S 29 KA 1969/99

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Frankfurt (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
29
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 29 KA 1969/99
Datum
10.04.2002
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 7 KA 949/02
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Bemerkung
verb. m. S-29-KA-2090/99
verb. m. S-29-KA-2090/99
verb. m. S 29 KA 2090/99
1. Unter Aufhebung der Widerspruchsbescheide vom 04.05.1999 (Wi I-2547/98) und vom 25.05.1999 (Wi II-2619/98) betr. das Quartal III/97 wird die Beklagte verurteilt, die Widersprüche der Kläger vom 28.05.1998 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichtes neu zu bescheiden.

2. Die Beklagte hat den Klägern die zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung notwendigen Aufwendungen zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des vertragsärztlichen Honorars für das Quartal III/97 und die Rechtmäßigkeit der Honorarverteilung nach dem Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der beklagten kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH). Die Kläger wenden sich insbesondere gegen die Budgetierungs- und Teilquotierungsmaßnahmen nach der Leitzahl (LZ) 702.

Die Kläger zu 1 und 2 sind als Internisten - Kardiologie - in A-Stadt niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie betreiben eine Gemeinschaftspraxis.

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) sah bis einschließlich IV/92 in der maßgeblichen Fassung vom 20.06.1992 mengenbegrenzende Regelungen vor. Danach erhielt der Vertragsarzt in bestimmten Leistungsbereichen bis zu einer Höchstgrenze den vollen Punktwert, für den weitergehenden Fallwert bis zur vollen mittleren Abweichung noch 90 % und darüber hinaus 80 % des Punktwertes (Anlage zur damaligen Leitzahl (LZ) 707). Für den Fall, dass der Punktwert in den 90%- und 80 %-Bereichen unter 5 Pf sinken oder die Gesamtvergütung für die vorgesehene Verteilung nicht ausreichen würde, war der Vorstand - nach näherer Maßgabe -ermächtigt, sowohl die Grenzwerte neu festzusetzen als auch anzuordnen, dass nur Teilquoten honoriert werden. Außerdem war der Vorstand der KVH ermächtigt, in Ausnahmefällen von einer Begrenzung der Honoraranforderung ganz oder teilweise abzusehen sowie Einzelheiten der Durchführung zu regeln. Diese Bestimmungen der Anlage zur LZ 707 entfielen mit Wirkung ab dem 01.01.1993.

Gleichartige Regelungen wurden aber in die Anlage zur LZ 702 aufgenommen (HVM in der Fassung vom 20.03.1993, Hessisches Ärzteblatt, 201). Es gab nunmehr sieben Honorargruppen, wobei die in der Honorargruppe 6 zusammengefassten "übrigen Leistungen" einer Teilquotierung mit Vergütungsabstaffelung - so wie bisher nach der LZ 707 - unterworfen wurden. Der Vorstand war wie bisher ermächtigt, die Grenzwerte neu festzusetzen und anzuordnen, dass nur Teilquoten honoriert werden sowie in Ausnahmefällen von einer Begrenzung der Honorarforderung ganz oder teilweise abzusehen und Einzelheiten der Durchführung zu regeln.

In der Folgezeit änderte die Abgeordnetenversammlung der KVH diese Regelung mehrfach ab. Durch Beschluss vom 02.12.1995 der Abgeordnetenversammlung der KVH wurden die Grundsätze der Honorarverteilung für die Primär- und Ersatzkassen mit Wirkung ab 01.01.1996 neu geregelt. Mit Beschluss vom 30.11.1996 verabschiedete die Abgeordnetenversammlung der Beklagten mit Wirkung zum 01.01.1997 neue Grundsätze der Honorarverteilung betreffend Primär- und Ersatzkassen. Mit Beschluss vom 05.04.1997- bekannt gegeben am 02.05.1997- wurde die Regelung in Anlage 3 zu LZ 702 konkretisiert. Der praxisindividuelle Teilfallwert wurde auf der Basis der "nach der Prüfung anerkannten Honoraranforderungen" festgestellt. Außerdem wurde der Vorstand unter bestimmten Voraussetzungen (mit

Wirkung ab 01.07.1996) ermächtigt, den Punktwert der Honorargruppe 3a zu erhöhen.

