

L 12 KA 255/05

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 43 KA 1914/02
Datum
25.01.2005
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 12 KA 255/05
Datum
16.05.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 48/07 R
Datum
17.09.2008
Kategorie
Urteil

I. Die Berufungen der Klägerin gegen die Urteile des Sozialgerichts München vom 25. Januar 2005 werden zurückgewiesen.
II. Die Klägerin hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.
III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig die Höhe des Punktwerts für Leistungen, die von sogenannten "besonderen Kostenträgern" zu vergüten sind.

Die Gesellschafter der klagenden BGB-Gesellschaft waren mit Ausnahme des bei Fortführung der Gesellschaft später eingetretenen Gesellschafter Dr. P., der die frühere Gesellschafterin M. ersetzte, in den Quartalen 1, 2 und 4/00 sowie 1 und 2/01 im hausärztlichen Versorgungsbereich vertragsärztlich in Gemeinschaftspraxis tätig.

Mit den Honorarbescheiden zu den genannten Quartalen vom 5. Juni 2001 (Bescheide zu 1/00 und 4/00), 20. Juli 2001, 26. Juli 2001 und 30. September 2002 wurde auch der Honoraranspruch der Gemeinschaftspraxis für Leistungen, die von sogenannten "besonderen Kostenträgern" (BKT) zu vergüten sind, festgesetzt. Unter "besonderen Kostenträgern" sind Schuldner ärztlicher Vergütungen für Patientenbehandlungen zu verstehen, die über die Beklagte festgesetzt und abgerechnet werden. Jedoch ergibt sich der Honoraranspruch nicht auf Grund des gültigen Honorarverteilungsmaßstabes/Honorarvertrags, sondern auf Grund besonderer gesetzlicher oder vertraglicher Grundlagen. In den streitgegenständlichen Honorarbescheiden wird insbesondere die Vergütung von heilbehandlungsanspruchsberechtigten Zivildienstleistenden, von Heilbehandlungsberechtigten nach dem Bundesversorgungsgesetz und von Anspruchsberechtigten nach dem damals geltenden BSHG festgesetzt. Daneben finden sich Honorarfestsetzungen von ausländischen Patienten, die auf Grund von Sozialversicherungsabkommen sachleistungsaushilfeberechtigt waren.

Dabei brachte die Beklagte abhängig davon, ob die spezialgesetzliche Grundlage das Regelsystem der Ersatzkassenversicherten (EK) oder das Regelsystem der Regionalkassenversicherten (RK) für anwendbar erklärt, jeweils einen Punktwert in Ansatz, der dem "Durchschnittspunktwert aller Ärzte" entspricht. Diese ergeben sich - getrennt nach RK-/EK-Bereich - aus der pauschaliert gezahlten Gesamtvergütungssumme geteilt durch die Gesamtzahl der anerkannten RK- bzw. EK-Leistungen, bevor eine Aufteilung in versorgungsbereichsspezifische bzw. arztgruppenspezifische Honorarkontingente erfolgt.

So wurden beispielsweise im Quartal 2/02 bei der Abrechnung von Anspruchsberechtigten nach dem BSHG ein Punktwert von 3,0813 Cent für übrige Leistungen und Labor angesetzt. Demgegenüber sind der Klägerin diese Leistungen bei Regionalkassenversicherten mit 4,6300 Cent vergütet worden. Bezüglich der Hausarztpauschale und sonstigen Kostenpauschalen ergab sich keine Abweichung (Punktwert BKT-EK 4,2971 Cent; hausärztlicher EK-Punktwert 4,8900 Cent). Die Punktwerte BKT liegen damit niedriger als die in den Quartalen gezahlten Hausarzt-Punktwerte, gleichwohl höher als die überwiegende Mehrheit der arztgruppenspezifischen Facharzt-Punktwerte.

Die Ärztegemeinschaft hat gegen die Honorarbescheide jeweils insoweit Widerspruch erhoben, als darin über die Honorarfestsetzung BKT entschieden worden ist. Sie begehrten eine Vergütung nach demselben Punktwert, der bei Anwendung der hausärztlichen Punktwerte des Honorarverteilungsmaßstabes anzusetzen gewesen wäre.

Die Widersprüche wurden mit quartalsbezogen gesonderten Bescheiden vom 23. Juli 2002 und 8. Januar 2003 zurückgewiesen.

