

---

## S 1 KA 3463/99

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	5
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Honorarverteilungsmaßstab, Leistungsbedarf, Notfalldienst, Krankenhaus, Honorarverteilung, Verteilungsmaßstab, Honorarverteilungsgerechtigkeit, Budgetierung, Mengenbegrenzung
Leitsätze	Rechtswidrigkeit eines Honorarverteilungsmaßstabs. Der HVM der KV Südbaden ist insoweit rechtswidrig, als darin der angeforderte Leistungsbedarf für Leistungen der Krankenhäuser im organisierten Notfalldienst pauschal um 10 % abgesenkt wird.
Normenkette	<a href="#">§ 85 Abs 4 SGB V</a> ; § 7 A II Nr. 10 HVM der KV Südbaden; <a href="#">Art.12 Abs.1 GG</a> , <a href="#">Art 3 GG</a>

#### 1. Instanz

Aktenzeichen	S 1 KA 3463/99
Datum	17.10.2001

#### 2. Instanz

Aktenzeichen	L 5 KA 626/02
Datum	04.12.2002

#### 3. Instanz

Datum	-
-------	---

Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 17. Oktober 2001 dahin abgeändert, dass die Beklagte verurteilt wird, über die Vergütung der abgerechneten ambulanten Notfallbehandlungen unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden.

Im Übrigen werden die Berufungen zurückgewiesen.

---

Die Beklagte hat dem Kläger die außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Vergütung von ambulanten Notfallbehandlungen, die von den Kreis-krankenhäusern K. , E. , W. , L. und A. sowie dem Klinikum O. , deren Träger der klagende Landkreis ist, erbracht und bei der Beklagten zur Abrechnung gebracht wurden.

Der (ab 1.1.1998 geltende) Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten (HVM) enthielt u.a. folgende Regelungen:

§ 7

A. Differenzierte Praxisbudgets Mit dem Ziel einer verbesserten Honorargerechtigkeit innerhalb der Fachgruppen und der Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit, werden die differenzierten Praxisbudgets festgelegt.

A I. Praxisbudgets nach EBM für die in dem ab 1.7.1997 geltenden EBM aufgeführten Fachgruppen (Allgemeine Bestimmungen A I Teil B 1.5) sind entsprechend § 4 Abs. 1 HVM die in den Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B festgelegten Regelungen maßgebend. Soweit diese Regelung keine Anwendung findet, gilt A II.

A II. Praxisbudgets HVM 2 für Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Ärzte im organisierten Notfalldienst und ermächtigte Krankenhaus-Ärzte unterliegen nicht der Budgetierung, es sei denn, der mit der Ermächtigung begründete Versorgungsauftrag entspricht dem eines vergleichbaren Vertragsarztes.

10. Für nicht budgetierte Fachgruppen bzw. Ärzte wird als Mengenbegrenzungsmaßnahme der angeforderte Leistungsbedarf mit Ausnahme der Leistungen nach Q II um 10% abgesenkt. Für Leistungen, die mit einem erhöhten Mindestpunktwert versehen sind (z. B. psychotherapeutische Leistungen, Leistungen der Kinder- und Jugend-psychiatrie, Q I Nr. 1 bis 6-Leistungen für konventionelle Radiologen) gilt diese Regelung nicht.

B Honorarverteilung

8.2 Von der Gesamtvergütung werden vorweg vergütet die Leistungen, die im Rahmen des von der KVS auf Grund der Notfalldienstordnung organisierten Notfalldienstes (an Wochenenden und Feiertagen) von dem den Notfalldienst durchführenden Arzt erbracht werden. Die Leistungen im organisierten ärztlichen Notfalldienst werden mit einem Punktwert von neun Pfennig vergütet. Für jede hierbei durchgeführte Notfallbehandlung wird unter Anrechnung der

---

Geb.-Nrn. 1 und 2 EBM eine Grundpauschale in Höhe von 300 Punkten vergütet.

8.7.5 Die den arztgruppenbezogenen Honorarkontingenten und Honorarunterkontingenten zu Grunde liegenden Leistungen werden mindestens mit einem durchschnittlichen GKV-Punktwert von sechs Pfennig vergütet, es sei denn:  der Gesamtvergütungsanteil für diese Leistungen reicht zur Auszahlung eines entsprechenden Mindestpunktwertes für alle Fachgruppen nicht aus.  die Fachgruppe hat die zur Verfügung stehenden Rationalisierungsréserven nicht ausgeschöpft und/oder die Leistungsbedarfsteigerung ist bei der Fachgruppe auf eine medizinisch inplausible Fallzahl- und/oder Mengenentwicklung zurückzuführen. Ergibt sich in einem Honorarunterkontingent ein unter sechs Pfennig liegender durchschnittlicher GKV-Punktwert, der unter Berücksichtigung der in Satz 1 aufgeführten Kriterien zur Anwendung kommen sollte, wird das Unterkontingent aus dem fachgruppenbezogenen Honorarkontingent soweit aufgestockt, dass die Auszahlung des Mindestpunktwertes gewährleistet ist. Soweit das fachgruppenbezogene Honorarkontingent zur Auszahlung der Mindestpunktwertes für die "übrigen Leistungen" bzw. die Leistungen des Unterkontingents nicht ausreicht, erfolgt die notwendige Aufstockung des Honorarkontingents durch Vorwegabzug aus der pauschalisierten Gesamtvergütung.