Mit Beschluss der Abgeordnetenversammlung vom 14.06.1997, bekannt gemacht durch Teil 2 der Bekanntmachung vom 24:06.1997, änderte die Beklagte die Grundsätze der Honorarverteilung ab dem Quartal III/97. Sie bildete wieder Honorargruppen (Anlage 1 (Primärkassen) und Anlage 2 (Ersatzkassen) zu LZ 702). Neben den Honorargruppen für Laborleistungen (Honorargruppen 1 und 2), Hausärztliche Grundvergütung (Honorargruppe 3), Psychotherapeutische Leistungen (Honorargruppe 5) und zwei weiteren u.a. für Wegpauschalen und Dialyse - Sachkosten (Honorargruppen 6 und 7 bzw. 6 und 8; im Ersatzkassenbereich war zunächst noch eine Honorargruppe 7 für bestimmte Leistungen vorgesehen) bildete sie eine Honorargruppe 4 für alle übrigen Leistungen des EBM, soweit sie noch nicht von den anderen Honorargruppen bereits erfasst waren. Diese Honorargruppe 4 unterteilte sie wiederum in 18 Facharzt (unter)gruppen (= Honorargruppen 4.1 bis 4.18). Für fachärztlich tätige Internisten, Lungenärzte und fachärztlich tätige Kinderärzte bildete sie die Honorar(unter)gruppe 4.13, für Pathologen und Abrechnungen mit Leistungen im Rahmen der gynäkologischen Einsende - Zytologie die Honorar(unter)gruppe 4.15, für Radiologen/Strahlentherapeuten und Nuklearmediziner die Honorar(unter)gruppe 4.16. Nach Abzug bestimmter Vorableistungen und Verteilung eines entsprechenden Betrages auf der Grundlage des Jahres 1995 an die übrigen Honorargruppen, wobei der feste Punktwert der Honorargruppe 6 zu Lasten der Honorargruppe 4 zu finanzieren war, erfolgte die Aufteilung innerhalb der Honorargruppe 4 nach den Honorarzahlungen für die einzelnen Honorar(unter)gruppen in den Quartalen 1/95 bis IV/96. Wich der Verteilungspunktwert in den Honorar(unter)gruppen 4.15 und 4.16 vom mittleren Punktwert für die gesamte Honorargruppe 4 um mehr als 10 % nach unten ab, so waren zur Sicherung des maximalen Punktwertabstandes von 10 % bei diesen Honorar(unter)gruppen Auffüllungsbeträge zu Lasten der gesamten Honorargruppe 4 (vorab) zur Verfügung zu stellen. Diese minderten damit anteilig den für alle Honorar(unter)gruppen zur Verfügung stehenden prozentualen Honoraranteil am Verteilungsbetrag. Für alle übrigen Honorar(unter)gruppen galt diese Regelung bei einer Abweichung um mehr als 15 %. Bei einem Absinken des mittleren Punktwerts der gesamten Honorargruppe 4 unter 6,5 Pfg. war mit den Honorargruppen 1 und 2 unter Aufhebung der für diese sonst geltenden Mindestpunktwertvorgabe ein gemeinsamer Punktwert zu bilden, bei einem Absinken unter 7 Pfg. war der feste Punktwert von 10 Pfg. für die Honorargruppe 3 auf den für die Honorargruppe 5 in Höhe von 8,5 Pfg. anzupassen. Anlage 3 zu LZ 702 HVM sah in Abschnitt 1 eine Budgetierung der Honorarforderungen der Ärzte bzw. Praxen vor, die nicht in die Maßnahmen nach LZ 208, das sind Budgetmaßnahmen, einbezogen waren. Dies betraf u. a. fachärztlich tätige Internisten und Kinderärzte, Lungenfachärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Radiologen und Strahlentherapeuten. Im übrigen entsprach diese Regelung weitgehend der Teilquotierung in den Vorläuferquartalen III/96 bis II/97. Es wurde gleichfalls auf die entsprechenden Quartale der Vorjahre Bezug genommen, für die Quartale ab 1/98 auf 1995 und 1996. Honoraranforderungen über den zugestandenen Fallwert hinaus wurden weiterhin nicht, auch nicht teilweise vergütet. Abweichend von der Vorläuferregelung bestand kein erhöhter Zuschlag für hausärztlich tätige Praxen. Der Zuschlag betrug einheitlich 10 % vom entsprechenden Teilfallwert der Fachgruppe. Abschnitt II sah erstmals eine fallzahlabhängige Quotierung der Honorarforderungen vor. Danach wurde die aktuelle Fallzahl mit der entsprechenden Quartalsfallzahl des Jahres 1995, die um einen Zuschlag von 2 % der Fallzahl der Fachgruppe vermehrt wurde, verglichen. Die über diese Vergleichszahl hinausgehenden Fälle wurden nur 50% vergütet. Hieraus wurde für alle Fälle ein Quotierungsfaktor errechnet. Durch Beschluss der Abgeordnetenversammlung vom 29.11.1997, bekannt gemacht durch Teil 2 der Bekanntmachung vom 12.12.1997, änderte die Beklagte die Grundsätze der Honorarverteilung rückwirkend zum 01.07.1997. Für den Primärkassenbereich fügte sie eine neue Honorargruppe ein, die ausgewählte Leistungen des ambulanten Operierens enthielt und ausschließlich für Betriebskrankenkassen galt. Ferner fügte sie eine Regelung hinzu, wie der Honoraranteil für diese Honorargruppe zu berechnen war. Im Ersatzkassenbereich strich sie die Honorargruppe 7. In der Anlage 3 fügte sie die Abschnitte I und IV neu ein, die bisherigen Abschnitte (I und II) wurden mit wenigen Ergänzungen als Abschnitte II und III bezeichnet. Im neuen Abschnitt I wurde zusätzlich eine Quotierung aufgrund der Abweichung von der durchschnittlichen Fallzahl durch drei Fallzahlbereiche gebildet. Für alle Fälle bis zu 50 % des Fallzahldurchschnittes der Arztgruppe im jeweiligen Quartal des Jahres 1995 erfolgte eine Anhebung um 10 %, für alle Fälle von mehr als 50% bis 150% des regionalen Fallzahldurchschnittes eine Absenkung um 10 %, für alle darüber hinausgehenden Fallzahlen eine Absenkung um 20 %. Für u.a. Laborärzte und Pathologen galt diese Regelung nicht. Aus ihr wurde wiederum für alle Fälle ein weiterer Quotierungsfaktor errechnet. Abschnitt IV führte zusätzliche Leistungsbudgets ein. Eine weitere geringfügige, rückwirkende Änderung (Abschnitt III der Anlage 3 zu LZ 702) erfolgte durch Beschluss vom 20.06.1998, bekannt gemacht als Teil 1 der Bekanntmachung vom 26.06.1998. Ab 01.01.1998 wurde Anlage 3 zu LZ 702 erneut durch Beschluss vom 28.11.1998, bekannt gemacht als Teil 1 der Bekanntmachung vom 09.12.1998, geändert. Eine wesentliche Änderung trat dann erst für das Quartal III/98 ein.

Für die Kläger setzte die Beklagte mit Honorarbescheid vom 24.03.1998 das Honorar für das Quartal III/97 auf Netto 181.612,05 DM fest, nachdem sie folgende Teilquotierungsmaßnahmen nach der Anlage 3 zu LZ 702 des Honorarverteilungsmaßstabes durchgeführt hatte:
Primärkassen - Teilquotierung nach Anlage zu LZ 702/2 HVM: 24.568,84 DM AMB
Primärkassen - Teilquotierung nach Anlage zu LZ 702/1 HVM Plus: 5.208,56 DM AMB
Ersatzkassen - Teilquotierung nach Anlage zu LZ 702/2 HVM: 12.583,73 DM AMB
Ersatzkassen - Teilquotierung nach Anlage zu LZ 702/1 HVM Plus: 2.667,74 DM AMB
Summe aus den durchgeführten Maßnahmen: 29.276,27 DM

Nach der Maßnahmeübersicht vom 24.03.1998 unterlagen die Kläger folgenden Maßnahmen: Die Beklagte nahm für das streitbefangene Quartal eine Bewertung der budgetrelevanten Fälle der Arztpraxis im Rahmen der fallzahlabhängigen Bewertung nach Anlage 3 Abschnitt I zu LZ 702 HVM vor. Bei einem hierfür maßgeblichen Honorarvolumen von 309.212,00 DM und einer budgetrelevanten Fallzahl von 1184 betrug der Fallwert des angeforderten Honorarvolumens 267,16 DM. Aufgrund des Bewertungsfaktors von 104.90 % bestimmte sich der Fallwert auf 273,97 DM. Dies führte hinsichtlich der Berechnung der Gesamthonoraranforderung dazu, dass alle der "fallzahlabhängigen" Bewertung unterliegenden Leistungen der Honorargruppe 4 mit einer Bewertung von 104.90 % (bezogen auf die Bewertung mit einem Punktwert von 10 Pfg.) eingingen. Des weiteren wurde die Honorarforderung der Kläger einer Budgetierung/Teilquotierungsregelung nach Abschnitt II der Anlage 3 zu LZ 702 unterzogen. Die Beklagte ging von einem angeforderten Honorarvolumen von 324.193,30 DM und einer Fallzahl von 1329 aus. Dies ergab einen Teilfallwert des angeforderten Honorarvolumens von 243,94 DM. Bei Teilfallwerten der Praxis in III/95 von 177,99 DM und in III/96 von 204,65 DM ergab sich ein arithmetisches Mittel von 191,32 DM. Das arithmetische Mittel aus Teilfallwerten der Vergleichsgruppe betrug DM 246,36 DM. Der budgerelevante Teilfallwert für das Quartal III/97 bestimmte sich dann aus dem arithmetischen Mittel der Teilfallwerte der Praxis (=191,32 DM) plus 10% aus dem arithmetischen Mittel aus Teilfallwerten der Vergleichsgruppe (= 24,64 DM), also 215,96 DM. Gegenüber dem angeforderten Teilfallwert von 243,94 DM entsprach dies einer anerkennungsfähigen Quote von 88,53 %. Die Beklagte setzte im Honorarbescheid vom 24.03.1998 nach Durchführung der Quotierungen außerdem einen Abzug von Kosten für die Sicherstellung und Verwaltungskosten fest.