Dagegen hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht München erhoben. Sie stellt nicht in Abrede, dass der sich nach Maßgabe des HVM ergebende hausärztliche Punktwert nicht unmittelbar anzusetzen ist. Sie trägt jedoch vor, dass die jeweiligen spezialgesetzlichen Vorgaben eine Vergütung vorsehen, die exakt demjenigen entspreche, was der jeweilige Vertragsarzt für eine Vergütung eines gesetzlich Regionalkassen- bzw. Ersatzkassenversicherten erhalten hätte. Da auf Grund der Aufteilung der Gesamtvergütungen in ein Hausarztkontingent und ein Facharztkontingent, letzteres bei nachfolgender Aufteilung in arztgruppenspezifische Honorarfonds, sich ein höherer Hausarzt Punktwert und niedrigere Facharzt Punktwerte ergeben, müsse aus Gleichbehandlungsgründen auch bei Leistungen für besondere Kostenträger der höhere Hausarzt Punktwert in Ansatz kommen.

Mit Urteilen vom 25.01.2005 hat das Sozialgericht die Klagen abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass die Vergütung für Leistungen zu Gunsten besonderer Kostenträger auf spezialgesetzlicher Grundlage außerhalb des Honorarverteilungsmaßstabes erfolge. Daher sei bei der Festlegung der konkreten Vergütungshöhe ein Durchschnittspunktwert für alle Arztgruppen zu bilden.

Dagegen richten sich die Berufungen der Klägerin. Ergänzend ausgeführt wird, dass dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 14.05.1997 - [6 RKa 57/96](#) - deutlich zu entnehmen sei, dass [§ 75 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) die Höhe des Ersatzkassenpunktwerts, der dem konkreten Leistungserbringer bei Erbringung der Leistungen an einem EK-Versicherten zu zahlen gewesen wäre, als allein maßgebend ansehe. Einflussfaktoren des EBM-Ä und des HVM, die zu einer Abstufung/Budgetierung der bei der Honorarverteilung einzustellenden Leistungsmenge führten, seien irrelevant auch dann, wenn gerade diese Instrumente eine Erhöhung des Punktwerts in dieser Arztgruppe bewirkt hätten.

Die Klägerin beantragt, die Urteile des Sozialgerichts München vom 25.01.2005 sowie die Honorarbescheide der KVB für die Quartale 1/00, 2/00, 4/00 1/01 und 2/02 in Gestalt der jeweiligen Widerspruchsbescheide aufzuheben, soweit die Vergütungen bei den besonderen Kostenträgern betroffen sind, und die Beklagte zu verpflichten, die Honoraranforderungen der Kläger bei den besonderen Kostenträgern entsprechend den Auszahlungspunktwerten für die Mitglieder der Regional- und Ersatzkassen zu vergüten.

Die Beklagte beantragt, die Berufungen zurückzuweisen.

Nach ihrer Ansicht haben alle Elemente, die auf einer Punktwertspreizung durch Budgetierung, Abstufung und Honorarkontingentregelungen beruhen, außer Ansatz zu bleiben. Daher komme nur ein "Durchschnittspunktwert aller Ärzte" in Betracht. Auf Nachfrage des Senats wurde erklärt, dass sich nicht mehr habe ermitteln lassen, aufgrund welchen Sozialversicherungsabkommen die beiden Patienten sachleistungsaushilfeberechtigt waren.

Der Senat hat im Termin die Verfahren zu gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden.

Für die weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der beigezogenen Verwaltungsakten, der Streitakten des Sozialgerichts München sowie der Verfahrensakten des Bayer. Landessozialgerichtes Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig. Aus der Zusammenschau von Klageschrift vom 27.08.2002 und Klagebegründungsschrift vom 19.01.2005 wird ausreichend deutlich, dass als Klägerin der Verfahren die BGB-Gesellschaft, deren Gesellschafter die vertragsärztliche Tätigkeit in Gemeinschaftspraxis betreiben, und nicht die Vertragsärzte auftreten. Im Schriftsatz vom 19.01.2005 wird als Klägerin die Gemeinschaftspraxis bezeichnet. Der weitere Vortrag legt nahe, dass damit die der Gemeinschaftspraxis zivilrechtlich zugrundeliegende BGB-Gesellschaft gemeint ist. Die Gesellschaft wurde nach Ausscheiden der Ärztin M. nicht aufgelöst, sondern mit Dr. P. unter Übernahme aller Ansprüche fortgeführt. Ein Parteiwechsel liegt nicht vor.

