen auf 100 Fälle in der klägerischen Praxis überschreite dabei sogar den Durchschnitt der Fachgruppe. Narkosen bei ambulant durchgeführter Sterilisation würden nur in 8 Fällen erbracht (im vorherigen Quartal überhaupt nicht), wobei die Häufigkeit der Erbringung dieser Leistungen in der klägerischen Praxis die Häufigkeit der gesamten Arztgruppe um mehr als 43 % unterschreite. Narkosen bei ambulant durchgeführtem Schwangerschaftsabbruch würden nur in 7 Fällen erbracht.

Mit weiterem Schriftsatz vom 3. September 2001 wurde noch auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Berechtigung bzw. Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung zu finanziellen Stützungsmaßnahmen für Vertragsärzte hingewiesen und festgestellt, dass die Versorgung der Versicherten durch Anästhesisten im Quartal 1/98 in keinem (Teil-)Bereich gefährdet gewesen sei (vgl. hierzu BSG, Urteile vom 25. September 1999, Az.: B 6 KA 58/98 R, sowie vom 12. Oktober 1994, Az.: 6 RKa 5/96).

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des SG München vom 23. August 2000 aufzuheben und die Klage gegen den Bescheid der Beklagten vom 15. März 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Februar 2000 abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Mit Schriftsatz vom 24. September 2001 wurde nochmals darauf hingewiesen, dass es sich bei der Härtefallregelung gemäß Buchstabe B Ziffer 3.6 Anlagen 1 und 2 zum HVM unstreitig um eine Generalklausel handle, wobei der Begriff der "unbilligen Härte" nicht näher definiert werde. Nach dem Wesentlichkeitsgrundsatz des Art.20 GG müsse der Normgeber, im Falle des HVM also die Vertreterversammlung, alle wesentlichen Entscheidungen selbst treffen. Bei den Durchführungsrichtlinien der Beklagten handle es sich um die Regelung typischer Fälle, so dass eine unzulässige Kompetenzverlagerung auf den Vorstand der Beklagten stattgefunden habe. Hinsichtlich des Kriteriums des Ertrages sei die Heranziehung der Kostensätze des Zentralinstituts willkürlich. Die Anwendung von Härtefallregelungen dürfe nicht auf Fälle der Gefährdung der Existenz einer Praxis beschränkt werden, sondern müsste auch atypische Versorgungssituationen erfassen. Eine solche atypische Versorgungssituation liege bei der Klägerin hinsichtlich ihrer Tätigkeit im ambulanten Operationszentrum H. vor.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakte, die Klageakte, Az.: S 38 KA 732/00, und die Berufungsakte, Az.: L 12 KA 116/00, vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren weiteren Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die nach § 143 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte sowie gemäß § 151 Abs.1 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist auch begründet. Das SG München hat mit dem angefochtenen Urteil vom 23. August 2000 zu Unrecht den Bescheid der Beklagten vom 15. März 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Februar 2000 aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, erneut über den Widerspruch der Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden. Daher war das Urteil des SG München vom 23. August 2000 aufzuheben und die Klage gegen den Bescheid der Beklagten vom 15. März 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Februar 2000 abzuweisen.