Mit Schreiben vom 28.05.1998 legten die Kläger gegen den Honorarbescheid für das Quartal III/97 Widerspruch ein und wandten sich insbesondere auch gegen die Maßnahmen gemäß Anl. 3 zu LZ 702 des HVM. Zur Begründung trugen sie vor, dass die Anwendung der individuellen Budgetierung in ihrem Fall von unzulässigen Voraussetzungen ausgehe. So sei das zum Vergleich herangezogene Quartal III/95 das erste Quartal ihrer Gemeinschaftspraxis und nicht unwesentlich durch die Abwicklung der Praxis des Kollegen Dr. C. bestimmt gewesen, die vom zu Kläger zu 2 übernommen worden sei. Der Kläger zu 2 sei in 1995 als hausärztlicher Internist und erst 1997 als fachärztlicher Internist zugelassen gewesen. Zwischenzeitlich habe er die Teilgebietsbezeichnung Kardiologie erworben. Die Heranziehung der Vergleichszahlen aus 95 und 96 für die Honorarabrechnung III/97 trage der noch jungen und daher im Wandel befindlichen Praxis hin zur kardiologischen Fachpraxis nicht ausreichend Rechnung. Man fordere die Zugrundelegung des Fachgruppendurchschnittes für fachärztliche kardiologische Fachpraxen. Des Weiteren beanstande man die Intransparenz der zugegangenen Daten. Man könne nicht nachvollziehen, ob bei der Berechnung der Teilfallwerte III/95 und III/96 die gleiche Art von Fällen zugrunde gelegen habe.

Der Geschäftsausschuss der Bezirksstelle A-Stadt half laut Schreiben vom 02.09.1998 den Widersprüchen der Kläger weder hinsichtlich des Honorarbescheides noch hinsichtlich der Individualbudgetierungsmaßnahmen nach Anl. 3 zu LZ 702 HVM ab und kündigte die Weitergabe der Unterlagen an den Vorstand der Beklagten zur Entscheidung an.