Die Berufungen sind unbegründet. Dies nicht deshalb, weil es der Klägerin am Erfordernis der Klagebefugnis mangelte. Nach der Entscheidung des BGH vom 29.01.2001 ([BGHZ 146, 341, 356](#)) ist die der Gemeinschaftspraxis zivilrechtlich zugrundeliegende BGB-Gesellschaft als Träger von Rechten und Pflichten anzusehen und diese damit (auch) als Gläubigerin des Honoraranspruchs zu betrachten (BSG vom 07.02.2007; [B 6 KA 4/06 R](#)).

Die angefochtenen Honorarbescheide in Gestalt der Widerspruchsbescheide erweisen sich jedoch hinsichtlich der Honorarfestsetzung für Leistungen zu Lasten der beigeordneten besonderen Kostenträger als rechtmäßig.

Rechtsgrundlage für die Vergütung der erbrachten Leistungen zu Lasten sogenannter besonderer Kostenträger ist hier [§ 75 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#), § 18 c Abs.4 Satz 1 BVG, § 6 Abs.1 des Vertrages über die ärztliche Versorgung von Zivildienstleistungen in Verbindung mit [§ 75 Abs.3 Satz 2 SGB V](#) und § 37 Abs.3 des damals geltenden BSHG. Rechtsgrundlage der Vergütung im Rahmen der Sachleistungsaushilfeleistungen sind die jeweiligen Sozialversicherungsabkommen der Bundesrepublik Deutschland mit anderen Staaten, denen der Berechtigte unterfällt.

Bereits aus diesem Grunde kann eine unmittelbare Anwendung der Verteilungsregelungen der in den Quartalen gültigen Honorarverteilungsmaßstäbe unmittelbar nicht in Betracht kommen.

Nach [§ 75 Abs.3 SGB V](#) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen auch die ärztliche Versorgung von Personen sicherzustellen, die auf Grund dienstrechtlicher Vorschriften über die Gewährung von Heilfürsorge einen Anspruch auf unentgeltliche ärztliche Versorgung haben, soweit die Erfüllung diese Anspruchs nicht auf andere Weise gewährleistet ist. Die Vergütung dieser Leistungen an diesen Personenkreis regelt Satz 2. Danach sind die "ärztlichen Leistungen so zu vergüten, wie die Ersatzkassen diese vertragsärztlichen Leistungen vergüten".

§ 6 Abs.1 des Vertrages über die ärztliche Versorgung von Zivildienstleistenden verweist hinsichtlich der Vergütung auf [§ 75 Abs.3 Satz 2 SGB V](#).

Nach § 37 Abs.3 des damals geltenden BSHG hatten Ärzte für ihre Leistungen Anspruch auf die Vergütung, welche die Ortskrankenkasse, in

deren Bereich der Arzt niedergelassen ist, für ihre Mitglieder zahlt.

Für Heilbehandlungsberechtigte nach dem Bundesversorgungsgesetz regelt § 18 c Abs.4 Satz 1 BVG, dass Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und andere Leistungserbringer nur auf die für Mitglieder der Krankenkasse zu zahlende Vergütung Anspruch haben. Der Heilbehandlungsanspruch wird, soweit nicht die Kriegsoferversorgungsverwaltung die Leistungen selber erbringt, durch die Krankenkasse im Auftrag der Versorgungsverwaltung erbracht. Konkret verpflichtete Krankenkasse ist diejenige, bei der der Berechtigte gesetzlich versichert ist. Gibt es eine solche nicht, ist auftragsnehmende Krankenkasse die Allgemeine Ortskrankenkasse des Wohnortes (§ 18 c Abs.2 Satz 1 BVG).

