
S 10 KA 2553/98

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	6
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Honorarverteilungsmaßstab Honorartopf Zuordnung Kinder-Früherkennungsuntersuchung Punktzahlobergrenze
Leitsätze	Kinder-Früherkennungsuntersuchungen durften bis zur gesetzlichen Neuregelung ab 1999 im Honorarverteilungsmaßstab einem Honorartopf zugeordnet, aber nicht einer Punktzahlobergrenze unterworfen werden.
Normenkette	SGB V § 25 Abs 3 SGB V § 25 Abs 4 S 2 SGB V § 26 Abs 1 S 1 SGB V § 85 Abs 4 S 3 KinderRL EBM-Ä Nr 140 EBM-Ä Nr 140ff GKV-SolG Art 14 Abs 4

1. Instanz

Aktenzeichen	S 10 KA 2553/98
Datum	02.12.1998

2. Instanz

Aktenzeichen	L 5 KA 442/99
Datum	13.06.2001

3. Instanz

Datum	11.09.2002
-------	------------

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 13. Juni 2001 wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass

die Beklagte bei ihrer Neubescheidung die Rechtsauffassung des erkennenden Senats zu beachten hat. Die Beklagte hat dem Kläger die außergerichtlichen Kosten auch für das Revisionsverfahren zu erstatten.

Gründe:

I

Der Rechtsstreit betrifft die Frage, ob ein Honorarverteilungsmaßstab (HVM) die Vergütung für Kinder-Frühherkennungsuntersuchungen begrenzen durfte.

Der Kläger ist als Facharzt für Kinderheilkunde zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und nimmt an der hausärztlichen Versorgung teil. Die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) legte bei der Festsetzung seines Honorars für das Quartal III/1997 sowohl die Regelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) über die Praxisbudgets als auch diejenigen des HVM über Honorartöpfe und Punktzahlobergrenzen zu Grunde. Sie gewährte ihm für seine Behandlungen (1.857 Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen (KKn), budgetrelevante Fallzahl: 1.839) bei den nicht budgetierten ("freien") Leistungen auch dazu gehörten ua Leistungen im Rahmen des ärztlichen Notfalldienstes, Schutzimpfungen und Frühherkennungsuntersuchungen bei Kindern (Nr 140 bis 152 EBM-Ä, U 1 bis U 10) auch eine Vergütung nach Maßgabe eines durchschnittlichen Fallwerts von 240,6 Punkten. Sie errechnete dafür 446.794,2 zu vergütende Punkte (von angesetzten 568.540 Punkten). Das Quartalshonorar betrug insgesamt 147.077,08 DM. Die Beklagte führte in ihrem Bescheid aus, dass sich diese Punktzahlreduzierung aus ihrem HVM ergebe, nach dem die freien Leistungen der budgetierten Arztgruppen einem Honorartopf zugeordnet seien und auch von näher geregelten Ausnahmefällen abgesehen auch nur bis zur durchschnittlichen individuellen Fallpunktzahl des Vertragsarztes im Jahr 1996, reduziert um 20 %, honoriert würden. Der Widerspruch des Klägers hatte keinen Erfolg.

Das vom Kläger angerufene Sozialgericht hat seine Klage abgewiesen (Urteil vom 2. Dezember 1998). Das Landessozialgericht (LSG) hat dagegen die Beklagte verpflichtet, über seine Honorarforderung für das Quartal III/1997 unter Beachtung seiner Rechtsauffassung erneut zu entscheiden (Urteil vom 13. Juni 2001). Die Einwendungen des Klägers gegen die Begrenzungen der freien Leistungen durch den HVM seien insoweit berechtigt, als diese keiner Mengenausweitung zugänglich seien. Zwar dürften grundsätzlich auch Leistungen, die nicht durch den EBM-Ä budgetiert seien, im HVM einer Punktzahlobergrenze unterworfen und einem begrenzten Honorarvolumen (Honorartopf) zugeordnet werden. Soweit aber keine Mengensteigerung möglich sei, dürfe keine Zuordnung zusammen mit solchen, bei denen die Menge ausgeweitet werden könne, zu einem gemeinsamen Honorartopf erfolgen. Bei Frühherkennungsuntersuchungen (Nr 140 bis 152 EBM-Ä, U 1 bis U 10) auch und bei Leistungen im organisierten Notfalldienst auch sei keine Mengensteigerung möglich. Deshalb seien insoweit die Begrenzungen durch den HVM rechtswidrig. Schutzimpfungen könnten dagegen ausgeweitet und daher deren Vergütung

begrenzt werden.