Die Beklagte teilte den Klägern mit Schriftsatz vom 01.02.19.99 mit, dass man hinsichtlich des Honorarbescheides keine belastende Maßnahme gemäß Abschnitt I der Anl. 3 zu LZ 702 HVM vorgenommen habe. So sei zu Gunsten der Kläger ein Bewertungsfaktor von 104,90 % errechnet worden. Ansonsten erläuterte die Beklagte ihr Vorgehen bei der Berechnung der budgetrelevanten Fallzahl. Hinsichtlich der Maßnahme nach Abschnitt II der Anl. 3 zu LZ 702 HVM wies sie auf die Durchführung eines gesonderten Verfahrens hin und kündigte mit Schreiben vom 25.03.1999 die Behandlung des Widerspruchs gegen den Honorarbescheid in der nächsten Regularien-Sitzung am 21.04.1999 an. Dies wurde den Klägern auch für den Widerspruch betr. die Maßnahme nach Abschnitt II der An. 3 zu LZ 702 HVM angekündigt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 04.05.1999 (Wi I-2547/98) wies die Beklagte den Widerspruch der Kläger gegen den Honorarbescheid betr. das Quartal III/97 als unbegründet zurück. Zur Begründung erläuterte sie die Vorgehensweise bei ihren Feststellungen nach Abschnitt I der Anl. 3 zu LZ 702 HVM. Ziel der Maßnahme sei es, bei Arztpraxen mit kleiner Fallzahl, die erfahrungsgemäß einen höheren Kostensatz je Fall aufwiesen, den individuellen Fallwert anzuheben, während bei Praxen mit höheren Fallzahlen, bei denen durch die zusätzlichen Einnahmen auf jeden Fall eine Kostendeckung gewährleistet sei, der Fallwert abgesenkt werde. Bei der Festlegung der budgetrelevanten Fallzahl sei man richtigerweise von 1184 ausgegangen, da 145 Fälle eingereicht worden seien, die ausschließlich Auftragsleistungen oder Kostenerstattungen enthalten hätten. Mit Schriftsatz vom 28.05.1999, Eingang bei Gericht 01.06.1999, hat der Prozessbevollmächtigte im Namen der Kläger gegen den am 11.05.1999 zugestellten Widerspruchsbescheid vom 04.05.1999 Klage vor dem Sozialgericht Frankfurt am Main. erhoben (Az.: S-29/KA-1969/99). Zur Begründung haben die Kläger nochmals rechtliche Bedenken gegen die ab 01.07.1997 vorgenommene fallzahlabhängige Bewertung von Leistungen im HVM geäußert. Es bestünden Bedenken hinsichtlich der einschlägigen Rechtsgrundlage für die vorgenommene Quotierungsmaßnahme. § 85 SGB V sehe nicht vor, dass eine zusätzliche Quotierung von wirtschaftlich erbrachten Leistungen erfolgen könne. Des Weiteren haben sie die fehlende Nachvollziehbarkeit der verschiedenen nebeneinander durchgeführten Maßnahmen bemängelt, die den gleichen Zweck der Punktwertstabilisierung verfolgten. Das Ineinandergreifen der Regelungen lasse sich aus den Honorarbescheiden nicht erschließen. Auch wenn die Beklagte ausführe, dass die Maßnahme nach Abschnitt I der Anl. 3 zu LZ 702 HVM sich zu Gunsten der Kläger auswirke und sie insoweit nicht beschwert seien, führe die fallzahlabhängige Bewertung bei ihnen zu Belastungen in Höhe von DM 5.208,56 brutto betr. die Primärkassen und in Höhe von DM 2.667,74 brutto betr. die Ersatzkassen. Außerdem sei nicht ersichtlich, inwieweit beispielsweise andere Leistungen als die Nr. 608 EBM, wozu sich die Beklagte im Widerspruchsbescheid geäußert hätte, aus den Berechnungen herausgenommen worden seien. Dies gelte z.B. für Leistungen aus dem Bereich der Linkskatheter-Untersuchungen, Katheter-Dilatationen oder Schrittmacherimplantationen. Insgesamt stelle die Vorgehensweise der Beklagten eine nicht zu rechtfertigende Benachteiligung der jungen kardiologischen Praxen zu Gunsten der seit Jahren etablierten Praxen dar und verletze somit den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Im Endeffekt werde den alt eingesessenen kardiologischen Praxen mit häufig exorbitant hohen Fallzahlen und Fallwerten Bestandsschutz gewährt, während die erst seit wenigen Jahren etablierten Praxen hier auf niedrige Fallzahlen bzw. Fallwerte festgelegt würden. Durch Widerspruchsbescheid vom 25.05.1999 (Wi II-2619/98) wies die Beklagte auch den Widerspruch der Kläger gegen die "Maßnahme gemäß Anl. 3 zu LZ 702 der Grundsätze der Honorarverteilung" betreffend das Quartal III/97 als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, dass der Großteil der vertragsärztlichen Leistungen der Honorargruppe 3 b zugeordnet sei und in diesem Bereich anstelle einer stärkeren Quotierung für sämtliche Vertragsärzte einer praxisbezogenen Individualbudgetierung unterworfen werde, wobei die Beklagte die Einzelheiten der Berechnung im Widerspruchsbescheid nochmals erläuterte. Die LZ 702 stünde mit § 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V im Einklang. Anders als die LZ 503 HVM, mit der eine Verhinderung der übermäßigen Ausdehnung der Praxistätigkeit angestrebt werde, diene die LZ 702 dazu, den Punktwert insgesamt stabil zu halten. Die Abgeordnetenversammlung habe zur Erreichung dieses Ziels ein Budgetierungsmodell gewählt, das dem Arzt bei den in die Maßnahme einbezogenen Leistungen eine vergleichbare Vergütung pro Fall wie in der Vergangenheit garantiere. Da man bei den Klägern keine Besonderheiten im Vergleich zu den Kollegen der Fachgruppe habe feststellen können, habe man einer Aussetzung der Maßnahme nach der LZ 702 nicht zustimmen können. Mit Schriftsatz des Prozessbevollmächtigten vom 07.06.1999 haben die Kläger auch gegen diesen (am 27.05.1999 zugestellten) Widerspruchsbescheid (Wi II-2619/98) Klage bei dem Sozialgericht Frankfurt am Main erhoben (Az.: S-29/KA-2090/99). Zur Begründung haben sie vorgetragen, dass die Annahme der Beklagten nicht nachvollziehbar sei, dass sich im Vergleichszeitraum das Leistungsspektrum der Kläger nicht verändert habe. Die Beklagte habe dabei völlig außer Acht gelassen, dass der Kläger zu 1 seine im Juli 1993 neugegründete kardiologische Zuweisungspraxis zunächst allein betrieben habe. Ab 1. Juli 1995 habe er dann zusammen mit dem Kläger zu 2 die bisherige Einzelpraxis als Gemeinschaftspraxis fortgeführt, wobei der Kläger zu 2 seine Kassenzulassung erhalten habe, nachdem er eine aus Altersgründen abgegebene internistische Praxis in A-Stadt erworben hatte. In der überwiegend als hausärztlich internistisch geführten Praxis hätten sich keinerlei technische Einrichtungen vorgefunden und das zu behandelnde Klientel sei rein hausärztlich ausgerichtet gewesen. So habe der Kläger zu 2 die ersten vier Wochen des Quartals III/95 in den Räumen der alten Praxis gearbeitet, um eine nahtlose Betreuung der Patienten zu gewährleisten. Erst im August 1995 seien diese Patienten in die Räumlichkeiten der neuen Praxis verwiesen worden, wobei sie zunächst auch weiterhin hausärztlich internistisch betreut worden seien. Erst im Laufe des Jahres 1996 habe der Kläger zu 2 fachärztlich internistisch mit seinem kardiologischen Schwerpunkt arbeiten können. Dies habe zu einer Veränderung der Leistungsstruktur geführt, was sich in der Zunahme der Häufigkeit der aufwendigen fachkardiologischen Fällen im Vergleich zu den Quartalen III/95 und III/96 widerspiegele. Des Weiteren habe die Beklagte nicht berücksichtigt, dass die durchschnittlichen Fallwerte der Praxis in den Vergleichsquartalen jeweils unter dem Durchschnittswert der Fachgruppe gelegen hätten. Durch die Festschreibung auf eine Praxissituation in der Gründungsphase, werde ihnen jede Möglichkeit

genommen, den Praxisumsatz zu steigern. Dies stehe nicht im Einklang mit der neueren Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes.

Die Kammer hat in der mündlichen Verhandlung beide Klageverfahren zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung miteinander verbunden.

Die Kläger beantragen,
1. den Widerspruchsbescheid vom 04.05.1999 (Wi I-2547/98) betreffend das Quartal III/97 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, über den Widerspruch der Kläger vom 28.05.1998 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichtes neu zu entscheiden;

2. den Widerspruchsbescheid vom 25.05.1999 (Wi II-2619/98) betreffend das Quartal III/97 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, über den Widerspruch der Kläger vom 28.05.1998 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichtes neu zu entscheiden

Die Beklagte beantragt,
die Klagen abzuweisen.

Sie hält den angefochtenen Honorarbescheid in der Fassung der Widerspruchsbescheide für rechtmäßig. Zur Begründung der Rechtmäßigkeit des Honorarbescheides hat sie auf ihre Feststellungen im Widerspruchsbescheid vom 04.05.1999 (Wi 1-2547/98) Bezug genommen. Er beruhe auf der sachgerechten Anwendung der Bestimmungen der Honorarverteilung. Die von den Klägern angegriffene Maßnahme nach Abschnitt I der Anl. 3 zur LZ 702 sei keine belastende Maßnahme. Es habe sich im Gegenteil der Bewertungsfaktor von 104,90 % zu Gunsten der Kläger ausgewirkt. Dass es ausweislich des Honorarbescheides durch die fallzahlabhängige Bewertung zu Honorarkürzungen gekommen sei, beruhe auf Maßnahmen nach Abschnitt II zu Anl.3 LZ 702 HVM. Es sei nicht nachvollziehbar, dass die Kläger die generelle Rechtmäßigkeit der Einführung einer fallzahlbegrenzenden Regelung (Abschnitt I der Anl. 3 zu LZ 702 HVM) anzweifelten. Auch die Budgetierungsteilquotierung der Honorarforderung nach der Anl. 3 zu LZ 702 HVM sei unter Berücksichtigung der sozialgerichtlichen Rechtsprechung rechtmäßig. Der Gesetzgeber habe in § 85 Abs. 4 SGB V eine inhaltlich hinreichend bestimmte Ermächtigungsgrundlage dafür geschaffen. Abschnitt I diene einem beschränkten Ausgleich zwischen großen und kleinen Praxen innerhalb einer Fachgruppe, gemessen an der Zahl der Behandlungsfälle. Es werde hierdurch die Vergütung nach Art und Umfang der Leistung nicht wesentlich verändert. Es bestünden auch keine Bedenken hinsichtlich der Rechtmäßigkeit der Regelung im Hinblick auf Maßnahmen nach der LZ 503 HVM, da die Maßnahmen unterschiedliche Zielrichtungen verfolgten. Bei der LZ 503 gehe es um die Verhinderung der übermäßigen Ausdehnung der Praxistätigkeit, die LZ 703 verfolge das Ziel, den Punktwert insgesamt stabil zu halten. Deshalb habe die Abgeordnetenversammlung der Beklagten ein Budgetierungsmodell gewählt, das den Klägern bei den in die Maßnahme einbezogenen Leistungen eine vergleichbare Vergütung pro Fall wie in der Vergangenheit garantiere. Der Honorarbescheid mit seinen Anlagen enthalte auch eine nachvollziehbare Begründung gemäß § 35 SGB X. Insbesondere die Anlagen zum Bescheid ermöglichten seine Nachprüfbarkeit.

