# S 12 KA 615/05

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 615/05
Datum
04.07.2007
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Der Kläger hat der Beklagten die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten.
Er hat auch die Gerichtskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten noch um das Individualbudget bzgl. des stationären Bereichs im Primärkassenbereich für die zwei Quartale IV/03 und I/04 auf der Grundlage der Honorarbegrenzungsmaßnahme nach Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt I HVM.

Der Kläger ist als Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe mit Praxissitz in A-Stadt seit 01.09.1998 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er ist zugleich Belegarzt, zunächst seit 01.01.2000 im Roten-Kreuz-Krankenhaus A-Stadt, seit 01.07.2002 an der Klinik Dr. D ...

Am 21.07.2004 wandte er sich wegen des Individualbudgets für stationäre Leistungen an die Beklagte. Er trug vor, seine belegärztliche Tätigkeit befinde sich noch im Aufbau. Er werde aber mit extrem schwachen Quartalen verglichen.

Mit Bescheid vom 25.01.2005 lehnte die Beklagte den Antrag auf eine Sonderregelung für das Individualbudget gemäß Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt I HVM für das Quartal III/03 als unzulässig zurück, weil der Honorarbescheid mit Rechtsbehelfsbelehrung am 26.04.2004 versandt worden sei. Nach Ablauf der Widerspruchsfrist am 01.06.2004 sei er bestandskräftig geworden. Für die Quartale IV/03 bis II/04 wurde dem Antrag insoweit stattgegeben, als bei Anwendung der Regelung zum Individualbudget das angeforderte stationäre Punktzahlvolumen jener – aus der Belegabteilung des Roten-Kreuz-Krankenhauses und der Klinik Dr. D. – ersatzlos ausgeschiedenen Gynäkologen aus dem jeweiligen Quartal des Jahres 2002 dem Vergleichswert des Klägers aus den entsprechenden Quartalen des Jahres 2002 anteilsmäßig hinzuaddiert wurde. Für die Quartale ab III/04 würden die jeweiligen Quartale ab III/03 als Ausgangsquartale gelten. Die vorgelagerten Leitzahlen 505 und 506 würden entsprechend angepasst werden. Eine darüber hinausgehende vollständige Aufhebung der Budgetierung im stationären Versorgungsbereich sei nicht möglich. Nach dem HVM habe auch eine nach Kassenbereichen getrennte Budgetierung zu erfolgen.

Die einzelnen Berechnungsgrundlagen stellen sich in den streitbefangenen Quartalen wie folgt dar:

IV/03 I/04 Honorarbescheid vom 17.06.2004 24.07.2004
Bruttohonorar in Euro Primär- u. Ersatzkassen 81.384,14 60.037,14
Fallzahl d. Kl. (PK + EK) 1.358 1.150
Maßnahme nach Anl. 3 zu LZ 702 HVM 250.749,4 183.470,0
Wert Ausgangsquartal 2002 in Punkten PK amb.
PK stationär EK amb. EK stationär
346.759,3 268.768,0 308.081,9 178.464,0 311.576,3 113.834,0 285.043,0 94.910,0
Aktuelles Quartal: Oberer PW stat. (vor Abhilfe) PK EK
268.768,0 178.464,0 113.834,0 94.910,0
Aktuelles Quartal: Unterer PW (vor Abhilfe)
PK amb. PK stationär EK amb. EK stationär
150.648,2 50.614,0 76.713,1 0 110.021,2 258.284,0 39.864,5 88.560,0 Aktuelles Quartal: Oberer PW (nach Abhilfe) PK amb.
PK stationär EK amb. EK stationär

346.759,3 303.420,6 367.349,9 178.464,0
Aktuelles Quart.: Unterer PW (nach Abhilfe) PK amb.
PK stationär EK amb. EK stationär
150.648,2 15.961,4 17.445,1 0
Oberer PW (nach Abhilfe) stationär
PK EK
Summe 303.420,6 178.464,0 479.884,6 250.749,4 183.470,0
Unterer PW (nach Abhilfe) stationär PK
EK Summe
15.961,4 - 15.961,4 144.450,0 - 144.450,0
Zusätzliche Punkte nach Abhilfe stationär
Zusätzliche Punkte nach Abhilfe ambulant
34.652,6 59.268,0 136.915,4 88.560,0

Bruttohonorar ist das Honorar für Primär- und Ersatzkassen ohne sonstige Kostenträger und vor Abzug von Verwaltungskosten und der EHV.