Zunächst ist festzustellen, dass der hier einschlägige, im Quartal 1/98 geltende Honorarverteilungsmaßstab, der eine leicht abgewandelte Fassung des ersten ab 1. Juli 1997 beschlossenen Honorarverteilungsmaßstabes ist, der vor dem Hintergrund eines Praxisbudgets auf EBM-Ebene beschlossen wurde, nicht zu beanstanden ist. Das BSG hat mit Urteil vom 8. März 2000 (SozR 3-2500 § 87 SGB V Nr.23 S.116 ff.) bereits entschieden, dass die Einführung von Praxisbudgets im EBM-Ä zum 1. Juli 1997 rechtmäßig war (vgl. jetzt auch BSG, Urteile vom 16. Mai 2001, Az.: B 6 Ka 47/00 R und B 6 KA 53/00 R) und hat sich dabei auch mit dem der Kassenärztlichen Vereinigung verbleibenden Gestaltungsspielraum bei der Honorarverteilung nach Einführung von Praxisbudgets auf EBM-Ebene befasst. Danach ändert die Existenz verbindlicher Honorierungsvorgaben wie eines Praxisbudgets nichts daran, dass die KÄV kraft ihrer Gestaltungsfreiheit im Rahmen der Honorarverteilung mengensteuernde Regelungen treffen darf, um ihrer Verantwortung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung (§ 75 Abs.1 Satz 1 SGB V) gerecht zu werden. Die Einführung von Praxisbudgets im EBM-Ä zum 1. Juli 1997 ändert nichts an der insgesamt begrenzten Gesamtvergütung für alle vertragsärztlichen Leistungen im Sinne des § 85 Abs.1 SGB V. Nach wie vor besteht die Situation, dass ein begrenzter Geldbetrag für die Vergütung aller von den Vertragsärzten in einem bestimmten Zeitraum erbrachten und abgerechneten Leistungen zur Verfügung steht, was wiederum zur Folge hat, dass der Preis der einzelnen ärztlichen Leistungen erst feststeht, wenn bekannt ist, wie viele Leistungen welcher Art und damit wie viele Punkte insgesamt von den Vertragsärzten abgerechnet werden. Praxisbudgets reduzieren lediglich den Anreiz zur immer weiteren Vermehrung der abrechenbaren Leistungen, weil das Honorar des Arztes für die Leistungen des budgetierten Bereichs allein durch das Produkt aus arztgruppenbezogener Fallpunktzahl und Zahl der Behandlungsfälle bestimmt wird. Da aber auch für die Leistungen des grünen (budgetierten) Bereichs keine festen bzw. vereinbarten Punktwerte gelten, andererseits aber gerade die Stabilisierung des Punktwertes ein maßgebliches Ziel bei der Einführung des Praxisbudgets war, ist es auch nach dem 1. Juli 1997 Aufgabe der KÄV, im Rahmen der Honorarverteilung das Notwendige und Mögliche zur Gewährleistung ausreichender Punktwerte zu tun und auf regionaler Ebene eintretende unerwünschte Verwerfungen zwischen einzelnen Arztgruppen und auch innerhalb einer Arztgruppe zu verhindern. Daher stehen der KÄV auch nach dem 1. Juli 1997 im Grundsatz alle diejenigen Honorarverteilungsregelungen zur Verfügung, die das BSG in ständiger Rechtssprechung (vgl. BSG SozR 3-2500 § 85 Nr.4 S.20 ff., Nr.10 Seite 57 f., Nr.11 S.66 f., Nr.12 S.76 f., Nr.16 S.100 f., Nr.24 S.162 f., Nr.26 S.183 f. und Nr.31 S.236 f.) und der Senat (vgl. zuletzt Urteil vom 1. August 2001, Az.: L 12 KA 89/00 m.w.N.) schon bisher für zulässig gehalten haben, soweit die Bestimmungen über die Praxisbudgets im EBM-Ä keine abweichenden Vorgaben enthalten.

Nach diesen Grundsätzen ist der im Quartal 1/98 geltende Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten rechtlich nicht zu beanstanden. Der HVM sieht nach Buchstabe B Nr.1 Anlage 1 Abschnitt B die Zusammenfassung der von den Krankenkassen nach Buchstabe A Nr.1 Anlage 1 gezahlten Gesamtvergütungsanteile, die nicht der Pauschalierung unterliegen, auf Landesebene zu einer Summe vor. Ebenso werden gemäß der Nr.2 die von den Krankenkassen nach Buchstabe A 1 pauschal bezahlten Gesamtvergütungsanteile auf Landesebene zu einer Summe zusammengefasst und auf die Honorarfonds Fremdärzte, belegärztliche Leistungen, ambulantes Operieren, Laborleistungen und sonstige Leistungen verteilt. Der Honorarfonds sonstige Leistungen ist wiederum aufgeteilt in einen Honorarfonds R 1 (sog. Hausarzttopf) und einen Honorarfonds R 2 (= Facharzttopf). Eine solche Bildung von Honorartöpfen für einzelne Arztgruppen und/oder Leistungsbereiche ist grundsätzlich sachlich