Betreffend den Widerspruchsbescheid vom 25.05.1999 (Wi II-2619/98) hat die Beklagte im Schriftsatz vom 30.08.2000 nochmals Ausführungen zu den grundsätzlichen rechtlichen Fragen der Rechtmäßigkeit des HVM und den gesetzlichen Voraussetzungen für einen rechtmäßigen Honorarbescheid als Verwaltungsakt gemacht. Der Honorarbescheid sei unter Heranziehung der Anlagen verständlich und ausreichend begründet. Des Weiteren teile man nicht die Ansicht der Kläger, dass sich ihr Leistungsspektrum im Vergleichszeitraum verändert habe. Im Vergleich mit den Quartalen III/95 und III/96 ergebe sich z.B. bei der von den Klägern angesprochenen EBM NR. 618 nach der Anzahl- und Summenstatistik keine zu berücksichtigende Veränderung. So seien weniger Ansätze in III/97 als in III/96 veranschlagt. Die bloße Gegenüberstellung der Ansätze bezüglich einzelner EBM-Nummern sei kein ausreichendes Kriterium für die Veränderung der Leistungsstruktur einer Praxis. Außerdem werde mit der Teilquotierung anhand einer sogenannten individuellen Bemessungsgrenze auf eine längerfristige Entwicklung und nicht auf die von Quartal zu Quartal schwankende Entwicklung einer Arztpraxis abgestellt. Da die Gemeinschaftspraxis ihre Tätigkeit nach den ersten vier Wochen des Quartals III/95 aufgenommen habe, sei die Anlaufzeit von drei Quartalen ausreichend für die Heranziehung des Vergleichsquartals III/95 gewesen. Trotz der Festlegung auf die Quartale III/95 und III/96 als Berechnungsgrundlage sei eine Umsatzsteigerung möglich. Die Regelung in Anl. 3 zu LZ 702 HVM lasse den Arztpraxen einen hinreichenden Veränderungs- und Wachstumsspielraum. So sehe der HVM völlig unabhängig von der Fallzahl eine 10%-ige Steigerungsmöglichkeit - gemessen an der Fachgruppe - vor. Ein Anspruch der einzelnen Arztpraxis auf eine Einkommensentwicklung mindestens bis zum Fachgruppendurchschnitt bestehe nicht. Soweit jedoch eine Änderung in der Leistungsstruktur der Praxis durch neue Leistungen eintritt, sei dies im Rahmen der Härteregelung nach Nr. 6 Abschnitt II der Anl. 3 zu LZ 702 HVM zu berücksichtigen. Da sich jedoch das gesamte Leistungsspektrum der klägerischen Praxis im Vergleich zum Vergleichszeitraum nicht verändert habe, sei ein Abweichen von den Berechnungsgrundlagen, wie in den Folgebescheiden der Beklagten, nicht angezeigt gewesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten und des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird auf die Gerichts- und die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen, deren Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Kassenärzte handelt (§ 12 Abs. 3 Sozialgerichtsgesetz - SGG-). Über die Klagen war gemeinsam zu verhandeln und zu entscheiden, da die in den Klagen geltend gemachten Ansprüche der Kläger in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht ähnlich gelagert sind und dementsprechend eine Verbindung erfolgte (§ 113 Abs. 1 SGG).

Die form- und fristgemäß erhobenen Klagen sind zulässig und begründet. Der Bescheid der Bezirksstelle A-Stadt bezüglich der Individualbudgetierungsmaßnahme nach Anlage 3 zu LZ 702 der Grundsätze der Honorarverteilung in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.05.1999 ist rechtswidrig. Die Beklagte ist daher verpflichtet, den Widerspruch der Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichtes neu zu bescheiden. Somit ist auch der an die Kläger gerichtete Honorarbescheid der Beklagten für das Quartal III/97 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 04.05.1999 rechtlich zu beanstanden, denn er enthält als Bestandteil den "Nachweis zur Budgetierung/Teilquotierung von Leistungen der Honorargruppe 4 gemäß Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt II der Grundsätze zur Honorarverteilung". Dem steht nicht entgegen, dass sich die Kläger in der Klageschrift zunächst nur gegen die fallzahlabhängige Bewertung bzw. Begrenzung gemäß Abschnitt I der Anl.3 zu LZ 702 HVM gewandt haben. Wie sich aus ihrem Schriftsatz vom 08.06.1999 ergibt, wandten sie sich gegen die Systematik der Honorarverteilung insgesamt. So beanstandeten sie u.a. das Bestehen weiterer

Fallzahlbegrenzungsmaßnahmen wie LZ 503 und die Maßnahme nach Abschnitt I der Anl. 3 zu LZ 702 HVM. Die Kammer konnte dem Vortrag der Kläger jedoch insoweit nicht folgen, als sie die gesamte Honorarverteilung für nicht rechtmäßig hielten. Der den angefochtenen Bescheiden zugrunde liegende HVM mit Wirkung ab 01.07.1997 ist rechtmäßig (vgl. Urteile des Sozialgerichtes Frankfurt, Az.: S-29/KA-3760/98; S-28/KA-3860/98; S-5/KA-115/99). Er widerspricht weder dem Grundgedanken des § 85 Abs. 4 SGB V noch dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Die Abgeordnetenversammlung hat den geltenden HVM in Form der Satzung durch Beschlüsse vom 14.06.1997 (bekannt gemacht durch Teil II der Bekanntmachung vom 24.06.1997), 29.11.1997 (bekannt gemacht durch Teil II der Bekanntmachung vom 12.12.1997) und 20.06.1998 (bekannt gemacht als Teil 1 der Bekanntmachung vom 26.06.1998) ordnungsgemäß abgeändert. Die Beklagte hat das Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen hergestellt (§ 85 Abs. 4 S. 2 SGB V). Selbst wenn das Benehmen nicht vor Beschlussfassung eingeholt worden wäre, bewirkte dies nicht zwingend eine Rechtswidrigkeit der Regelungen. Das Benehmen kann auch noch im Nachhinein hergestellt werden, wenn die Krankenkassenverbände unverzüglich nach Erlass des Beschlusses davon Kenntnis erhalten, ihnen die Möglichkeit zur Stellungnahme nachträglich gegeben wird und sie darauf hin keine Einwände erheben und das Benehmen erklären (vgl. BSG, Urteil vom 03.03.1999, Az.: B 6 KA 15/98 R).