Mit ihrer Revision macht die Beklagte geltend, die Mengenbegrenzungsregelungen des HVM seien entgegen der Auffassung des LSG nicht nur grundsätzlich, sondern auch bei Kinder-Fr¹/₄herkennungsuntersuchungen rechtm¹/₄ig. Eine Pflicht, solche Fr¹/₄herkennungsuntersuchungen vorab ¹/₄ vor Anwendung der verteilssteuernden Regelungen des HVM ¹/₄ zu verg¹/₄ten, habe 1997 noch nicht bestanden, sei vielmehr erst f¹/₄r 1999 gesetzlich normiert worden. Weder daraus, dass sie im EBM-¹/₄ nicht budgetiert seien, noch daraus, dass sie ¹/₄ wie das LSG annehme ¹/₄ einer Mengenausweitung nicht zug¹/₄nglich seien, ergebe sich die Pflicht zur Freistellung von HVM-Begrenzungen. Zudem seien sie durchaus Mengensteigerungen zug¹/₄nglich. Schon die ersten beiden Untersuchungen U 1 und U 2 w¹/₄rden bisher nur bei knapp 90 % der Kinder erbracht, die sp¹/₄teren in noch geringerem Umfang, die U 8 lediglich zu ca 70 %. Die Steigerung d¹/₄rfe aber nicht unbegrenzt erfolgen, weil die Untersuchungen nicht bei allen Kindern erforderlich seien. Viele w¹/₄rden schon aus Anlass sonstiger Behandlungen entsprechend untersucht, sodass sich eine doppelte Leistungsanspruchnahme erg¹/₄be. Die Vermehrbarkeit bestehe nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch, denn die Kinder¹/₄rzte k¹/₄nnnten die Eltern zB durch Recall-Systeme zu vermehrter Inanspruchnahme motivieren und die KKn appellierten auch immer wieder, solche Untersuchungen wahrzunehmen. Der M¹/₄glichkeit der Mengenausweitung stehe nicht entgegen, dass der Zeitpunkt f¹/₄r die Untersuchungen in den Kinder-Richtlinien (Kinder-RL) vorgegeben sei, zum Teil taggenau (so bei U 1 und U 2), zum Teil mit gr¹/₄er Zeitspannen (U 3 bis U 9). Im ¹/₄brigen werde auch bei sonstigen Krankenbehandlungen gem¹/₄ [Â§ 27 F¹/₄ntes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB V\)](#), f¹/₄r die in der Regel kein oder kaum ein zeitlicher Spielraum bestehe, die M¹/₄glichkeit der Steuerung durch den Arzt angenommen. Die Verg¹/₄tungsbegrenzung sei auch nicht deshalb rechtswidrig, weil die Fr¹/₄herkennungsuntersuchungen einen gro¹/₄en Teil der Gesamtleistungen der Kinder¹/₄rzte ausmachten. Ein Bed¹/₄rfnis nach mengenbeschr¹/₄nkenden Ma¹/₄nahmen ergebe sich schon daraus, dass sie weder in das Praxisbudget noch in ein Zusatzbudget einbezogen seien. Bei freien Leistungen w¹/₄rden ebenfalls Regelungen zur Verh¹/₄tung ¹/₄berm¹/₄iger Ausdehnung der T¹/₄tigkeit des Vertragsarztes gem¹/₄ [Â§ 85 Abs 4 Satz 4 \(heute: Satz 6\) SGB V](#) als zul¹/₄ssig angesehen. Unbedenklich sei auch die Punktzahlobergrenze. Diese kollidiere nicht mit den Regelungen des EBM-¹/₄, stehe vielmehr mit seinen strukturpolitischen Zielen in Einklang. Sie kn¹/₄pfe an vom einzelnen Vertragsarzt in der Vergangenheit erzielte Abrechnungswerte an, die Praxis- und Zusatzbudgets indessen an aktuelle fachgruppenspezifische Abrechnungswerte. Die Punktzahlobergrenze m¹/₄sse sich nicht auf hochspezialisierte, kostenintensive Leistungen beschr¹/₄nkern, sondern d¹/₄rfe auch Leistungen, die in gro¹/₄em Ausma¹/₄ erbracht w¹/₄rden, erfassen, weil bei diesen ebenfalls ein Bed¹/₄rfnis nach mengensteuernden Ma¹/₄nahmen bestehen k¹/₄nnne. Sie diene der Stabilisierung des Punktwertes. Dies gelte insbesondere auch f¹/₄r die Regelung eines 20 %igen Abschlags, der eine entsprechende Steigerung des Punktwertes bewirke, sodass der Vorwurf einer 20 %igen Honorarreduzierung fehl gehe.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 13. Juni 2001 zu
Ändern, soweit die Bescheid-Änderung und die Verpflichtung zur Neubescheidung
Leistungen nach Nr 140 bis 152 EBM-Ä betreffend, und insoweit die Berufung des
Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 2. Dezember 1998
zurückzuweisen.