Die Vergütung der von den Kreiskrankenhäusern K. , E. , W. , L. und A. sowie dem Klinikum O. erbrachten (Notfall-)Leistungen setzte die Beklagte mit den Bescheiden vom 8.7.1998 betreffend das Quartal 1/98 und vom 30.9.1998 betreffend das Quartal 2/98 fest. U. a. setzte sie unter Berücksichtigung der Regelung des § 7 A II 10 HVM folgende Punktzahlen ab und vergütete folgende Punktzahlen mit dem in § 7 B 8.7.5 HVM vorgesehenen Mindestpunktwert von sechs Pfennig:

-Tabellen können nicht ordnungsgemäß dargestellt werden-

Krankenhaus Quartal abgesetzte Punkte vergütete Punkte K. 2/98 60.958 549.886  
E. 1/98 40.706 368.832 E. 2/98 62.645 563.812 W. 1/98 39.941 359.474 W. 2/98  
55.523 499.710 L. 2/98 260.242 2.346.230 A. 2/98 83.292 749.630 O. 2/98 193.319  
1.744.917

Die Widersprüche der Krankenhäuser gegen die Abrechnungsbescheide wies der Vorstand der Beklagten zurück (Widerspruchsbescheide vom 22.10.1999 betreffend die Kreiskrankenhäuser K. , E. , L. und W. , vom 25.10.1999 betreffend das Klinikum O. , vom 27.10.1999 betreffend das Kreiskrankenhaus A. ) mit der Begründung, die Regelung des § 7 A II 10 HVM entspreche dem Grundsatz der Honorargerechtigkeit und sei Ausfluss ihrer (der Beklagten) Kompetenz zur Verteilung der Gesamtvergütung gemäß [§ 85 Abs. 4](#) des fünften Buches Sozialgesetzbuch  Gesetzliche Krankenversicherung  (SGB V). Die Notwendigkeit der getroffenen Mengenbegrenzungsregelung ergebe sich daraus, dass der HVM in § 7 B 8.7.5 Abs. 2 einen Mindestpunktwert von sechs Pfennig für die fachgruppenbezogenen Honorarkontingente vorsehe, der auch bei der Vergütung der Krankenhäuser für Notfallbehandlungen zur Anwendung

---

komme. Hieraus folge, dass, soweit das f<sup>1/4</sup>r die Verg<sup>1/4</sup>tung von Notfallbehandlungen in Krankenh<sup>1/4</sup>usern vorgesehene Honorarkontingent zur Auszahlung des Mindestpunktwertes nicht ausreiche, die notwendige Aufstockung des Honorarkontingentes durch Vorwegabzug aus der pauschalierten Gesamtverg<sup>1/4</sup>tung erfolge. Bei einem in diesem Bereich unter sechs Pfennig fallenden Punktwert m<sup>1/4</sup>asse deshalb die erforderliche St<sup>1/4</sup>tungsma<sup>1/4</sup>nahme bzw. Ausgleichszahlung von allen in ihrem Bereich abrechnenden <sup>1/4</sup>rzte bzw. Fachgruppen an-teilig <sup>1/4</sup>bernommen werden. Dies f<sup>1/4</sup>hre jedoch dazu, dass budgetierte Fachgruppen, die gerade wegen der Budgetregelungen einen stabilisierten Punktwert weit oberhalb des Mindestpunktwertes erreichten, andere Fachgruppen bzw. im Rahmen der Honorarverteilung zu ber<sup>1/4</sup>cksichtigende sonstige Leistungserbringer unterst<sup>1/4</sup>tzen m<sup>1/4</sup>ssten, die auf Grund einer fehlenden Budgetierungsregelung einen ungehinderten Leistungsanstieg verzeichnen k<sup>1/4</sup>nnten. Dies sei jedoch mit dem Grundsatz der Verteilungsgerechtigkeit nicht vereinbar.

Dem Argument der fehlenden Steuerungsma<sup>1/4</sup>glichkeit bez<sup>1/4</sup>glich der zu erbringenden Leistungsmenge im Rahmen von Notfallbehandlungen im Krankenhaus mit dem gleichzeitigen Hinweis auf die teilweise Abh<sup>1/4</sup>ngigkeit von der Qualit<sup>1/4</sup>t und Einsatzbereitschaft des organisierten Notfalldienstes durch die Vertrags<sup>1/4</sup>rzteschaft k<sup>1/4</sup>nnne nicht in vollem Umfang zugestimmt werden. Zum einen m<sup>1/4</sup>asse die Interpretation eines Notfalls durch die am Krankenhaus eingerichteten Notfallambulanz als <sup>1/4</sup>u<sup>1/4</sup>erst weit angesehen werden, wobei hier in den letzten Jahren eine steigende Tendenz festzustellen sei. Des Weiteren m<sup>1/4</sup>asse in diesem Zusammenhang nochmals darauf hingewiesen werden, dass Notfallbehandlungen im Krankenhaus w<sup>1/4</sup>hrend der <sup>1/4</sup>blichen Sprechstundenzeiten der niedergelassenen Vertrags<sup>1/4</sup>rzteschaft nicht den rechtlichen Grundlagen entsprechen. Hinzu komme, dass auch der im Rahmen einer Notfallbehandlung abrechenbare Leistungsumfang weit gehend durch den Erbringer festgelegt werde, also insoweit eine Steuerungsma<sup>1/4</sup>glichkeit bestehe. Eine Gesamtschau der im Jahre 1998 durchgef<sup>1/4</sup>hrten Honorarverteilung zeige, dass die Mengengrenzungsma<sup>1/4</sup>nahme die damit verfolgten Ziele erreicht habe. Denn zum einen sei es gelungen, die Punktwerte zu stabilisieren, und zum anderen sei eine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung von budgetierten und nicht budgetierten Fachgruppen verhindert und somit ein H<sup>1/4</sup>chstma<sup>1/4</sup> an Verteilungsgerechtigkeit erreicht worden.