Der HVM ist als Satzung ergangen und Ausdruck der den Kassenärztlichen Vereinigungen durch das SGB V übertragenen Aufgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung. Die (gesetzlich erzwungene) Mitgliedschaft in den Kassenärztlichen Vereinigungen soll es den Vertragsärzten ermöglichen, durch ihre gewählten Abgeordneten im Wege über die Satzungsautonomie eigene Kriterien für die Aufteilung der Gesamtvergütung zu entwickeln und im Satzungswege zu beschließen. Nach den Vorgaben des Gesetzes muss die Honorarverteilung auch sicherstellen, dass eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenarztes verhütet wird. Dabei kann der Verteilungsmaßstab eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung vorsehen (§ 85 Abs. 4 S. 4 SGB V). Somit ist es Aufgabe des Satzungsgebers nicht nur die Gesamtvergütung zu verteilen, sondern er soll bei der Auswahl der Verteilungskriterien außerdem Einfluss nehmen auf den Umfang der Tätigkeit seiner Mitglieder, der Vertragsärzte, wobei es in seinem Ermessen steht, ob und welche Verteilungsmodalitäten er wählt. Nach § 85 Abs. 1 S. 2 SGB V bestimmt die im Gesamtvertrag vereinbarte Vergütung die Gesamtheit der von den Krankenkassen zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen. Daneben bestimmt der EBM den ärztlichen Leistungen zugeordnete Punktbeträge (§ 87 Abs. 2 bis 2b SGB V) als maßgebliche Faktoren für die Vergütung der vom Vertragsarzt erbrachten Leistungen. Dies bewirkt notwendigerweise, dass die dem einzelnen Vertragsarzt geleistete Vergütung zwar nur von den zur Abrechnung gebrachten Punktzahlen abhängig ist, aber keinen festen Geldwert beinhaltet. Der konkrete Geldwert für die erbrachte ärztliche Leistung lässt sich grundsätzlich erst nach Abschluss des jeweiligen Quartals unter Einbeziehung der von allen Vertragsärzten der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Abrechnung gebrachten Leistungen ermitteln. Je häufiger aber bestimmte ärztliche Leistungen erbracht werden, um so niedriger wird ihr Punktwert. Da der einzelne Vertragsarzt versucht ist, dem mit weiteren Leistungsausweitungen entgegen zu wirken, führt dies insgesamt zu einem Abwärtstrend hinsichtlich des Absinkens des Punktwertes bis hin zu einem Punktwerteverfall mit der Folge, dass die vertragsärztliche Versorgung nicht mehr sichergestellt sein könnte. Um dies zu verhindern hat der Gesetzgeber die in § 85 Abs. 4 SGB V genannten Vorgaben gemacht. Diese Regelungsmechanik führt aber notwendigerweise dazu, dass die Leistungen ihrer Art und Ihrem Umfang nach nicht stets gleichmäßig, also mit einem für alle Leistungen einheitlichen Punktwert honoriert werden. Es ist rechtlich zulässig, die vertragsärztlichen Leistungen nicht mehr entsprechend dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) im selben Verhältnis, sondern abhängig von der Mengenentwicklung im jeweiligen Leistungsbereich unterschiedlich hoch zu vergüten. Hinsichtlich der Ausgestaltung im einzelnen ist es den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen überlassen, wirksame Maßnahmen gegen den Punktwerteverfall zu treffen. Die Verteilung der Vergütung ist jedoch an den Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung gebunden. Dieser lässt es zu, dass im Honorarverteilungsmaßstab feste fachgruppenbezogene Honorarkontingente gebildet werden mit der Folge, dass bei unterschiedlicher Mengenentwicklung in einzelnen ärztlichen Fachgebieten die gleichen Leistungen für Vertragsärzte aus unterschiedlichen Fachgebieten unterschiedlich hoch vergütet werden (so BSG, Urteile vom 03.03.1999, Az.: B 6 KA 56/97 R und 15/98). Die Beklagte hat mit dem HVM den gesetzlichen Vorgaben Rechnung getragen. Das gewählte Vergütungssystem führt notwendigerweise dazu, dass durch eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Fachgruppen das Honorargefüge zugunsten einzelner und zum Nachteil anderer Arztgruppen verändert wird. Es bestehen rechtlich auch keine Bedenken, den Kassenärztlichen Vereinigungen einen Gestaltungsspielraum dahingehend zu belassen, dass sie auf die einzelnen Fachgruppen entfallende Honorarkontingente auf der Grundlage eines bestimmten Basishonorars festschreiben und damit prinzipiell verhindern, dass Leistungsausweitungen einer Fachgruppe Einflüsse auf die Honorierung ärztlicher Leistungen in anderen Fachgruppen haben (so BSG SozR 3-2500 § 85 SGB V Nr. 24).