Gegen den Bescheid vom 25.01.2005 legte der Kläger am 15.02.2005 Widerspruch ein. Er führte aus, nach Rücksprache mit der hiesigen KV stünden ihm für das Quartal IV/03 noch 500 Euro und für das Quartal I/04 noch 5.100 Euro zu. Dieses Geld sei noch nicht bezahlt worden.

Unter Datum vom 21.02.2005 teilte die Beklagte dem Kläger mit, bei der Neuberechnung sei auch berücksichtigt worden, dass nach einem Vorstandsbeschluss ambulante und stationäre Budgets verrechnet werden könnten. Insgesamt betrage der Nachzahlungsbetrag für die Quartale IV/03 bis II/04 19.273,55 Euro. Unter Datum vom 12.07.2005 teilte die Beklagte dem Kläger weiter mit, für die Quartale III und IV/02 sei eine Neuberechnung vorzunehmen. Eine Überprüfung habe ergeben, dass die Berücksichtigung der Werte aus den Quartalen III und IV/02 eine Bestwertregelung für den Kläger bedeute und somit keine Nachvergütung vorzunehmen gewesen wäre.

Mit Widerspruchsbescheid vom 13.07.2005, zugestellt am 20.07.2005, wies die Beklagte den Widerspruch gegen den Honorarbescheid zurück. Zur Begründung erläuterte die Beklagte im Einzelnen, welche Punktzahlvolumen vor und nach Abhilfe maßgeblich gewesen wären. Für die Quartale III und IV/04 seien die Abrechnungswerte der Quartale III und IV/02 für den Kläger am günstigsten gewesen und hätten im Ergebnis zur Vergütung der stationären Leistungen zum oberen Punktwert geführt. Eine Beschwer liege für diese beiden Quartale nicht vor. Aufgrund der Veränderungen im belegärztlichen Bereich und des gleichgelagerten Leistungsschwerpunktes sei davon auszugehen, dass die Tätigkeit der ausgeschiedenen Ärzte von den übrigen Ärzten der Klinik Dr. D. übernommen werden würden. Die Leistungen würden auch nur nach Überweisung erbracht. Die Sonderentscheidung habe nicht zur Honorarausweitung führen dürfen. Eine weitergehende begünstigende Regelung sei nach dem HVM nicht möglich. Der Vortrag des Klägers, Geburtshilfe-Fälle seien ab Januar 2002 wegen der Schließung der gynäkologischen Abteilung weggefallen und er sei ab Juli 2002 noch im Aufbau begriffen gewesen, treffe insoweit zu, als das Punktzahlvolumen in den Quartalen I und II/04 wesentlich über den Ausgangsquartalen I und II/02 liege. Die Sonderentscheidung habe aber bereits zu dem Ergebnis geführt, dass im Quartal II/04 eine Vergütung nur zum oberen Punktwert erfolgt sei und somit keine Beschwer vorliege. Im Quartal I/04 liege das anerkannte Punktzahlvolumen im Ersatzkassenbereich im Rahmen der Schwankungsbreite der übrigen Quartale. Ein kontinuierlicher Anstieg der Fallzahlen sei auch nicht erkennbar. Sie seien im Jahr 2004 rückläufig. Für die Quartale IV/03 bis II/04 erfolge noch eine Überprüfung hinsichtlich des arztgruppenbezogenen Durchschnitts.

Hiergegen hat der Kläger am 12.08.2005 die Klage erhoben.

Mit seiner Klage trägt der Kläger vor, er wende sich gegen die Heranziehung der Quartale ab III/03 als Ausgangsquartale. Aus den bereits im Widerspruchsverfahren dargelegten Gründen könnten diese Quartale nicht genommen werden. Auch in den Quartalen III und IV/04 seien nicht alle Punkte vergütet worden.