Der Kl<sup>1/4</sup>ger hat jeweils Klage beim Sozialgericht Freiburg (SG) erhoben, am 19.11.1999 betreffend das Kreiskrankenhaus K. ([S 1 KA 3463/99](#)), am 22.11.1999 betreffend die Kreiskrankenh<sup>1/4</sup>user E. (S 1 KA 3470/99), W. (S 1 KA 3471/99) und L. (S 1 KA 3472/99) sowie am 23.11.1999 und betreffend das Kreiskrankenhaus A. (S 1 KA 3499/99) und das Klinikum O. (S 1 KA 3500/99). Das SG hat mit Beschluss vom 31.3.2000 die Verfahren zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden. Der Kl<sup>1/4</sup>ger hat begehrt, die in den von ihm getragenen Krankenh<sup>1/4</sup>usern abgerechneten ambulanten Notfallbehandlungen mit einem Punktwert von neun Pfennig ohne einen <sup>1/4</sup>ber einen Investitionskostenabschlag in H<sup>1/4</sup>he von 10% hinausgehenden Abzug zu verg<sup>1/4</sup>ten, hilfsweise eine Neubescheidung. Er macht geltend, die Beklagte habe seine Verg<sup>1/4</sup>tung

---

gegenüber der Vergütung eines am organisierten Notfalldienst teilnehmenden Vertragsarztes in 3-facher Weise gekürzt, nämlich um den Investitionskostenabschlag von 10%, als Mengenbegrenzungsmaßnahme um weitere 10% und die sich daraus ergebenden Punktzahlen mit dem Mindestpunktwert von sechs Pfennig vergütet. Dies entspreche im Ergebnis einer Vergütung von 4,9 Pfennig pro Punkt. Die Regelung des § 7 A II 10 HVM rechtfertige die Mengenbegrenzungsmaßnahme ihm gegenüber nicht. Sie sei schon nach ihrem Wortlaut auf Krankenhäuser nicht anwendbar. Die Vergütung der nicht planmäßigen Notfallbehandlungen durch die Krankenhäuser bemesse sich regelmäßig nach den vollen Sätzen der jeweils maßgeblichen Gebührenordnung. Entgegen aller Kürzungsversuche habe das BSG lediglich den auch von der Beklagten in Ansatz gebrachten Investitionskostenabschlag als gerechtfertigt angesehen und wiederholt weitere Abschnitte als rechtswidrig beurteilt. Der von der Beklagten angegebene Regelungszweck der Mengenbegrenzungsregelung (Verhinderung der ungerechtfertigten Ungleichbehandlung von budgetierten und nicht budgetierten Fachgruppen) stelle keinen sachlichen Grund für einen über den Investitionskostenabschlag hinausgehenden Abzug dar. Gemäß § 7 B. 8. 2. HVM würden Leistungen im organisierten ärztlichen Notfalldienst mit einem Punktwert von neun Pfennig vergütet. Es verstoße gegen den Gleichheitsgrundsatz, wenn die Beklagte die Krankenhäuser lediglich mit dem Mindestpunktwert von sechs Pfennig vergütete. Er habe Anspruch auf eine Vergütung seiner Leistungen im Bereich der ambulanten Notfallbehandlung entsprechend § 7 B 8.2 HVM.

Mit Urteil vom 17.10.2001 hat das SG die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 8.7.1998 und 30.9.1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.10.1999 betreffend das Kreiskrankenhaus W. , des Bescheides vom 30.9.1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.10.1999 betreffend das Klinikum O. , des Bescheides vom 30.9.1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.10.1999 betreffend das Kreiskrankenhaus K. , der Bescheide vom 30.7.1998 und 30.9.1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.10.1999 betreffend das Kreiskrankenhaus E. , des Bescheides vom 30.9.1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.10.1999 betreffend das Kreiskrankenhaus A. und des Bescheides vom 30.9.1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.10.1999 betreffend das Klinikum L. verurteilt, über die abgerechneten ambulanten Notfallbehandlungen unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichtes erneut zu entscheiden. Im Übrigen hat es die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, die Begrenzung der "übrigen Leistungen" nicht nur durch Praxisbudgets und Zusatzbudgets, sondern auch durch die Bildung von Fachgruppentöpfen sei grundsätzlich nicht zu beanstanden. Auf Grund des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit sei nicht zu beanstanden, wenn die Beklagte die von den Ärzten des Klägers im Notfalldienst erbrachten Leistungen nicht mit 9 Pfennigen pro Punktwert vergütet habe, da nach der Rechtsprechung des BSG ein Investitionskostenabschlag von 10% gerechtfertigt sei. Ein Verstoß liege jedoch darin, dass die Beklagte die von den Ärzten des Klägers im Notfalldienst erbrachten Leistungen nochmals um 10% abgesenkt habe und zwar unabhängig davon, ob die Leistungen einer unerwünschten Mengenausweitung zugänglich seien oder nicht, und diese Leistungen wie alle Leistungen von nicht