gerechtfertigt. Sie stellt sich nämlich als die konsequente Vorsorge dagegen dar, dass eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Bereichen das Honorargefüge zu Lasten anderer Arztgruppen und/oder Leistungsbereichen beeinflusst (vgl. zuletzt BSG SozR 3-2500 § 85 SGB V Nr.31 S.237 m.w.N.). Derselbe Gedanke gilt auch für die Unterteilung des Honorarfonds sonstige Leistungen in den Honorarfonds R 1 (Hausarzttopf) und den Honorarfonds R 2 (Facharzttopf) und die weitere Unterteilung des Honorarfonds R 2 in einen Honorarfonds R 2 b (gemäß EBM ab 1. Juli 1997 budgetierte Arztgruppen) und einen Honorarfonds R 2 n (gemäß EBM ab 1. Juli 1997 nicht budgetierte Arztgruppen). Die Differenzierung der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung hat der Gesetzgeber des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22. Dezember 1999 (BGBl.I 2626) ausdrücklich in § 85 Abs.4 Satz 1 SGB V in der ab 1. Januar 2000 geltenden Fassung aufgenommen und bestimmt, dass die KÄV die Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung i.S. des § 73 SGB V zu verteilen hat. Eine solche Aufteilung war aus den genannten Gründen auch schon vor dem 1. Januar 2000 sachlich gerechtfertigt (in diesem Sinne auch die Entscheidung des Bayerischen Verfassungsgerichtshofes vom 27. Mai 1998 zum Honorarverteilungsmaßstab, gültig im Quartal 4/96, VerfGHE 51, S.74 ff.). Die Unterteilung in einen Honorartopf für auf EBM-Ebene budgetierte Ärzte und einen solchen für auf EBM-Ebene nicht budgetierte Ärzte knüpft explizit an die entsprechenden Vorgaben im EBM an. Die sachliche Rechtfertigung für eine Aufteilung auf getrennte Honorartöpfe folgt aus dem Umstand, dass die Mengenentwicklung in beiden Bereichen unterschiedlichen Kriterien unterliegt, die in der Folge eine unterschiedliche Behandlung auf HVM-Ebene erfordert. Es ist schließlich auch für das hier streitige Quartal 1/98 nicht zu beanstanden, dass die Beklagte für das ambulante Operieren einen eigenen Honorartopf vorgesehen hat. Dies ist weiterhin mit den in § 85 Abs.3a Satz 6 und § 85 Abs.4a Satz 3 SGB V i.d.F. des GSG vom 20.12.1992 (BGBl.I S.2266) enthaltenen Regelungen vereinbar. Die hier vorgesehene Förderung des ambulanten Operierens bedeutet nicht, dass dieser Leistungsbereich von jeder Mengensteuerung freizustellen wäre oder dass dort eine Mengenausweitung ohne Rücksicht auf den Punktwertverfall in anderen Leistungsbereichen begünstigt werden dürfte (vgl. BSG, SozR 3-2500, § 85 Nrn.10, 12; BSG, Urteil vom 28. Januar 1998, Az.: B 6 KA 86/96 R). Aus § 85 Abs.4a Satz 1 SGB V in der bis 31.12.1999 geltenden Fassung ist zu entnehmen, dass die Ausweitung der Zahl der abgerechneten Leistungen keine Auswirkungen auf den Punktwert der hausärztlichen Grundvergütung nach § 87 Abs.2a SGB V haben darf. Eine vergleichbare, derart weitgehende, unmittelbar auf den Punktwert durchgreifende Privilegierung hat der Gesetzgeber für die ambulanten Operationen für den hier streitigen Zeitraum nicht vorgeschrieben (vgl. BSG, SozR 3-2500 § 87 SGB V Nr.23, S.127). Er war offenbar der Auffassung, das medizinisch sinnvolle und unter dem Aspekt der Kosteneinsparung im stationären Bereich erwünschte Ausmaß der Steigerung der ambulanten operativen Tätigkeit seitens der niedergelassenen Vertragsärzte durch die Erhöhungsbeträge nach § 85 Abs.3a Satz 6 SGB V angemessen, aber auch ausreichend gefördert zu haben. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass nach den Nrn.2.2 und 2.2.1 der Anlage A zum Bayerischen Gesamtvertrag die Krankenkassen die ambulanten Operationen der niedergelassenen Vertragsärzte nach den Katalogen der Nrn.82 - 87 EBM im Quartal 1/98 mit einem festen Punktwert von 10 DPf vergüteten, wenn die hierfür erforderliche Genehmigung von der KVB für das die Abrechnung betreffende Quartal erteilt wurde und diese Leistungen in dem die Abrechnung betreffenden Quartal insgesamt mindestens 25-mal für Regionalkassen abgerechnet und anerkannt wurden. Die Klägerin wendet sich nach ihrem Vortrag auch nicht gegen das Bestehen eines gesonderten Honorartopfes für ambulantes Operieren.