Die einschlägigen Sozialversicherungsabkommen der Bundesrepublik Deutschland sehen im wesentlichen übereinstimmend die Regelung vor, dass Personen und Einrichtungen, die mit der Allgemeinen Ortskrankenkasse oder einer vom Anspruchsberechtigten zu wählenden Krankenkasse des Aufenthaltsortes Verträge über die Erbringung von Sachleistungen für die bei diesen Trägern Versicherten und deren Angehörige abgeschlossen haben, verpflichtet sind, Sachleistungen auch für die nach dem Sozialversicherungsabkommen anspruchsberechtigten Personen unter denselben Bedingungen zu erbringen, als ob diese Personen bei den Trägern der Krankenversicherung versichert wären, und als ob die Verträge sich auch auf diese Personen erstreckten (vgl. Artikel 16 Abs.1 und 4 SVA BRD-Marokko; Art. 17 Abs. 1 und 4 SVA BRD-Kroatien).

Die genannten spezialgesetzlichen Vorschriften sind auslegungsfähig und auslegungsbedürftig. Zwar erscheint [§ 75 Abs. 3 S. 2 SGB V](#) insoweit eindeutig, als der Punktwert, den die Beklagte für die an EK-Versicherten erbrachten Behandlungsleistungen auszahlt, maßgebend ist (BSG Urt. v. 14.05.1997 - [6 RKA 57/96](#) - [SozR 3-2500 § 75 Nr. 9](#)). Nicht ausdrücklich geregelt ist jedoch, ob und inwieweit auch die arztgruppenspezifischen Differenzierungen der Punktwerte und die die Differenzierungen mitbedingenden Abstufungs- und Budgetierungsregelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für Ärzte (EBM-Ä) und des HVM/Honorarvertrags zu berücksichtigen sind.

Wird die Norm dahingehend interpretiert, dass die Vergütung demjenigen zu entsprechen habe, was der individuelle vertragsärztliche Leistungserbringer für die Behandlung eines Ersatzkassenversicherten erhält, würden über die spezialgesetzliche Grundlage mittelbar der arztgruppenspezifische Punktwert aber auch sämtliche Budgetierungsvorschriften des EBM und des Honorarverteilungsmaßstabes/Honorarvertrags, die letztlich die Punktwerthöhe mit beeinflussen, Anwendung finden müssen.

Wäre die Norm dahingehend auszulegen, dass die Vergütung dem zu entsprechen habe, was zwar nicht dem individuellen Leistungserbringer, sondern einem Angehörigen der Arztgruppe und des Versorgungsbereiches, dem der individuelle Leistungserbringer unterfällt, für die Behandlung eines gesetzlich Versicherten erhält, könnten Budgetierungsvorschriften u.ä., die auf den individuellen Leistungserbringer abzielen, keine Anwendung finden. Gleichwohl wäre aber der Höhe nach derjenige Punktwert maßgebend, wie er auf Grund der Honorarverteilungsregelungen dem Typus der Versorgungsbereich- bzw. Arztgruppen zusteht, dem der Leistungserbringer angehört. (Hausarzt Punktwert; spezifischer Facharzt Punktwert).

Legt man dagegen den Focus der Auslegung allein auf die Vergütung der erbrachten Leistung - das heißt ohne Bezug auf die Arztgruppen- und Versorgungsbereichszugehörigkeit - , haben nicht nur individuelle Veränderungen der Vergütungshöhe auf Grund bindender fallzahlbezogener Budgetierungsvorschriften außer Ansatz zu bleiben. Darüber hinaus sind auch sämtliche Bemessungsregelungen nicht anzuwenden, die auf Grund der Anknüpfung an eine Versorgungsbereichs- und Arztgruppenzugehörigkeit zu einer Erhöhung oder Erniedrigung des Punktwertes führen.

Bereits dem Wortlaut des [§ 75 Abs.3 Satz 2 SGB V](#), der zur maßgeblichen Vergütung diejenige erklärt, die für Leistungen der Ersatzkassen zu zahlen sind, entnimmt der Senat, dass bei der Vergütung nicht auf eine Arztgruppen-/Versorgungsbereichszugehörigkeit abzustellen ist. Zum alleinigen Anknüpfungskriterium ist die "ärztliche Leistung" als solche erhoben. Daraus folgt, dass die Leistungen mit den Punktwerten zu bewerten sind, die dem EBM-Ä sowie den darauf beruhenden Gebührenordnungen BMÄ und E-GO entsprechen. Die danach anzuerkennenden Punktwerte sind im Anschluss daran, ohne die durch die Honorarverteilungsmaßstäbe/Honorarverträge vorgenommenen Differenzierungen auf Grund Zugehörigkeit zum hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich und ohne Bezugnahme auf die Arztgruppe, für sämtliche zugelassene Ärzte in gleicher Höhe zu vergüten.