---

budgetierten Fachgruppen einem floaten-den Punktwert aussetze. Da die Ärzte des Klägers die Konsultierung durch Notfallpatienten nicht steuern könnten und sich die Behandlung auf ein einmaliges Tätigwerden beschränke, wobei die Ärzte zunächst zu prüfen hätten, ob überhaupt ein Notfall vorliege, erscheine eine Mengenausweitung praktisch nicht möglich. Hinzu komme, dass diese zusätzliche Maßnahme der Mengenbegrenzung mit der Regelung des EBM nicht in Einklang stehe.

Gegen das den Beteiligten am 22.1.2002 zugestellte Urteil haben der Kläger am 21.2.2002 und die Beklagte am 19.2.2002 Berufung eingelegt.

Der Kläger macht geltend, zutreffend habe das [SG Â§ 7 A II 10 HVM](#) für rechtswidrig erklärt und damit als Norm für nichtig. Eine nichtige Norm dürfe nicht angewandt werden. Gleichwohl habe das SG die Beklagte "nur" zu einer Neubescheidung verurteilt. Die dabei nach dem Urteil zu beachtende Rechtsauffassung des Gerichtes werde aber nicht (hinreichend verständlich) erklärt. Das Urteil des SG sei in sich widersprüchlich. Notfallbehandlungen seien mit einem Punktwert von neun Pfennig zu vergüten. Das SG setze sich in Widerspruch zur Rechtsprechung des BSG, wonach für eine Honorar-reduzierung über den Investitionskostenabschlag hinaus eine besondere und damit zusätzliche Rechtfertigung erforderlich sei. Die vom SG herangezogenen Gründe zur Rechtfertigung einer weiteren Honorarabsenkung unterhalb eines Punktwert von neun Pfennig seien darüber hinaus sachlich nicht berechtigt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 17. Oktober 2001 abzuändern und die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 8. Juli 1998 und 30. September 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. Oktober 1999 betreffend das Kreiskrankenhaus W. , des Bescheides vom 30. September 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. Oktober 1999 betreffend das Klinikum O. , des Bescheides vom 30. September 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. Oktober 1999 betreffend das Kreiskrankenhaus K. , der Bescheide vom 30. Juli 1998 und 30. September 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. Oktober 1999 betreffend das Kreiskrankenhaus E. , des Bescheides vom 30. September 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. Oktober 1999 betreffend das Kreiskrankenhaus A. und des Bescheides vom 30. September 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. Oktober 1999 betreffend das Klinikum L. zu verurteilen, die abgerechneten ambulanten Notfallbehandlungen mit einem Ausgangspunktwert von neun Pfennig zu vergüten.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 17. Oktober 2001 abzuändern und die Klage in vollem Umfang abzuweisen.

Sie macht geltend, würde man die Gesamtvergütung unmodifiziert verteilen, also ohne Fachgruppenanteile oder ohne Budgetierung, sei evident, dass der

---

Punktwert weit unter sechs Pfennig sinken würde. Die Krankenkassen des Klägers hätten keinen Anspruch auf eine Vergütung der im Notfalldienst abgerechneten Leistungen mit 9 Pfennig wie die notfalldienstleistenden niedergelassenen Ärzte, weil es sich um nicht vergleichbare Sachverhalte handele.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte, die Akten des SG sowie die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I.

Die Berufungen der Beteiligten sind zulässig. Sie sind insbesondere statthaft. Ein Berufungsaus-schlussgrund des [Â§ 144 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) ist nicht gegeben. Da zwischen den Beteiligten umstritten ist, ob die von den Krankenkassen des Klägers abgerechneten Leistungen mit einem Punktwert von 8,1 Pfennig zu vergüten sind und die angeforderten Punktzahlen 300.000 Punkte und mehr betragen, ist der Beschwerdewert von EUR 500,00 überschritten.

II.

Die zulässige Berufung des Klägers ist teilweise begründet, im Übrigen sind die zulässigen Berufungen nicht begründet. Ein Anteil neben dem vorliegend nicht streitigen Investitionskostenabschlag nach [Â§ 120 SGB V](#) von 10% Anteil weiterer pauschaler Abschlag nach [Â§ 7 A II 10 HVM](#) von 10% der angeforderten Punktzahlen ist rechtswidrig (1.). Der Kläger hat Anspruch auf Vergütung der anerkannten Punkte mit dem selben Punktwert wie die Leistungen des organisierten Notfalldienstes (2.).