Der Kläger beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Er hält das angefochtene Urteil im Ergebnis für zutreffend. Die Kinder-
Früherkennungsuntersuchungen dürften nicht zusätzlich zur Einbeziehung in
einen Honorartopf einer Punktzahlobergrenze unterworfen werden. Der HVM dürfte
den Punktwert beeinflussen, nicht aber das bei der Honorarverteilung zu
berücksichtigende Punktzahlvolumen begrenzen und damit faktisch Punktzahlen
streichen. Dies sei kompetenzwidrig und zudem inhaltlich rechtswidrig. Die HVM-
Regelung habe damit die gleiche Struktur wie die im EBM-Ä geregelten Praxis- bzw
Zusatzbudgets, die die freien Leistungen gerade nicht erfassten. Somit
widerspreche der HVM dem EBM-Ä, der von seiner Gesamtzielsetzung, "die
Begrenzung der Gesamtvergütung auf die einzelnen Vertragsärzte
herunterzuberechnen", bei den freien Leistungen gerade eine Ausnahme normiere.
Die Punktzahlobergrenze wirke zudem noch stärker als die Praxis- bzw
Zusatzbudgets. Der EBM-Ä ermögliche für den Fall, dass ein Zusatzbudget
überschritten, aber das Praxisbudget nicht ausgeschöpft sei, noch eine
Vergütung. Die Punktzahlobergrenze des HVM budgetiere dagegen sogar die
freien Leistungen. Bei Grenzüberschreitungen gebe es keine abgestufte
Vergütung. Der HVM knüpfe an frühere, vom Vertragsarzt selbst angeforderte
Punktzahlen an, sodass ein Arzt mit zunächst unterdurchschnittlicher Punktzahl
niemals eine durchschnittliche erreichen könne. Zudem lege der HVM die
Abrechnungswerte nur eines früheren Quartals zu Grunde. Schließlich werde die
abrechenbare Punktzahl um 20 % gemindert, und zwar unabhängig von einer
Mengensteigerung. Eine solche zusätzliche Begrenzung über die Einbeziehung in
einen Honorartopf hinaus, durch den es schon zu einem floatenden, in der Regel
herabgeminderten Punktwert komme, sei jedenfalls unverhältnismäßig. Die
Rechtswidrigkeit ergebe sich zudem daraus, dass bei den Kinder-
Früherkennungsuntersuchungen Mengensteigerungen nach den Feststellungen
des LSG nicht möglich seien. Die Kinderärzte selbst könnten
Mengenausweitungen ohnehin kaum betreiben, weil die Kinder-RL nur enge
Zeitspannen für die Untersuchungen beließen. Sollten Mengensteigerungen doch
möglich sein, so seien sie gerade erwünscht. Vorsorgeleistungen â auch die
Kinder-Früherkennungsuntersuchungen â sollten möglichst in Anspruch
genommen werden. Die These der Beklagten, einer doppelten
Leistungsanspruchnahme müsse vorgebeugt werden, sei abwegig. Denn wenn
ein Arzt bei einer Krankenbehandlung Leistungen erbringe, die auch Teil einer
Früherkennungsuntersuchung seien, führe er sie nicht im Sinne einer
Entwicklungsdiagnostik durch, wie es die Zielrichtung dieser Untersuchungen sei.
Mit der HVM-Regelung habe die Beklagte in Wahrheit kundtun wollen, dass es bei
begrenzten Gesamtvergütungen auch nur begrenzte Leistungen geben könne;

sie habe die freien Leistungen einbezogen, weil auch diese im Rahmen der insgesamt budgetierten Vergütung honoriert werden müssten. Eine solche politische Erwägung berechtige aber nicht zu einer ungerechten Regelung. Auch die Gesamtschau der Honorarsituation der Vertragsärzte könne die Punktzahlbergrenze bei den freien Leistungen nicht rechtfertigen, denn deren Anteil sei aufs Ganze gesehen gering, bei Kinderärzten allerdings verhältnismäßig groß, betrage zB bei ihm – dem Kläger – mehr als 30 %.

II

Die Revision der Beklagten hat keinen Erfolg. Das LSG hat diese im Ergebnis zu Recht verurteilt, über die Honorarforderung des Klägers für das Quartal III/1997 erneut zu entscheiden.