Die Beteiligten streiten vielmehr um die Anwendung der in der Nr.3.6 vorgesehenen allgemeinen Härtefallregelung. Danach erfolgt die Honorarfestsetzung unter Abwägung des Interesses des Arztes an einer angemessenen Berücksichtigung seiner besonderen Umstände und dem Allgemeininteresse der Vertragsärzteschaft an einer Honorarverteilungsbegrenzung bei budgetierter Gesamtvergütung, wenn die Anwendung vorstehender Regelungen im Einzelfall zu einer unbilligen Härte führt. Hinsichtlich der Anwendung der Härtefallregelung der Nr.3.6 ist der Senat zunächst der Auffassung, dass der Beklagten hinsichtlich des Tatbestandsmerkmales der unbilligen Härte kein der gerichtlichen Nachprüfung nur eingeschränkt zugänglicher Beurteilungsspielraum zusteht (so bereits Urteil des Senats vom 1. August 2001,

L 12 KA 89/00). Einen solchen Beurteilungsspielraum hat die Rechtsprechung nur dann angenommen, wenn bei einer Entscheidung eine Vielzahl von Faktoren zu berücksichtigen ist, die für sich und in ihrer Abhängigkeit untereinander weitgehend unbestimmt sind. Das BSG hat deshalb in ständiger Rechtssprechung den Zulassungsgremien bei der Entscheidung über die Ermächtigung von Krankenhausärzten und über die Zulassung von Ärzten wegen eines Sonderbedarfs einen Beurteilungsspielraum zugestanden (vgl. BSGE 73, 25, 29 = SozR 3-2500 § 116 Nr.4 S.29; BSG SozR 3-2500 § 101 Nr.1 S.4 f.; BSG, Urteil vom 28. Juli 2000 SozR 3-2500 § 101 Nr.5; vgl. zuletzt Beschluss vom 14. März 2001, B 6 KA 57/00 B)). Auch bei der Entscheidung der KÄV, zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in einem bestimmten Ort oder Ortsteil den Betrieb einer Zweitpraxis zu genehmigen, hat diese einen Beurteilungsspielraum (BSGE 77, 188, 191 = SozR 3-2500 § 75 Nr.7 S.28 f.). Für diese Entscheidungen sind die Bewertung der vertragsärztlichen Versorgung in einem regionalen Bereich sowie die Feststellung von quantitativen und/oder qualitativen Versorgungsdefiziten von maßgeblicher Bedeutung. Dabei ist eine Vielzahl von Faktoren zu berücksichtigen (z.B. Anzahl und Leistungsangebot der niedergelassenen und ermächtigten Ärzte, Bevölkerungs- und Mobilitätsstruktur, Umfang und räumliche Verteilung der Nachfrage auf Grund der vorhandenen Verkehrsverbindungen usw.), die für sich und in ihrer Abhängigkeit untereinander weitgehend unbestimmt sind. Aus denselben Gründen haben die Prüfgremien bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Verordnungsweise des Arztes einen Beurteilungsspielraum (vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 6. September 2000, B 6 KA 24/99 R SozR 3-2500 § 106 Nr.50 und zuletzt Beschluss vom 14. März 2001, B 6 KA 59/00 B). Die Beantwortung der hier zu beurteilenden Frage, ob die Anwendung des im Quartal 1/98 geltenden Honorarverteilungsmaßstabes bei der Klägerin zu einer unbilligen Härte geführt hat, hängt dagegen von ermittel- und feststellbaren Umständen wie insbesondere den (finanziellen) Auswirkungen der Honorarverteilung auf die Praxis der Klägerin ab, für deren Beantwortung die Beklagte nicht erkennbar eine spezielle höhere Sachkenntnis aufweist bzw. die der höchstpersönlichen Einschätzung der Beklagten verbleiben sollte. Die vom Vorstand der Beklagten erlassenen Durchführungsbestimmungen zur Auslegung des Begriffs der unbilligen Härte spielen danach zwar für die Verwaltung eine überragende Rolle, binden aber nicht das Gericht, das insoweit eine eigenständige Entscheidung zu treffen hat.