Die Leistungen von Krankenkassen, die wie die Krankenkassen des Klägers nicht zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind, im Rahmen der ambulanten Notfallbehandlungen sind grundsätzlich so zu vergüten, als wenn sie von zugelassenen Vertragsärzten erbracht worden wären (BSG [SozR 3-2500 Â§ 120 Nr. 8](#), st. Rspr.). Dem gemäß findet der HVM auf sie Anwendung (vgl. auch [Â§ 2 Nr. 2 HVM](#)) und es gelten auch für diese Leistungen die allgemeinen Grundsätze über die Verteilung der Gesamtvergütung an die Vertragsärzte.

Nach [Â§ 85 Abs. 4](#) in der fälligen Quartalsfassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 22.12.1992 ([BGBl. I, S. 2266](#)) Anteil das Zweite GKV-Neuordnungsgesetz (2. GKV-NOG) vom 23.6.1997 ([BGBl. I, S. 1520](#)) hat [Â§ 85 Abs. 4 SGB V](#) nicht geändert Anteil verteilt die Kassenärztliche Vereinigung die Gesamtvergütung unter die Kassenärzte. Sie wendet dabei den im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an. Bei der Verteilung sind Art und Umfang der Leistungen des Kassenarztes zugrunde zu legen. Der Verteilungsmaßstab soll sicherstellen, dass eine angemessene Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenarztes verhältnismäßig

---

wird. Der Verteilungsmaßstab kann eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung vorsehen.

Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG, der der Senat folgt, ist bei der Anwendung der Honorarverteilung das aus [Art. 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1](#) des Grundgesetzes (GG) herzuleitende Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit zu beachten. Der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ist verletzt, wenn vom Prinzip der gleichmäßigen Vergütung abgewichen wird, obwohl zwischen den betroffenen Ärzten bzw. Arztgruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass eine ungleiche Behandlung gerechtfertigt ist. Das Gleichbehandlungsgebot des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) enthält jedoch nicht nur das Verbot sachwidriger Differenzierungen, sondern ebenso das Gebot sachgerechter Differenzierungen bei Vorliegen wesentlicher Unterschiede. Zu einer Differenzierung bei ungleichen Sachverhalten ist der Gesetzgeber allerdings nur verpflichtet, wenn die tatsächliche Ungleichheit so groß ist, dass sie bei einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise nicht unberücksichtigt bleiben darf (vgl. z.B. BSG [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 33](#), mwN).

1.) Das SG hat zutreffend die Regelung des Â§ 7 A II 10 HVM als rechtswidrig angesehen.

In Â§ 7 HVM hat die Beklagte für die Honorarverteilung differenzierte fallzahlabhängige Praxisbudgets festgelegt (Â§ 7 A HVM). Sie hat sich dabei im Wesentlichen an die Regelungen der Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B EBM angelehnt. Soweit Fachgruppen nicht in den Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B Nr. 1.5 EBM aufgeführt sind, gelten für sie die Regelungen nach Â§ 7 A II HVM (Â§ 7 A I Satz 2 HVM). Diese Regelungen enthalten gesonderte Mengenbegrenzungsregelungen. Für alle Fachgruppen bzw. Ärzte, die der Budgetierung nicht unterliegen, insbesondere auch auf Grund der Bestimmung des Â§ 7 A II 2 HVM, enthält Â§ 7 A II 10 HVM eine generelle Regelung der Absenkung des angeforderten Leistungsbedarfs.

Die Bestimmung des Â§ 7 A II 10 HVM ist entgegen der Auffassung des Klägers auf die von ihm getragenen Krankenhäuser anwendbar. Denn die vom Kläger getragenen Krankenhäuser nehmen als nicht der Budgetierung unterliegende (Â§ 7 A II 2 HVM), nicht ermächtigte, ärztlich geleitete Einrichtungen an der Honorarverteilung teil (Â§ 2 Nr. 2 HVM).

Wie der Senat bereits entscheiden hat, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen auf Grund der Regelungen der Praxis- und Zusatzbudgets im EBM nicht gehindert, in den Honorarverteilungsmaßstab neben weiter gehende Regelungen, die die zu vergütenden Punkte begrenzen, zu treffen. So können bei den budgetierten Arztgruppen die nach Allgemeine Bestimmungen A I Teil B Nr. 1.5 EBM nicht der Budgetierung unterliegenden Leistungen (vgl. dazu Urteil des Senats vom 13.6.2001 â€‹ [L 5 KA 442/99](#) -, [MedR 2001, S. 589](#), im Wesentlichen bestätigt durch Urteil des BSG vom 11.9.2002 â€‹ [B 6 KA 30/01 R](#) -) ebenso begrenzt werden wie die Leistungen der Arztgruppen, die der Praxisbudgetierung des EBM nicht unterliegen (vgl. dazu Urteil des Senats vom 16.1.2002 â€‹ [L 5 KA 791/01](#) -). Denn