Nach den Bestimmungen des HVM der Beklagten idF vom 18. Juni 1997 (ÄBl Bad-Württ 1997, 194-200 iVm 334 f) erfolgte die Honorarverteilung ([Ä§ 85 Abs 4 SGB V](#)) in der Weise, dass die Gesamtvergütungen zunächst in bestimmte Honorarkontingente (Honorartöpfe) aufgeteilt wurden. Neben solchen für vorab zu gewährenden Honorare (für Leistungen bzw Kostenerstattungen, die außerhalb des nach Kopfpauschalen berechneten Gesamtvergütungsteils zu honorieren waren, und für die hausärztliche Grundvergütung) gab es für einzelne Arztgruppen Honorartöpfe, denen die von den Praxis- und Zusatzbudgets erfassten Leistungen zugeordnet waren (Nr 2.3 der Anlage 1 zum HVM). Ein weiterer Honorartopf umfasste diejenigen Leistungen der im EBM-Ä budgetierten Arztgruppen – also auch die der hausärztlich tätigen Kinderärzte –, die nicht von Praxis- und Zusatzbudgets erfasst waren (als "roter Bereich" oder "freie Leistungen" bezeichnet; – Nr 2.4 aaO). Schließlich gab es auch Honorartöpfe für die nicht budgetierten Arztgruppen. Die Volumina der Honorartöpfe wurden im Grundsatz nach den Anteilen an den Gesamtvergütungen im Jahr 1994 zusätzlich der Erhöhungen entsprechend den Veränderungsraten der Folgejahre bemessen (s Nr 3.3 Satz 2 ff, Nr 3.4 Satz 2 ff, Nr 3.5 Satz 2 ff aaO). Hinsichtlich der freien Leistungen war zudem geregelt, dass insoweit eine Honorierung nur bis zur durchschnittlichen Fallpunktzahl des Vertragsarztes im Jahr 1996 erfolgte, wobei diese um 20 % reduziert wurde (so genannte Punktzahlbergrenze – Nr 4.4.1 Satz 1 bis 3 und 7 aaO) und bestimmte Ausnahmen vorgesehen waren.

Die Einbeziehung der Kinder-Frühherkennungsuntersuchungen in den Honorartopf für die freien Leistungen erweist sich – ungeachtet der vom LSG bejahten Frage, ob Kinder-Frühherkennungsuntersuchungen im Gegensatz zu den sonstigen freien Leistungen einer Mengenausweitung nicht zugänglich sind – als rechtmäßig. Sie hat neben anderem zur Folge, dass durch eine Mengenausweitung bei den in dem Honorartopf erfassten Leistungen, die über den prozentualen Anstieg des auf diesen Leistungsbereich entfallenden Anteils der Gesamtvergütungen hinausgeht, der Punktwert für diese Leistungen sinkt und damit der Anreiz zu einer Leistungsausweitung aus wirtschaftlichen Erwägungen entfällt.