Dem entspricht der von der Beklagten zugrunde gelegte Durchschnittspunktwert - EK aller Ärzte, der sich aus den pauschaliert für die im Ersatzkassenbereich zu vergütenden Leistungen zur Verfügung gestellten Gesamtvergütungsmengen, geteilt durch die Zahl der anerkannten Bewertungspunkte für diesen Kassenbereich errechnet. Umgekehrt bleiben Einflüsse auf den Punktwert, die sich allein auf Grund der individuellen Punktwertanforderung für eine Leistung oder sämtliche Leistungen ergeben, ebenso außer Betracht, wie Einflüsse, die an die Arztgruppe anknüpfen. Nur soweit der EBM-Ä und die darauf beruhenden Gebührenordnungen angesichts der arztgruppenspezifisch unterschiedlichen Wertigkeit des gleichen Leistungsinhaltes eine unterschiedliche Bewertung vorsehen, weil der betroffenen Leistung differenziert nach Arztgruppen ein unterschiedlicher Inhalt und Umfang zukommt, wie dies z.B. bei den Pauschalleistungen nach Nr.1 und auch der Laborgrundgebühr o.ä. der Fall ist, sind die jeweiligen für die Arztgruppe im EBM vorgesehenen Punktzahlen der Bewertung zugrunde zu legen. Dies ist offensichtlich auch geschehen.

Dieses am Wortlaut orientierte Auslegungsergebnis wird durch den Rechtszustand des [§ 75 Abs.3 SGB V](#) zum Zeitpunkt seiner Einführung bestätigt. Die Regelung wurde bereits zu einem Zeitpunkt geschaffen, zu dem die Differenzierungen in den Honorarverteilungsmaßstäben auf Grund arzt spezifischer Arztgruppen- bzw. Versorgungsbereichskontingente noch nicht existent waren und die ärztliche Leistungen im Wesentlichen unabhängig von einer Arztgruppenzugehörigkeit in gleicher Höhe und nach einem einheitlichen Einzelleistungsvergütungssystem vergütet wurden (zu den Motiven des [§ 75 Abs. 3 S. 2 SGB V](#): BSG v. 14.05.1997 m.w.N.). Die aus der Bildung von Honorarkontingenten folgende Differenzierung der Punktwerte im Verhältnis der Arztgruppen zueinander beruhen auf unterschiedlichen Mengenentwicklungen, die wiederum maßgeblich durch diverse Budgetierungsregelungen und verwandte Steuerungsinstrumente im EBM-Ä und in den Honorarverteilungsnormen beeinflusst werden sowie auf Punktwertstützungen eines Kontingents zu Lasten anderer Kontingente. Die Ratio der Gleichstellung der Vergütungshöhe für die Behandlung zu Lasten besonderer Kostenträger mit der Vergütung für die Behandlung von EK-Versicherten gebietet es nach Ansicht des Senats, solche auf Stützung und Mengenbeeinflussung beruhenden Einflussfaktoren nicht zu berücksichtigen, die mit der ärztlichen Leistung zu Lasten besonderer Kostenträger nichts zu tun haben.

Gleiches gilt nach Ansicht des Senats für die von den Klägern gegenüber Sozialhilfeanspruchsberechtigten erbrachten Leistungen. Nach dem bis zum zweiten Quartal 2001 geltenden § 37 Abs.3 BSHG (in der bis zum 30.06.2001 geltenden Fassung) und der ab dem 3. Quartal 2001 bis zum 31.12.2003 geltenden § 38 Abs.4 BSHG - unter dem SGB II tritt die Problematik infolge Systemänderung nicht mehr auf - hatten Ärzte und Zahnärzte für ihre Leistungen Anspruch auf diejenige Vergütung, welche die Ortskrankenkasse, in deren Bereich der Arzt niedergelassen ist, für ihre Mitglieder zahlt.