Die in § 85 Abs. 4 SGB V den Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Satzungsautonomie übertragene Rechtsatzungsbefugnis hinsichtlich der Honorarverteilung begegnet auch keinen verfassungsrechtlichen Bedenken. Bei der Honorarverteilung handelt es sich um Berufsregelungen für die Mitglieder eines Verbandes, betrifft also deren eigene Angelegenheiten und beeinträchtigt keine schutzwürdigen Interessen von Nichtmitgliedern. Art. 12 Grundgesetz setzt nicht voraus, dass derartige Regelungen ausschließlich in der Form eines vom parlamentarischen Gesetzgeber verabschiedeten Gesetzes oder einer Verordnung erlassen werden. Da dem von einer Kassenärztlichen Vereinigung erlassenen HVM eine berufsregelnde Wirkung auf die von ihm betroffenen Vertragsärzte zukommt, ist er an Art. 12 GG zu messen. Nach der zur Auslegung des Art. 12 GG vom Bundesverfassungsgericht entwickelten Stufentheorie sind Berufsausübungsregelungen wie der HVM dann zulässig, wenn sie durch vernünftige Gemeinwohlgründe nachvollziehbar sind, das gewählte Mittel zur Erreichung des gesetzten Zweckes geeignet und die von ihnen Betroffenen nicht unzumutbaren Beschränkungen unterworfen werden (vgl. BVerfGE 94, 372, 389f. m.w.N.), wobei es dem Gesetzgeber freisteht, den angestrebten Zweck zu bestimmen. Dabei ist es nicht schon unzumutbar, wenn Betroffene bei der Erzielung von Einkommen oder Gewinn beschränkt werden. Eine unzulässige Einschränkung von Art. 12 GG liegt nur dann vor, wenn durch die Berufsausübungsregelung eine sinnvolle Ausübung des Berufes faktisch unmöglich gemacht wird. Dies ist nicht schon der Fall, wenn die Erzielung von Gewinn derart beschränkt bzw. verhindert wird, dass der den Beruf Ausübende dadurch zur Aufgabe seines Berufes veranlasst wird, sondern erst dann, wenn sich die Gruppe der Berufsangehörigen in aller Regel und nicht nur in Ausnahmefällen wirtschaftlich nicht mehr in der Lage sieht, den gewählten Beruf auszuüben, weil er ihnen keine Grundlage mehr für die Sicherung ihrer Existenz bietet (vgl. BVerfGE 30, 292). Dabei steht dem Satzungsgeber nicht nur bei der Regelung neuer komplexer Sachverhalte ein weiter Gestaltungsspielraum zu, sondern es ist ihm auch nach Inkrafttreten einer neuen Regelung ein gewisser Zeitraum zuzubilligen, damit er sie hinsichtlich des mit ihr bezweckten Regelungsziel in den Auswirkungen überprüfen kann, bevor er ggf. eine Änderung der Regelung vornehmen muss. Während dieser Zeit sind auch Ungleichbehandlungen aufgrund der nicht in allen Facetten vorhersehbaren Auswirkungen der getroffenen Regelung hinzunehmen. Das Bundessozialgericht nimmt in ständiger Rechtsprechung auf diese verfassungsrechtlichen Vorgaben bezug, indem es aus § 85 Abs. 4 SGB V i.V.m. Art. 12 und Art. 3 Abs. 1 GG den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit abgeleitet hat (BSGE 83, 1 m.w.N.). Der von den Klägern angegriffene HVM entspricht diesen Vorgaben. Rechtlich ohne Bedeutung ist auch die von den Klägern beanstandete mangelnde Transparenz des Honorarbescheides. Unter Zuhilfenahme der Anlagen lassen sich die vorgenommenen Maßnahmen nachvollziehen. Aus dem Tenor des Honorarbescheides lässt sich

die den Klägern zustehende Honorarvergütung nach Abzug definierter Kosten eindeutig entnehmen. Der Honorarbescheid ist auch ausreichend begründet und erfüllt die Voraussetzungen des § 35 Abs. 1 Satz 1 und 2 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X). Aus den dem Honorarbescheid beigefügten Anlagen lassen sich die Berechnungsfaktoren entnehmen, die im wesentlichen die Begründung für die Entscheidung der Beklagten enthalten. Unter Hinzuziehung der einschlägigen Regelungen des HVM, auf den die Anlagen Bezug nehmen, lässt sich die jeweilige Entscheidung der Beklagten nachvollziehen. Die Beklagte ist nicht verpflichtet, darüber hinaus weitere Ausführungen zur Berechnung im Einzelfall zu machen. Die Begründung dient zunächst der Selbstkontrolle der Behörde, des Weiteren dient sie dem Bürger, der durch die Begründung in die Lage versetzt werden soll, die Frage der Rechtmäßigkeit des Verwaltungsaktes und die Chancen eines Rechtsmittels zu beurteilen. Dabei kann die Begründung nicht auf die individuellen Fähigkeiten des Bescheidempfängers abstellen. Eine zunehmende Kompliziertheit der den jeweiligen Bescheiden zugrunde liegenden Rechtsvorschriften, deren Ziel es ist, eine möglichst gerechte und dem Gleichheitsgebot Rechnung tragende Verteilung der Gesamtvergütung zu bewirken, stellt notwendigerweise auch höhere Anforderungen an die Verständnismöglichkeiten der Empfänger der maschinell erstellten Bescheide. Entsprechende Verständnisschwierigkeiten haben auch Adressaten von Bescheiden, die bei der Umsetzung von steuer- oder rentenrechtlichen Vorschriften ergehen. Die Beklagte ist im Rahmen ihrer Massenverwaltung nicht verpflichtet, darüber hinaus zusätzliche, auf den jeweiligen Empfängerhorizont abstellende Bescheide zu erlassen. Sie kommt dem möglicherweise auftretenden Erklärungsbedarf einzelner Mitglieder insoweit nach, indem sie bei den Bekanntmachungen der (notwendigerweise) komplizierten Regelungen bei auftretendem Aufklärungsbedarf auf die Möglichkeit individueller Beratung durch ihre Geschäftsstellen hinweist (vgl.: Wichtige Information zu den Abrechnungsunterlagen des 3. Quartals 1997 vom 07.04.1998 der KVH Bezirksstelle D-Stadt). Des weiteren ist zu berücksichtigen, dass die Vertragsärzte in Hessen laut HVM verpflichtet sind, sich anlässlich ihrer Zulassung als Vertragsärzte Grundkenntnisse über die Regelungstechniken der Grundsätze der Honorarverteilung anzueignen, so dass sie sich jeweils nur mit Änderungen des ihnen bereits bekannten HVM auseinandersetzen müssen.

Danach belastetet die Maßnahme nach Abschnitt I der Anl. 3 zu LZ 702 HVM die Kläger nicht, sondern stellt eine Begünstigung dar. Der Abschnitt I der Anlage 3 hat eine Anhebung des praxisindividuellen Fallwertes bei unterdurchschnittlicher Fallzahl zum Inhalt mit der Folge einer geänderter Verteilung der Gesamtvergütung. Diese Quotierungsmaßnahme dient einem beschränkten Ausgleich zwischen großen und kleinen Praxen innerhalb einer Fallgruppe, gemessen an der Zahl der Behandlungsfälle. Sie führt einen weiteren Verteilungsgesichtspunkt ein, der aber zu keinen wesentlichen Verschiebungen der Honorarverteilung führt. Die für die fallzahlabhängige Bewertung der Honoraranforderungen nach Abschnitt I Anl. 3 zu LZ 702 ergibt sich unmittelbar aus der Bestimmung des HVM. Dem steht nicht entgegen, dass es wünschenswert wäre, wenn die Beklagte künftig den Honorarbescheiden weitere Erläuterungen zur Erzielung von mehr Akzeptanz hinzufügen würde. Selbst wenn man davon ausginge, dass nicht für alle Einzelheiten eine ausreichende Begründung in den Bescheiden und ihren Anlagen enthalten ist, hätte dies nicht deren Rechtswidrigkeit zur Folge. Gemäß § 42 S. 1 SGB X kann die Aufhebung eines Verwaltungsaktes, der nicht nichtig ist, nicht allein deshalb begehrt werden, weil er unter Verletzung von Verfahrensvorschriften zustande gekommen ist, wenn keine andere Entscheidung in der Sache hätte getroffen werden können. So handelt es sich hier bei der Festsetzung der Honoraransprüche unter Anwendung der Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt 1 um gebundene Entscheidungen der Beklagten.