Die Rechtmäßigkeit der Einbeziehung der Kinder-Frühherkennungsleistungen in

einen Honorartopf ergibt sich aus [Â§ 85 Abs 4 SGB V](#) iVm dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, der sich aus [Art 12](#) iVm [Art 3 Abs 1 Grundgesetz \(GG\)](#) herleitet. Bei der Beurteilung der Bildung von Honorartöpfen kommt der Bestimmung des [Â§ 85 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) zentrale Bedeutung zu (vgl. [â€œ grundlegend â€œ BSGE 73, 131, 135 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 4 S 23 und BSGE 83, 1, 2 f = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 26 S 183, s zB auch BSG SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 31 S 236 f und Nr 38 S 310 f, jeweils mwN](#)). Danach sind bei der Verteilung der Gesamtvergütungen Art und Umfang der Leistungen des Vertragsarztes zu Grunde zu legen. Die Vorschrift ist aber [â€œ wie der Senat wiederholt ausgeführt hat \(vgl. BSG SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 31 aaO und Nr 38 aaO\) â€œ nicht notwendigerweise dahin zu verstehen, dass die Leistungen nach ihrer Art und ihrem Umfang stets gleichmäßig, dh mit einem für alle Leistungen einheitlichen Punktwert, honoriert werden müssen. Das Gesetz schließt vielmehr nicht aus, durch Regelungen im HVM die Gesamtvergütungen in Teilbudgets \(Honorartöpfe\) aufzuteilen, auch wenn dies dazu führt, dass vertragsärztliche Leistungen nach verschiedenen Punktwerten, die auf unterschiedlichen Mengenentwicklungen in den einzelnen Bereichen beruhen können, vergütet werden. Die Bildung der Honorartöpfe kann nach Arztgruppen, Versorgungsgebieten oder Leistungsbereichen erfolgen; Mischsysteme sind ebenfalls zulässig \(\[BSGE 83, 1, 2 f = SozR 3-2500 Nr 26 S 184; BSG SozR 3-2500 Nr 31 S 237\]\(#\)\). Auch Leistungen, die überweisungsgebunden sind, können einem Honorartopf zugeordnet werden, ebenso solche, die uU einer Mengenausweitung nicht zugänglich sind \(vgl. \[BSGE 83, 1, 3 f = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 26 S 185; vgl. auch BSG SozR 3-2500 Nr 38 S 311\]\(#\)\). Die Bildung von Honorartöpfen steht allerdings nicht im freien Ermessen der KÄV, bedarf vielmehr wegen der möglichen unterschiedlichen Punktwerte sachlicher Rechtfertigung \(vgl. \[BSGE 83, 1, 2 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 26 S 183; BSG SozR 3-2500 Nr 31 S 237, Nr 38 S aaO\]\(#\)\). Diese kann sich insbesondere aus dem Ziel der KÄV ergeben, durch Topfbildungen zu erreichen, dass die in \[Â§ 85 Abs 3 bis 3c SGB V\]\(#\) normierten Obergrenzen für Erhöhungen der Gesamtvergütungen sich in den verschiedenen Arztgruppen bzw Leistungsbereichen gleichmäßig auswirken, und zu verhindern, dass sich die Anteile an den Gesamtvergütungen für einzelne Arztgruppen verringern, weil andere Gruppen durch Mengenausweitungen ihre Anteile an den Gesamtvergütungen absichern oder sogar vergrößern \(vgl. zB \[BSGE 83, 1, 3 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 26 S 184 f; BSG SozR 3-2500 Nr 31 S 237; Urteil vom 26. Juni 2002 â€œ B 6 KA 28/01 R -\]\(#\), zur Veröffentlichung in \[SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 47\]\(#\) vorgesehen\). Dementsprechend hat der Senat es grundsätzlich gebilligt, wenn eine KÄV Honorartöpfe für einzelne Arztgruppen und/oder Leistungsbereiche in Anknüpfung an die in einem früheren Jahr ausbezahlten Abrechnungsvolumina gebildet hatte \(stRspr, vgl. zB \[BSGE 83, 1, 3 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 26 S 185\]\(#\)\). Das zu Grunde gelegte frühere Jahr kann um einige Zeit zurück liegen, wenn es Gründe gibt anzunehmen, dass das Leistungs- und Abrechnungsverhalten der Vertragsärzte damals mehr als später am tatsächlichen medizinischen Bedarf und weniger an der Erzielung von Honorarzuwächsen ausgerichtet war \(zur Anknüpfung an weiter zurück liegende Jahre s zB \[BSGE 77, 288, 293 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 11 S 68 f; BSG USK 96 85 S 493 f; BSGE 86, 16, 29 = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 23 S 129\]\(#\)\).](#)

Nach diesen Maßstäben ist die Regelung im HVM der Beklagten, der Honorarpflicht für die verschiedenen Arztgruppen und Leistungsbereiche vorsah (Nr 2 der Anlage 1 zum HVM) und dabei auch die freien Leistungen einem Honoraropf zuordnete (s Nr 2.4 aaO), nicht zu beanstanden. Die Beklagte durfte das Ziel verfolgen, die in Â§ 71 Abs 1 (bis 31. Dezember 1999 noch ohne Satz 2) und [Â§ 85 Abs 3 bis 3c SGB V](#) normierten Obergrenzen für Erhöhungen der Gesamtvergütungen möglichst gleichmäßig auf die verschiedenen Arztgruppen bzw Leistungsbereiche "herunterzubrechen" und so diese Gruppen bzw Bereiche gleichmäßig zu belasten (vgl dazu zB [BSGE 83, 1, 3 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 26](#) S 184 f; BSG [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 31](#) S 237). Sie durfte dabei die im EBM-Ä nicht budgetierten, so genannten freien Leistungen einbeziehen, unabhängig davon, ob sie einer Mengensteigerung zugänglich sind oder nicht (s die oben zitierte Rechtsprechung, insbesondere [BSGE 83, 1, 3 f = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 26](#) S 185). Die Zusammenführung von Leistungen, bei denen keine Mengenausweitung möglich ist, mit solchen, bei denen sie möglich ist, bedeutet â entgegen der Auffassung des LSG â nicht, dass nicht miteinander vergleichbare Leistungen zu einem Honoraropf zusammengefasst werden (vgl hierzu BSG, Urteil vom 26. Juni 2002 â [B 6 KA 28/01 R -](#)). Die Beklagte durfte deshalb die Kinder-Früherkennungsuntersuchungen â unabhängig davon, ob sie einer Mengensteigerung zugänglich sind â zusammen mit den übrigen freien Leistungen einem Honoraropf zuordnen. Eine Regelung, die dies verbot, bestand damals noch nicht. Die Bestimmung, dass die Leistungen nach [Â§ 26 SGB V](#) außerhalb der Gesamtvergütungen zu honorieren sind, ist erst später â zum 1. Januar 1999 â geschaffen worden (s Art 14 Abs 4 des Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SolG) vom 19. Dezember 1998, [BGBl I S 3853](#); vgl dazu [BSGE 86, 16, 27 = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 23](#) S 126 f).