Wenngleich der Wortlaut der Normen im Gegensatz zu [§ 75 Abs.3 Satz 2 SGB V](#) nicht mehr ausdrücklich an die ärztliche Leistung anknüpft, so erfolgt doch keine Bezugnahme auf den leistungserbringenden Arzt, sondern lediglich auf die Vergütung, welche die für den Niederlassungsort zuständige AOK der KÄV zahlt. Auch hier nimmt der Senat im Hinblick auf die Rechtsentwicklung der die Honorarverteilung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkasse bestimmenden Normen des SGB V und der darauf beruhenden Normen der Honorarverteilungsmaßstäbe an, dass auch hier alle an die Arztgruppenzugehörigkeit anknüpfenden Einflüsse unberücksichtigt zu bleiben haben. Soweit die Klägerin dem nicht zu folgen vermag, wird sie konzedieren müssen, dass bei einer Wortlautauslegung allenfalls auf die dem individuellen Leistungserbringer zustehende Vergütung abzustellen wäre. Dann würden mittelbar nicht nur der jeweilige arztgruppenspezifische Punktwert, sondern auch die individuellen Budgetierungsregelungen des EBM-Ä und des HVM Anwendung zu finden haben, indem der Personenkreis mit dem vom Leistungserbringer behandelten Personenkreis der Regionalkassen gemeinsam bewertet und vergütet wird. Wenn das Klagebegehren versucht, einerseits den höheren Hausarzt Punktwert in Ansatz zu bringen, jedoch die Anwendung der an den individuellen Erbringer anknüpfenden Budgetierungsregelungen zu vermeiden, scheint einer selektiven Normenauslegung das Wort geredet zu werden, weil der im Vergleich zu den Facharzt Punktwerten höhere Hausarzt Punktwert gerade Folge von Budgetierungs- und Fallzahlbegrenzungsregelungen ist, ohne die der Punktwert erheblich niedriger ausgefallen wäre. Entgegen der klägerischen Ansicht vermag der Senat für eine solche Auslegung dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 14.05.1997 ([a.a.O.](#)) nichts zu entnehmen.

Nichts anderes gilt auch für die Vergütung von Leistungen zugunsten von Heilbehandlungsberechtigten nach dem Bundesversorgungsgesetz. Hier ist die Regelung der Vergütung in § 18c Abs. 4 BVG an die Erbringung der Heil- und Krankenbehandlung geknüpft, wobei dann der Bezug auf die für Mitglieder der Krankenkasse zu zahlende Vergütung hergestellt wird. Neben der Auslegung nach der Rechtsentwicklung lässt sich hier dem Wortlaut eine alleinige Bezugnahme auf die Heilbehandlungsleistung entnehmen.

In gleicher Weise interpretiert der Senat die einschlägigen Bestimmungen der diversen Sozialversicherungsabkommen. Danach ist der Vertragsarzt verpflichtet, die Sachleistungen unter denselben Bedingungen zu erbringen, als ob diese Personen bei dem nach dem Sozialversicherungsabkommen beauftragten Träger - der für den Aufenthaltsort zuständigen Allgemeinen Ortskrankenkasse oder einer vom Anspruchsberechtigten zu wählenden Krankenkasse am Aufenthaltsort - versichert wären und als ob die Verträge sich auf diese Personen erstreckten (vgl. Artikel 16 Abs.1 und 4 SVA BRD/Marokko; Art. 17 Abs. 1 und 4 SVA BRD/Kroatien). Auch hier wird eine Anknüpfung ausschließlich an die zu erbringenden ärztlichen Leistungen (Sachleistungen) ausreichend deutlich, die nach den für die gewählte Krankenkasse für gesetzlich Versicherte geltenden Regeln zu vergüten sind. Anknüpfungspunkte der Honorarverteilung, die an die Differenzierung eines Punktwertes auf Grund Arztgruppenzugehörigkeit abzielen, haben außer Betracht zu bleiben.

Die Vertragsärzte haben daher nur einen Anspruch auf den von der Beklagten gezahlten Durchschnittspunktwert aller Ärzte RK bzw. EK. Dabei verbieten sich umgekehrt etwaige pauschale Abzüge zur Berücksichtigung von durchschnittlichen Verminderungen des anzuerkennenden Leistungsvolumens, die auf der durchschnittlichen Anerkennungsquote aller Ärzte nach Anwendung von EBM-Ä-Budgetierungsregelungen beruhen. Einen solchen Abzug hat die Beklagte in den streitbefangenen Quartalen nicht vorgenommen.

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

Im Hinblick auf die grundsätzliche Bedeutung hat der Senat die Revision zugelassen ([§ 160 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2009-01-13