Dies gilt grundsätzlich auch für die Maßnahme des Abschnittes II der Anl. 3 zu LZ 702 HVM. Es ist rechtlich nicht zu beanstanden, dass die Maßnahme nach Abschnitt II zu einer echten Budgetierung des ihr unterworfenen Honorarvolumens führt. Hat der von der Maßnahme betroffene Arzt nämlich mehr Leistungen erbracht als nach dem für ihn individuell gebildeten Teilfallgrenzwert anerkennungsfähig sind, so erhält er für die darüber liegenden Teilfallwerte keine weiteren Honorare. Dies bedeutet aber nicht, dass die weiteren Leistungen völlig unvergütet blieben, sondern dass das von ihm erfasste Leistungsvolumen auf mehr Leistungen verteilt wird mit der Folge, dass die Vergütung für die einzelne Leistung, also der Preis, sinkt. Dies ist grundsätzlich nicht zu beanstanden. Der Vergleich mit bestimmten früheren Quartalen des Vertragsarztes ermöglicht es zum einen, dass die über einen längeren Zeitraum entwickelte Praxisstruktur insgesamt berücksichtigt wird, zum anderen, dass der betroffene Arzt besser kalkulieren kann, wie die von ihm erbrachten Leistungen honoriert werden. Ziel ist es dabei aber nicht, unwirtschaftliches Verhalten zu verhindern. Dies bleibt weiterhin den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 SGB V vorbehalten: Zwar werden bei der Honorarverteilungsmaßnahme nach Abschnitt 2 der Anlage 3 zu LZ 702 Praxen begünstigt, die in den früheren (Vergleichs-) Monaten bereits hohe Fallwerte hatten, dies lässt aber nicht zwingend den Rückschluss auf eine unwirtschaftliche Behandlungsweise zu. Somit ist diese Regelung nicht sachwidrig. Die Beklagte war befugt, derartige Regelungen im Rahmen ihrer Satzungsautonomie und unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen des SGB V und des EBM zu treffen. Aufgrund der begrenzten sozialgerichtlichen Überprüfbarkeit von Honorarverteilungsregelungen sieht das Gericht keine Befugnis dahingehend zu erörtern, ob möglicherweise andere Regelungen besser geeignet wären, den sog. Hamsterradeffekt zu verhindern. Dies gilt auch im Hinblick auf evtl. Ausnahmeregelungen.

Die Kammer sieht im vorliegenden Fall jedoch eine Praxisbesonderheit, die eine Ausnahme von der Regelung des Abschnittes II der Anl. 3 LZ 702 HVM gebietet. Die Beklagte hat mit der Heranziehung der Teilfallwerte aus dem Quartal III/95 und III/96, deren arithmetisches Mittel Basis für die Ermittlung des Budgetrahmens in III/97 bildet, die Kläger ungerechtfertigt benachteiligt. Die im Vergleich zu III/97 wesentlich niedrigen Teilfallwerte in III/95 beruhten auf einer anderen Praxisstruktur. Die Kläger betrieben ab III/95 die (neu gebildete) Gemeinschaftspraxis zunächst als Internisten ohne besonderen Schwerpunkt und waren somit der Vergleichsgruppe der Internisten (VFG 33) abrechnungstechnisch zugeordnet, wobei der Kläger zu 2 zunächst das von dem Vorgänger übernommene Patientenklientel hausärztlich internistisch betreute. Dies führte zu einem durchschnittlichen Teilfallwert von DM 177,99. Erst im Verlauf des Jahres 1996 änderte sich die Praxisausrichtung und es entwickelte sich die fachärztlich internistische Tätigkeit mit kardiologischem Schwerpunkt bei beiden Klägern. Dies berücksichtigte die Beklagte im Quartal III/96, in dem sie die Kläger abrechnungstechnisch der Fachgruppe der "Internisten mit Kardio" (VFG 33-02) zuordnete. Infolge davon stieg der Teilfallwert in III/96 auf DM 204,65, blieb aber immer noch erheblich unterhalb des Teilfallwertes von DM 246,36 der Vergleichsgruppe der Fachgruppe der Kardiologen. Die Kammer hält es nicht für gerechtfertigt, bei den Klägern für die Berechnung des durchschnittlichen Teilfallwertes auf die Daten aus 1995 zurückzugreifen, da die Gemeinschaftspraxis damals eine andere (internistisch-hausärztliche) Struktur hatte als in III/96, was die Beklagte auch abrechnungstechnisch durch die Zuordnung zur Vergleichsgruppe der Kardiologen berücksichtigte. Durch den Rückgriff auf das Quartal III/95 erfährt die Festsetzung des für das Quartal III/97 maßgeblichen budgetrelevanten Teilfallwertes eine nicht gerechtfertigte Senkung. Nach Ansicht der Kammer verlangt die Änderung der Praxisstruktur eine Berücksichtigung bei der Anwendung des Abschnittes II der Anl. 3 zu LZ 702 HVM. Der HVM sieht in Abschnitt II Zif. 2 der Anl. 3 zu LZ 702 für die Änderung in der Zusammensetzung von Gemeinschaftspraxen die Berücksichtigung des im Quartal geltenden jeweiligen Teilfallwertes der Arztgruppe vor. Des weiteren besteht in Ausnahmefällen die Möglichkeit eines ganz oder teilweise Absehens von der Budgetierung/Teilquotierung (Zif. 5). Zwar hat im hier vorliegenden Fall eine Änderung der Zusammensetzung der Gemeinschaftspraxis hinsichtlich der zugelassenen Ärzte nicht stattgefunden, da aber eine Änderung hinsichtlich der Qualifizierung und

damit der Zurechnung zur Vergleichsgruppe im Vergleich zwischen III/95 und III/96 stattgefunden und der nach Abschnitt II der Anl. 3 zu LZ 702 HVM festgestellte Teilfallwert unterhalb des jeweiligen Teilfallwertes der Fachgruppe gelegen hat, sollte in analoger Anwendung dieser Regelung der Teilfallwert der Arztgruppe der Kardiologen in III/96 Berücksichtigung finden. Hält man die Zif. 2 aber für nicht anwendbar, ist der Vorstand verpflichtet, das Honorar der Kläger im Rahmen der Ausnahmeregelung der Zif. 5 festzustellen. Nur unter den dargelegten Vorgaben ist im vorliegenden Fall die Budgetierung/Teilquotierung anhand einer sog. individuellen Bemessungsgrenze rechtlich zulässig.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.
Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2014-11-05