Hingegen ist die Einbeziehung der Kinder-Früherkennungsuntersuchungen in die weitere honorarbegrenzende Maßnahme des HVM für die freien Leistungen, nämlich die Bildung einer Obergrenze für die arztindividuell abrechenbare Punktzahl bei den freien Leistungen, rechtswidrig. Sie läuft dem mit den Kinder-Früherkennungsuntersuchungen verfolgten normativen Regelungsziel zuwider.

Nach Nr. 4.4.1 der Anlage 1 des HVMs der Beklagten wird für die freien Leistungen, mithin für diejenigen, die nicht durch die Praxis- und Zusatzbudgets des EBM-Ä erfasst und damit nicht bereits durch den EBM-Ä einer Budgetierung unterzogen sind, je Vertragsarztpraxis ein arithmetischer Mittelwert für die je Behandlungsfall anerkannten freien Leistungen aus den Quartalen des Jahres 1996 gebildet. Dieser so ermittelte Fallpunktzahlwert wird â von Besonderheiten abgesehen â um 20 % reduziert und bildet die der Honorarberechnung des einzelnen Vertragsarztes zu Grunde zu legende Fallpunktzahl. Aus der Multiplikation der Fallpunktzahl mit den Behandlungsfällen des jeweils aktuellen Quartals ergibt sich die maßgebliche Punktzahlobergrenze für die Abrechnung der freien Leistungen der Arztpraxis im jeweiligen Quartal. Die darüber hinausgehenden Punktzahlanforderungen wirken sich nicht honorarsteigernd aus.

Die Regelung reduziert damit zum einen das je Arztpraxis zulässige

Abrechnungsvolumen bei den freien Leistungen gegenüber dem Vergleichsjahr 1996 um 20 % und schließlich zum anderen eine Erhöhung der Vergütung durch die über das praxisindividuelle Budget hinausgehende Punktzahlanforderungen aus. Sie stabilisiert damit den Punktwert für diese Leistungen und beseitigt zugleich den Anreiz, diese Leistungen in einer Menge zu erbringen, die das anerkannte arztindividuelle Budget überschreitet. Gerade dieser letzte Gesichtspunkt läuft jedoch den normativen Vorgaben für die Durchführung der Kinder-Frühherkennungsuntersuchungen zuwider. Die Einbeziehung der Kinder-Frühherkennungsuntersuchungen in die Begrenzung des arztindividuellen Budgets berücksichtigt nicht hinreichend, dass diese Untersuchungen wegen ihrer Besonderheiten jeweils nur einmal je Kind, nur eng begrenzte zeitliche Spielräume für die Durchführung einer beliebigen Mengensteigerung durch die Kinderärzte nicht zugänglich sind und, sofern Kinderärzte auf eine umfassende und vollständige Inanspruchnahme der Frühherkennungsuntersuchungen hinwirken, dies den normativen Vorgaben entspricht.

Allerdings sind Regelungen über Punktzahlobergrenzen in einem HVM als solche nicht zu beanstanden. Die These, der HVM dürfe im Zuge der Honorarverteilung nur den Punktwert regeln, während dies für die je Leistung abrechenbare Punktzahl dem EBM vorbehalten sei, entspricht der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) nur insoweit, als die generelle Festlegung der je einzelner Leistung abrechenbaren Punktzahl, die Punktzahlbewertung also, dem EBM vorbehalten ist. Der Senat hat die Begrenzung des gesamten je Arzt abrechenbaren Punktzahlvolumens wiederholt gebilligt. So hat er Regelungen in Honorarverteilungsmaßnahmen als rechtens angesehen, die bei der Honorarverteilung Fallpunktzahlen nur in begrenztem Umfang berücksichtigten (vgl dazu das grundlegende Urteil vom 3. Dezember 1997, [BSGE 81, 213](#), 219 ff = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 23](#) S 154 ff betr Punktzahlgrenze, orientiert am Abrechnungsdurchschnitt der Fachgruppe; s weiterhin zB [BSGE 83, 52](#), 54 ff = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 28](#) S 203 ff betr Punktzahlgrenze, orientiert am eigenen früheren Abrechnungsdurchschnitt). Der Senat hat weiterhin HVM-Regelungen über Fallzahlzuwachsgrenzen gebilligt, die ein Punktzahlvolumen unverändert lassen, das sich aus der Zahl der über der Grenze liegenden Behandlungsfälle und der dem Arzt veränderten durchschnittlichen Fallpunktzahl errechnet (s zu Fallzahlzuwachsbeschränkungen [BSGE 89, 173](#), 182 ff = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 45](#) S 378 f; vgl auch BSG [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 44](#) S 366). Diese Rechtsprechung trägt der Erkenntnis Rechnung, dass Bestimmungen des HVM, die unmittelbar den Punktwert regeln, und andererseits solche, die zwar am abgerechneten Punktzahlvolumen ansetzen, aber letztlich zur Stabilisierung des Punktwerts beitragen, funktionell austauschbar sind und daher rechtlich nicht grundsätzlich unterschiedlich bewertet werden dürfen. Wird dabei ein Teil der abgerechneten Punktzahlen nicht berücksichtigt, so wird damit nicht die Vergütung für einzelne Leistungen oder Teile von ihnen versagt, sondern lediglich das Ausmaß der Vergütungen insgesamt der Höhe nach begrenzt, sodass das auf die einzelne Leistung entfallende Honorar entsprechend der geringeren Anzahl erbrachter Leistungen sinkt (s [BSGE 81, 213](#), 221 f = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 23](#) S 156; vgl zuletzt BSG, Urteil vom 15. Mai 2002 [B 6 KA 30/00 R](#) -, zur