Eine "unbillige Härte" im Sinne der Nr.3.6 des HVM ist nach Auffassung des Senats dann gegeben, wenn die Anwendung des HVM bei der Klägerin zu einem besonders schweren, objektiv unzumutbaren Nachteil führt. Die bei der Klägerin vorliegenden Umstände begründen keine "unbillige Härte" in diesem Sinne. Hierzu ist zunächst festzustellen, dass die Klägerin als Anästhesistin auf EBM-Ebene einem Praxisbudget unterliegt (vgl. A I. Allgemeine Bestimmungen, Teil B, Nr.1.5.), dieses Praxisbudget aber unterschreitet (Unterschreitungspunktzahl 408,2 Punkte). Von daher ist der bei der Klägerin eingetretene Honorarrückgang auf die Regelungen im streitgegenständlichen HVM zurückzuführen und zwar auf die für die Klägerin einschlägigen Honorarfonds. Die Klägerin unterfällt als Anästhesistin, die auf EBM-Ebene budgetiert ist, auf HVM-Ebene dem Honorarfonds R 2 b ("budgetierte Arztgruppen") und zudem im Hinblick auf die von ihr erbrachten Leistungen, insbesondere Narkosen, dem Honorarfonds "ambulantes Operieren". Sie ist damit von der in den genannten Töpfen erfolgten Punktwertentwicklung und dem sich daran anschließenden Umsatz- und Ertragsrückgang betroffen. Von daher ist es nach Auffassung des Senats nicht zu beanstanden, wenn die Beklagte zur Prüfung des Vorliegens einer "unbilligen Härte" auf Ertragsgrenzen abstellt. Auch die Festlegung der Ertragsgrenze ist vertretbar. Hier stellt die Beklagte zur Feststellung des Ertrags analog auf die Berechnungsgrundlage für die EBM-Praxisbudgets ab in Höhe von 135.000,00 DM pro Kalenderjahr (= DM 33.750,00 pro Quartal). Die Bereinigung des Quartalumsatzes des Vertragsarztes erfolgt dabei durch Abzug der fachgruppenspezifischen durchschnittlichen Kosten. Für diesen Kostenansatz standen der Beklagten im Wesentlichen zwei Kostenanalysen zur Verfügung - zum einen die in der Anlage 3 zu dem seit 1. Juli 1997 geltenden EBM aufgeführten "bundesdurchschnittlichen Kostensätze", zum anderen die Kostenstrukturanalyse 1994 des Zentralinstituts (ZI). Es ist nicht zu beanstanden, wenn sich die Beklagte der Kostenstrukturanalyse des ZI bedient, weil sie Angaben für alle Arztgruppen enthält, wenn auch mit Hilfe eines Auffangtatbestandes "sonstige Fachärzte", unter den auch die Klägerin fällt. Die Anlage 3 zum EBM befasst sich demgegenüber nur mit budgetierten Facharztgruppen. Ausgehend von diesen auf Anästhesisten bezogenen Zahlen überschreitet die Klägerin die dargestellte Ertragsgrenze zur Beurteilung des Vorliegens einer unbilligen Härte von 33.750,00 DM mit 34.718,33 DM um 968,33 DM im Quartal. Die weiteren Ermittlungen des Senats haben zwar ergeben, dass die Klägerin gegenüber der Arztgruppe der Anästhesisten Besonderheiten aufweist, die einerseits zu zusätzlichen Belastungen führen, aber andererseits auch zusätzliche Einnahmen erbringen. Danach betreibt die Klägerin in Praxisgemeinschaft mit zwei weiteren Anästhesistinnen das ambulante Operationszentrum H ... Dort werden die sachlichen und personellen Voraussetzungen vorgehalten, die Operateuren die Durchführung ambulanter Operationen im Operationszentrum H. ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten für diesen Aufwand teilt sich die Klägerin mit den beiden Praxisgemeinschaftspartnern. Im Gegenzug für diesen zusätzlichen Aufwand erhält die Klägerin aber auch die Operationszuschläge nach Kapitel "B VI. Ambulante Operationen", die grundsätzlich nur den Operateuren zustehen und gerade die zusätzliche finanzielle Belastung ausgleichen sollen, die durch die Bereitstellung der Voraussetzungen zur Durchführung von ambulanten Operationen entstehen. Die Übertragung der Operationszuschläge nach Kapitel "B VI