---

die verbindlichen EBM-Regelungen zu den Praxis- und Zusatzbudgets haben grundsätzlich nichts daran geändert, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen kraft ihrer Gestaltungsfreiheit im Rahmen der Honorarverteilung mengensteuernde Regelungen treffen dürfen, um ihrer Verantwortung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ([Â§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) gerecht zu werden. Durch die Einführung von Praxisbudgets im EBM zum 1.7.1997 hat sich nichts an der insgesamt begrenzten Gesamtvergütung für alle vertragsärztlichen Leistungen im Sinne des [Â§ 85 Abs. 1 SGB V](#) geändert und es ist deswegen auch nach dem 1.7.1997 Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen, im Rahmen der Honorarverteilung das Notwendige und Mögliche zur Gewährleistung ausreichender Punktwerte zu tun, um auf regionaler Ebene eintretende unerwünschte Verwerfungen zwischen einzelnen Arztgruppen und auch innerhalb einer Arztgruppe zu verhindern (BSG, Urteil vom 8.3.2000 – [B 6 KA 7/99 R](#) -, [MedR 2000, S. 543](#), 547). Da auch für den Praxisbudgets des EBM nicht unterliegende Leistungen nur ein bestimmter Anteil der Gesamtvergütung zur Verteilung zur Verfügung steht, ist die Beklagte berechtigt, die gesetzliche Budgetierung der Gesamtvergütung im Rahmen der Honorarverteilung an die Vertragsärzte weiterzugeben und die abrechnungsfähigen Punkte in einzelnen Leistungsbereichen zu begrenzen (BSG [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 23](#), S. 153). Gerade um einen angemessenen Punktwert zu erreichen, ist es notwendig, die zur Abrechnung kommenden Punktzahlen zu begrenzen. Der Regelung liegt damit der Zweck zugrunde, eine Mengenausweitung zu verhindern. Wäre eine solche Begrenzung nicht vorhanden, bestände die Gefahr, dass Vertragsärzte durch eine Ausweitung der entsprechenden Leistungen höhere Punktzahlen zur Abrechnung bringen und auf diesem Wege versuchen könnten, den Verlust, der durch den geringeren Punktwert entstünde, auszugleichen.

Eine solche Mengenbegrenzung hat die Beklagte mit der umstrittenen Regelung angestrebt. Diese grundsätzlich zwar zulässige Regelung kann aber nicht den Inhalt haben, dass die erbrachten Leistungen einfach mit einer um 10% geringeren Punktzahl vergütet werden.

Die Regelung des [Â§ 7 A II 10 HVM](#) führt dazu, dass die von den Vertragsärzten, die nicht zu den auf Grund des EBM budgetierten Fachgruppen gehören, erbrachten Leistungen mit einer um 10% geringeren Punktzahl als im EBM ausgewiesen vergütet werden. Die Regelung senkt damit faktisch die im EBM vorgegebene Bewertung der Leistungen ab. Die im EBM vorgegebene Bewertung kann aber durch Regelungen im Honorarverteilungsmaßstab nicht abgeändert werden. Der als Satzung zu beschließende Honorarverteilungsmaßstab einer Kassenärztlichen Vereinigung darf nicht gegen die Vorschriften des auf der Grundlage des [Â§ 87 Abs. 2 SGB V](#) erlassenen Bewertungsmaßstabes verstößen (BSG [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr. 23](#)).

Des Weiteren werden von der Regelung alle Vertragsärzte betroffen unabhängig davon, wie groß ihre Praxis ist und in welchem Umfang sie möglicherweise eine Mengenausweitung verursachen. Nach der von der Beklagten in dem beim Senat anhängigen Verfahren L 5 KA 4488/01 vorgelegten Niederschrift über die Vertreterversammlung vom 22.10.1997 hat mit der Absenkung des Lei-

---

stungsbedarfs um 10% eine Gleichbehandlung mit den durch den EBM bzw. HVM mit Praxisbudget belegten Fachgruppen hergestellt werden sollen, die mit einer durchschnittlichen Mengenabschäpfung von 10% konfrontiert worden seien. Zutreffend ist zwar, dass durch die Praxisbudgets im EBM die von den Vertragsärzten angeforderten Punktzahlen reduziert werden sollten mit der Folge, dass unter dem globalen Budget (Betrag der von allen Krankenkassen für die vertragsärztliche Versorgung gezahlten Gesamtvergütungen) der Punktwert stabil bleibt bzw. wieder ansteigt (BSG [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr. 23](#)). Dies ist allerdings nicht linear um 10% erfolgt. Ein wesentlicher Faktor bei der Berechnung der Vergütung ist bei den Praxisbudgets die Anzahl der (budgetrelevanten) Fälle, weil sich nach den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B Nr. 1 Satz 3 die Höhe der Budgets aus dem Produkt der Fallpunktzahl und der Zahl der Fälle gemäß Nr. 1.4 ergibt. Auch die Regelungen über die Berechnung der Fallpunktzahlen der Praxisbudgets erfolgt in Abhängigkeit der Fallzahlen des jeweiligen Arztes, indem für bestimmte Fallzahlbereiche Anhebungen oder Absenkungen erfolgen (Allgemeine Bestimmungen A I Teil B Nr. 1.6.2 Ziff. 2 EBM).

Schließlich ist auch fraglich, ob die Regelung des Â§ 7 A II 10 HVM überhaupt geeignet ist, einer Mengenausweitung entgegen zu wirken. Denn durch eine vermehrte Anforderung von Punkten kann die lineare Abstufung um 10% ausgehebelt werden. Dies gilt erst recht, wenn man wie die Beklagte der Auffassung ist, auch bei den Arztgruppen, die ausschließlich auf Überweisung tätig werden können, sei eine Mengenausweitung möglich (zur Möglichkeit der Mengenausweitung siehe auch BSG SozR 3-2500 Â§ 85 Nrn. 24 und 26 betreffend Laborärzte).