Veröffentlichung in [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 32](#) vorgesehen).

In den genannten Entscheidungen hat der Senat die durch den HVM geregelten Punktzahlgrenzen jeweils grundsätzlich gebilligt, zugleich aber Einschränkungen gemacht bzw Ausnahmen gefordert. Im Falle von Punktzahlgrenzen für das individuelle Abrechnungsvolumen (zB [BSGE 83, 52 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 28](#)) müssen Praxen mit unterdurchschnittlichem Umsatzniveau durch Erhöhung der Zahl der behandelten Patienten den durchschnittlichen Umsatz der Arzt- bzw Zahnarztgruppe erreichen können (aaO S 57 f bzw S 206 ff). Die grundsätzlich rechtmäßigen HVM-Vorschriften über die Begrenzung des Fallzahlwachses dürfen nicht jedes Wachstum der einzelnen Praxis blockieren; ein gewisses, kontinuierliches Fallzahlenwachstum muss vielmehr generell möglich bleiben (BSG [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 44](#) S 366 f). Diesen Forderungen des Senats liegen jeweils Erwägungen zu Grunde, die sich auf die Situation des Vertragsarztes bzw der Praxis insgesamt beziehen. Vergleichbares kann sich aber auch aus Besonderheiten einzelner ärztlicher Leistungen ergeben. So ist denkbar, dass sich bestimmte Leistungen nach der Zielsetzung der sie betreffenden normativen Regelungen so deutlich von allen anderen vertragsärztlichen Leistungen unterscheiden, dass für sie der auch wirtschaftliche Anreiz erhalten bleiben muss, sie ggf auch unter Ausweitung des bisherigen Abrechnungsvolumens zu erbringen. Dem tragen die Honorarverteilungsmaßstäbe der KVen vielfach dadurch Rechnung, dass sie zB Wegegelder und Wegepauschalen bei Besuchen, Kostenerstattungen für Dialyseleistungen und Leistungen im organisierten Notfalldienst von vornherein nicht mengenbegrenzenden Honorarverteilungsregelungen unterwerfen.

Vergleichbares gilt für die Kinder-Frherkennungsleistungen nach Nr 140 bis 152 EBM-Ä insofern, als diese von Zuwachsbeschränkungen im HVM, die die abrechenbare Punktzahl begrenzen, ausgenommen werden müssen. Sie mussten bis 1998 (vor dem Inkrafttreten des [Art 14 Abs 4 GKV-SolG](#)) zwar nicht von den Regelungen des Honorarverteilungsmaßstabs generell freigestellt werden, was auf eine Honorierung mit festen bzw vereinbarten Punktwerten hinauslief. Unzulässig waren aber auch schon vor 1999 jedenfalls solche HVM-Regelungen, die verhinderten, dass sich eine gegenüber dem maßgeblichen Vergleichszeitraum vermehrte Erbringung von Frherkennungsuntersuchungen nach Nr 140 bis 152 EBM-Ä überhaupt auf den Honoraranspruch des Arztes auswirken konnte, wie dies zB bei einer engen Punktzahlobergrenze der Fall ist. Die Unzulässigkeit solcher Beschränkungen folgt aus den Besonderheiten, die für die Kinder-Frherkennungsuntersuchungen im Unterschied zu allen anderen ärztlichen Leistungen gelten. Ihre Besonderheit besteht darin, dass zwei Gesichtspunkte zusammenkommen, nämlich einerseits eine enge Mengenbegrenzung und andererseits das Ziel möglichst vollständiger Mengenaus-schöpfung in dem gegebenen Rahmen. Für die Kinder-Frherkennungsuntersuchungen ist ein bestimmtes Untersuchungsschema und eine exakt begrenzte Zeitspanne für die Durchführung vorgegeben, und jede Frherkennungsuntersuchung kann bei einem Kind nur einmal durchgeführt werden; dadurch sind sie keiner beliebigen Mengenausweitung zugänglich. Die Kinder-RL des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (vom 28. April 1971, Beilage 14/71 zum BAnz Nr 111 vom 23. Juni 1971, mit Änderung zuletzt vom 10. Dezember 1999, BAnz Nr 56 vom 21.