Ambulante Operationen" von den Operateuren auf die Anästhesistinnen geschieht nach Angaben der Beteiligten auf zwei alternativen Wegen. Zum einen werden die eigentlich den Operateuren zustehende Zuschläge für ambulante Operationen auf dem Abrechnungsscheinen mit einem "U" gekennzeichnet und bei der Abrechnung der in der Praxisgemeinschaft tätigen Anästhesistin Dr.E. zugeordnet, die die weitere Verteilung innerhalb der Praxisgemeinschaft vornimmt. Zum anderen besteht die Möglichkeit interner Vereinbarungen, wonach die Operateure die Zuschläge für die ambulanten Operationen bei der Abrechnung geltend machen und den dafür anfallenden Betrag an die Praxisgemeinschaft weiterleiten. In beiden Fällen taucht der hierauf entfallende Betrag nicht im Honorarbescheid für das Quartal 1/98 auf, der Ausgangspunkt für die dargestellte Ertragsgrenze ist. Insgesamt ist davon auszugehen, dass sich zusätzliche Belastung und zusätzlicher Ertrag bei der besonderen Konstruktion der Praxisgemeinschaft zum Betrieb des ambulanten Operationszentrums H. in etwa ausgleichen. Ansonsten wäre der Betrieb dieses Operationszentrums generell nicht wirtschaftlich durchführbar. Das eigentliche Problem im Quartal 1/98 - ausgehend vom klägerischen Vortrag und dem Schwerpunkt der abgerechneten Leistungen - war danach die Punktwertentwicklung im Honorarfonds "Ambulantes Operieren" (der Anteil der hier abgerechneten Punkte im Quartal 1/98 lag bei den Ersatzkassen bei 286.260,0 Punkte; im Honorarfonds R 2 b - budgetierte Ärzte - bei 143.880,0; bei den Primärkassen: Honorarfonds "Ambulantes Operieren": 476.430 Punkte; Honorarfonds R 2 b: 249.160,0 Punkte). Diesbezüglich ist aber festzustellen, dass für den Honorartopf "ambulantes Operieren" gemäß Nr.3.3. Satz 3 i.V.m. Nr.3.2. Sätze 4, 5 der Anlage 1 Abschnitt B bereits eine topfinterne Stützung vorgesehen ist. Die Stützung erfolgt in der Weise, dass der rechnerische Punktwert nach der Nr.3.3. Satz 2 für die den Durchschnittsfallwert 4/96 übersteigende Punktezahl so weit - jedoch nicht unter 50 % - zugunsten des Punktwertes für die abgesenkt wird, bis letzterer Punktwert den rechnerischen Punktwert nach Nr.3.5.5.4.2. Satz 2 erreicht, also den Mindestpunktwert für die Vergütung des Honorarkontingents "Sonstige Ärzte". Die Anwendung dieser Regelungen führte im Quartal 1/98 dazu, dass bei den Regionalkassen 84,44 % der Leistungen mit einem Punktwert von 6,25 DPf und 16,56 % mit einem abgestaffelten Punktwert von 2,94 DPf und bei den Ersatzkassen 88,08 % mit einem Punktwert von 9,51 DPf und 12,92 % mit dem abgestaffelten Punktwert von 4,45 DPf vergütet wurden. Auch auf der Grundlage des hohen Anteils des gestützten Punktwertes und bei einem Vergleich mit dem Punktwert im Honorarfonds "R 2 b" (Regionalkassen: 7,62; Ersatzkassen: 8,46) kann der Senat keine unbillige Härte gerade bei der Klägerin erkennen, zumal sie bei ähnlichen Werten in den Vorquartalen (Quartal 3/97: Regionalkassen: 6,21 DPf, abgestaffelt: 2,93 DPf;

Ersatzkassen: 9,98 DPf, keine Abstaffelung; Quartal 4/97: Regionalkassen: 6,70 DPf, abgestaffelt: 3,15 DPf; Ersatzkassen: 9,53 DPf, keine Abstaffelung) offensichtlich keine Veranlassung für einen Härtefallantrag gesehen hat.

Nach alledem war das Urteil des Sozialgerichts München vom 23. August 2000 aufzuheben und die Klage gegen den Bescheid der Beklagten vom 15. März 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Februar 2000 abzuweisen.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus § 193 Abs.1, 4 SGG. Gründe für die Zulassung der Revision im Sinne des § 160 Abs.2 Nrn.1 und 2 SGG liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2003-09-25