Hierzu steht nicht im Widerspruch, dass der Senat eine 20-prozentige Reduzierung der einem Individualbudget zugrunde gelegten Fallpunktzahlen für rechtmäßig erachtet hat (vgl. z.B. Urteil vom 13.11.2002 âĀ L 5 KA 4915/00 zu Ziff 4.5.1. HVM Nord-Württemberg). Die Verringerung betraf die Abrechnungswerte in den vergangenen Quartalen, die bei der Ermittlung der Höhe des Budgets zugrunde gelegt wurden, nicht aber die Punktzahlen für die aktuell zur Abrechnung kommenden Leistungen. Die Gegenleistung für das um 20 % verringerte Budget bestand (bei prozentual unverändertem Anteil der auf den betreffenden Arzt entfallenden Gesamtvergütung) in einem entsprechend angestiegenen Punktwert mit der weiteren Folge, dass die Punktzahlreduzierung sich im Ergebnis auf die Höhe des ärztlichen Honorars nicht nachteilig auswirkte. Diese Gegenleistung ist bei der hier streitigen Regelung des Â§ 7 A II 10 HVM der Beklagten gerade nicht gesichert. Die Vorschrift schneidet pauschal 10% des Abrechnungsbetrages ab, ohne indes Mengenausweitung zu verhindern oder zu bestrafen. Sie hat nicht die Wirkung, wie sie Individualbudgets bei Freien Leistungen bzw. die Praxis- und Zusatzbudgets nach dem EBM haben. Die Abschneidung der Punktzahl ist bei diesen Budgets ein Berechnungsfaktor ohne Auswirkung auf die Höhe der Vergütung. Die Mengenbegrenzung erfolgt allein dadurch, dass durch die Budgets Obergrenzen für die Zahl der abrechnungsfähigen Punkte eingeführt werden. Eine solche mengenbegrenzende Obergrenze enthält die hier streitige Regelung des Â§ 7 A II 10 HVM nicht. Sie führt vielmehr bei erfolgter Mengenausweitung zu einem Honoraranstieg und benachteiligt mit dem damit

---

einhergehenden Punktwertverfall den Arzt, der keine (sachlich nicht gerechtfertigte) Mengenausweitung betreibt.

Da die Regelung des Â§ 7 A II 10 HVM bereits aus den genannten GrÃ¼nden sich als rechtswidrig erweist, braucht der Senat nicht zu entscheiden, ob die von den KrankenhÃ¤usern erbrachten ambulanten Notfallbehandlungen Ã¼berhaupt einer Mengenausweitung zugÃ¤nglich sind und ob sie einer Mengengrenzungsregelung unterworfen werden kÃ¶nnen. Dies erscheint auch in Hinblick auf die Regelung des Â§ 7 A II 2 Satz 3 HVM fraglich. Danach unterliegen Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung teilnehmende Ã¶rzte, der Ã¶rzte im organisierten Notfalldienst und ermÃ¤chtigte KrankenhausÃ¤rzte nicht der Budgetierung, es sei denn, der mit der ErmÃ¤chtigung begrÃ¼ndete Versorgungsauftrag entspricht dem eines vergleichbaren Vertragsarztes.

GegenÃ¼ber den nicht ermÃ¤chtigten KrankenhÃ¤usern lÃ¤sst sich eine Mengengrenzungsregelung auch nicht generell mit dem Hinweis rechtfertigen, es sei eine Mengenausweitung wegen der unkritischen Annahme eines Notfalls, festgestellt worden. Ergibt sich, dass von einem nicht ermÃ¤chtigten Krankenhaus zur Abrechnung eingereichte Behandlungen keine NotfÃ¤lle nach [Â§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) sind, besteht kein Anspruch auf die VergÃ¼tung. Der Verpflichtung zur PrÃ¼fung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Honorarforderungen kann sich die Beklagte nicht durch die Schaffung pauschaler Mengengrenzungsregelungen entziehen.

Da die Beklagte grundsÃ¤tzlich berechtigt ist, im HVM auch fÃ¼r die der EBM-Budgetierung nicht unterliegenden Gruppen Honorarkontingente zu bilden, und es der Beklagten freisteht, eine Mengengrenzungsregelung fÃ¼r diese Gruppen zu beschlieÃ¶en, scheidet eine Verurteilung der Beklagten, alle angeforderten Punkte zu vergÃ¼ten, aus. Insoweit verbleibt es bei der vom SG ausgesprochenen Verpflichtung zur Neubescheidung mit der MaÃ¶gabe, dass die Beklagte die Rechtsauffassung des Senats zu beachten hat.