März 2000, S 4603), die die Regelung des [Â§ 26 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) konkretisieren und gemäß [Â§ 26 Abs 2](#) iVm [Â§ 25 Abs 3 und Abs 4 Satz 2 SGB V](#) erlassen worden sind, geben in Kapitel B für die Kinder-Frühherkennungsuntersuchungen feste Zeitpunkte (U 1 = "unmittelbar nach der Geburt") oder jedenfalls nur geringe Zeitspannen vor (U 2 = 3. bis 10. bzw 14. Lebensjahr, U 3 = 4. bis 6. bzw 8. Lebenswoche, usw sich steigernd bis U 9 = 60. bis 64. bzw 58. bis 66. Lebensmonat). Eine weitere Frühherkennungsuntersuchung wurde später auch für ältere Kinder vorgesehen ([Â§ 26 Abs 1 SGB V](#) idF des Art 1 des Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-NOG) vom 23. Juni 1997, [BGBl I S 1520](#)) und insoweit durch die Jugendgesundheitsuntersuchungs-RL des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen konkretisiert (vom 26. Juni 1998, BAnz Nr 159 vom 27. August 1998, S 12723, mit Änderung vom 23. Oktober 1998, BAnz Nr 16 vom 26. Januar 1999, S 947). Auch diese ist innerhalb einer begrenzten Zeitspanne zu erbringen (U 10 im 14. Lebensjahr bzw Toleranzzeit vom 13. bis 15. Lebensjahr). Innerhalb des jeweils engen Zeitrahmens sollen die Frühherkennungsuntersuchungen andererseits möglichst vollständig erbracht werden, dh bei jedem Kind soll möglichst jede Untersuchung durchgeführt werden. Mit ihnen wird das Ziel verfolgt, im Vor- bzw Frühstadium Krankheiten zu erkennen, bei denen eine versäumte Behandlung gefährlich, eine evtl überflüssige Diagnostik aber weder riskant noch teuer ist (vgl [Â§ 26 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) und allgemein zB Schwartz, Zur Qualität und diagnostischen Effektivität des Kinderscreenings in der Bundesrepublik, in *Kinderarzt* 11 (1980), 1400, 1401). Die Leistungen sollen nicht nur angeboten, sondern auch in möglichst hoher Quote genutzt werden (Albrecht, Maßnahmen zur Frühherkennung von Krankheiten, *ZfS* 1971, 272, 276 f; s auch Dt. Ärztetag, DÄ 1969, 464; Altenhofen, Das Programm zur Krankheitsfrühherkennung bei Kindern, in: *Gesundheit von Kindern*, hrsg von Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Bd 3, 1998, S 25, 26). Aus dieser Besonderheit der Verbindung einer normativ klaren und engen Zeit- und zugleich Mengenbegrenzung mit der Zielvorgabe insoweit möglichst vollständiger Mengenausstattung ergeben sich nicht nur Zweifel, ob überhaupt ein Bedürfnis nach mengenbegrenzenden Regelungen bestehen kann. Daraus folgt vielmehr, dass zusätzliche Beschränkungen und Erschwernisse für die Leistungserbringung über die in den RL normierten zeitlichen Rahmenvorgaben hinaus in Gestalt von Punktzahlobergrenzen nicht im HVM festgelegt werden dürfen. Dies liefe dem Anliegen möglichst vollständiger Leistungserbringung im Rahmen eng begrenzter zeitlicher Spielräume zuwider. Dies hat auch der Gesetzgeber so gesehen, wie die zum 1. Januar 1999 in Kraft gesetzte Bestimmung zeigt, dass die Leistungen nach [Â§ 26 SGB V](#) außerhalb der Gesamtvergütungen zu honorieren sind (s [Art 14 Abs 4 GKV-SolG](#)). Diese Vorschrift richtete sich ausweislich der Gesetzesbegründung gerade gegen mengenbegrenzende Regelungen in Honorarverteilungsmaßnahmen ([BT-Drucks 14/24 S 25](#) zu [Art 14 Abs 4 GKV-SolG](#)).

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 Abs 1](#) und 4 Sozialgerichtsgesetz in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung (vgl [BSG SozR 3-2500 Â§ 116 Nr 24](#) S 115 ff).

Erstellt am: 21.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024