2.) Die unterschiedliche VergÃ¼tung der im organisierten Notfalldienst erbrachten Leistungen einerseits und der von den KrankenhÃ¤usern als Notfallbehandlungen erbrachten Leistungen andererseits in den beiden streitigen Quartalen 1/98 und 2/98 ist rechtswidrig. WÃ¤hrend die Beklagte die im organisierten Notfalldienst erbrachten Leistungen mit einem Punktwert von 9 Pfennig vergÃ¼tet hat (Â§ 7 B 8.2 Satz 2 HVM), hat sie die von den KrankenhÃ¤usern als Notfallbehandlungen erbrachten Leistungen mit einem floatenden Punktwert, zumindest aber mit einem Mindestpunktwert von sechs Pfennig, vergÃ¼tet. Die unterschiedliche VergÃ¼tung wÃ¤re nur zulÃ¤ssig, soweit sie durch sachliche GrÃ¼nde gerechtfertigt ist (BSG [SozR 3-2500 Â§ 120 Nr. 7](#)). Dies ist nicht der Fall.

Bei den von den KrankenhÃ¤usern des KlÃ¤gers behandelten FÃ¤llen handelt es sich um solche des [Â§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#). Nach dieser Vorschrift dÃ¼rfen andere (nicht zugelassene oder ermÃ¤chtigte) Ã¶rzte (und Ã¤rztlich geleitete Einrichtungen) nur in NotfÃ¤llen in Anspruch genommen werden. Auch die

---

Versorgung der Versicherten in den Fällen des [Â§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) durch nicht zugelassene Vertragsärzte bzw. nicht zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigte Krankenhäuser ist der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen (BSG [SozR 3-1500 Â§ 166 Nr. 6](#)).

Die unterschiedliche Vergütung lässt sich entgegen der Auffassung der Beklagten nicht damit begründen, die Privilegierung der niedergelassenen Ärzte sei wegen der mit dem organisierten Notfalldienst verbundenen Erschwernis gerechtfertigt. Denn die Situation im organisierten Notfalldienst und im Krankenhaus ist insoweit vergleichbar, als jeweils Personal für die Sicherstellung der Behandlungen, die zur "Unzeit" erfolgen, vorgehalten werden muss. Die Vorhaltung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in den Krankenhäusern ist auf die Bedürfnisse des Krankenhauses abgestellt und dient â anders als die Sprechstunde des niedergelassenen Arztes â der Versorgung der stationären Patienten, mithin gerade nicht der ambulanten Versorgung von Notfallpatienten. Des Weiteren müssten die ambulanten Notfallbehandlungen der Krankenhäuser auch vergütet werden, wenn an ihrer Stelle die Leistungen von zugelassenen Vertragsärzten erbracht würden (BSG [SozR 3-2500 Â§ 120 Nr. 7](#)).

Soweit die Beklagte in den Widerspruchsbescheiden die Befürchtung hegt, budgetierte Fachgruppen müssten ansonsten im Rahmen der Honorarverteilung zu berücksichtigende sonstige Leistungserbringer unterstützen, was mit dem Grundsatz der Verteilungsgerechtigkeit nicht vereinbar sei, vermag der Senat dem nicht zu folgen. Auch die Behandlung in Notfällen ist Aufgabe der zugelassenen Vertragsärzte bzw. ermächtigten ärztlichen Einrichtungen. Nach [Â§ 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) umfasst die Sicherstellung (der vertragsärztlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen) auch die vertragsärztliche Versorgung zu den stundenfreien Zeiten (Notdienst). Mit der Übernahme der Behandlungen nehmen die nicht zugelassenen Einrichtungen deshalb auch die Aufgabe dieser Fachgruppen und aller Vertragsärzte (mit) wahr.

Daran ändert nichts, dass die Sicherstellung des Notdienstes durch die Kassenärztlichen Vereinigungen mit einem organisierten Notdienst erfolgt. Denn darüber hinaus gibt es Fälle, in denen der organisierte Notdienst nicht erreicht werden kann. Nur um solche Fälle kann es sich bei den von Nicht-Vertragsärzten oder nicht ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen handeln. Denn ein Notfall im Sinne des [Â§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) liegt nur vor, wenn aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung des Patienten notwendig ist und ein fachlich zuständiger Vertragsarzt nicht in der gebotenen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann (BSG [SozR 3-2500 Â§ 76 Nr. 2](#) mwN). Dabei kommt es nicht darauf an, ob letztlich tatsächlich objektiv ein Notfall vorlag; es genügt, wenn eine jedenfalls vorläufige Abklärung dringend und unaufschiebbar erscheint, unabhängig davon, ob sich herausstellt, dass objektiv ein Notfall vorlag (BSG [SozR 3-2500 Â§ 76 Nr. 2](#)).

III.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 Abs. 4 Satz 2 SGG](#) in der bis 1.1.2002

---

geltenden Fassung (vgl. BSG, Urteil vom 30.1.2002 â [B 6 KA 12/01 R](#) -). An seiner frÃ¼heren Auffassung, [Â§ 197a SGG](#) in der seit 2.1.2002 geltenden Fassung des 6. SGG-Ãnderungsgesetzes (6. SGG-ÃndG) hÃ¤lt der Senat im Hinblick auf die gefestigte Rechtsprechung des BSG (z. B. Beschluss vom 30.8.2002 â [B 13 SF 1/02 S](#) -) nicht mehr fest.

Die Voraussetzungen des [Â§ 160 SGG](#) fÃ¼r die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Erstellt am: 12.11.2004

Zuletzt verÃ¤ndert am: 21.12.2024