Der Kläger beantragt,
die Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 25.01.2005, ergänzt durch den Bescheid vom 21.02.2005 und in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13.07.2005 zu verurteilen, dem Kläger zusätzlich für das Quartal IV/03 15.961,4 Punkte und für das Quartal I/04 144.450,0 Punkte zu vergüten.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf den angefochtenen Widerspruchsbescheid und trägt ergänzend vor, für die Quartale ab III/04 seien im Zuge der Bestwertregelung die Bezugsquartale III und IV/02 genommen worden. Hier liege aber eine Beschwer des Klägers nicht vor. Ferner hat sie die Sonderregelung im Einzelnen erläutert; hierzu wird auf ihren Schriftsatz vom 03.07.2007 verwiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt (§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG -).

Die Klage ist zulässig, denn sie sind insbesondere form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klage ist aber unbegründet. Den Bescheid vom 25.01.2005, ergänzt durch den Bescheid vom 21.02.2005 und in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13.07.2005 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die

beantragte zusätzliche Vergütung.

Die Beklagte hat durch Beschluss ihrer Abgeordnetenversammlung vom 11.06.2003 ihre Grundsätze der Honorarverteilung neu gefasst, veröffentlicht als Anlage zum Rundschreiben 5/6 der Bekanntmachung vom 25.06.2003 (info.doc Nr. 5/6 Juni 2003) (im Folgenden: HVM).

Nach Anlage 3 zu LZ 702 HVM gelten abweichend von den Honorierungsvorgaben in den Anlagen 1 bzw. 2 zu LZ 702 HVM betreffend die Honorierung der Honorarforderungen in den Honorargruppen A2 bzw. B2 mit einem rechnerischen Verteilungspunktwert für die nachstehend aufgeführten Honorar(unter)gruppen Sonderregelungen:

1. Honorar(unter)gruppen A 2.1 bis A 2.3.1, B 2.1 bis B 2.5.1, B 2.6, B 2.7.1, B 2.8 und B 2.9 Für die einzelnen Praxen in den Honorar(unter)gruppen A 2.1 bis A 2.3.1, B 2.1 bis B 2.5.1, B 2.6, B 2.7.1, B 2.8 und B 2.9 gelten bei getrennter Anwendung in den einzelnen Honorar(unter)gruppen folgende Bewertungsvorgaben:

1. Für die der Honorargruppe 2 zugeordneten Honorarforderungen aus ambulanter und stationärer Tätigkeit steht bei getrennter Betrachtung für Primär- und Ersatzkassen jeweils maximal das der Praxis für die vergleichbare Honorarforderung in Punkten im entsprechenden Quartal des Jahres 2002 bei Primärkassen und bei Ersatzkassen vergütete Honorarvolumen zur Verfügung. Die Honorarzahlung im aktuellen Quartal reduziert sich anteilig im Verhältnis zur Reduktion der Honorarforderungen bei Vergleich zwischen aktuellem Abrechnungsquartal und entsprechendem Vorjahresquartal.

2. Soweit für eine Praxis eine solche Honorarzahlung im entsprechenden Quartal des Jahres 2002 nicht zur Verfügung steht, ist auf die durchschnittliche Honorarzahlung je Arzt der Arzt-/Fachgruppe (in dem betreffenden Quartal des Jahres 2002) abzustellen mit der dazugehörigen durchschnittlichen Honorarforderung in Punkten. Von der genannten Voraussetzung des Nichtvorliegens einer Honorarforderung bzw. Honorarzahlung aus dem jeweiligen Quartal des Jahres 2002 ist dann nicht auszugehen, wenn mindestens ein Mitglied der Praxis bereits im entsprechenden Vorjahresquartal niedergelassen gewesen ist. In diesem Fall bestimmt sich die durchschnittliche Honorarzahlung des entsprechenden Quartals des Jahres 2002 unter Berücksichtigung der Zahl der neu in eine Praxis eingetretenen bzw. ausgeschiedenen Praxisteilnehmer, für die in der Regel die entsprechende durchschnittliche Honorarforderung bzw. Honorarzahlung je Arzt-/Fachgruppe als Bemessungsgrundlage heranzuziehen ist. Wird eine Einzelpraxis übernommen, kann anstelle der Regelung nach Satz 1 auch die Honorarzahlung aus der bisherigen Praxistätigkeit im entsprechenden Vergleichsquartal des Jahres 2002 zugrunde gelegt werden. Ist eine "junge Praxis" nach Maßgabe der LZ 505 von der fallzahlabhängigen Bewertung freigestellt, kann hier maximal ihre Fallzahl im aktuellen Quartal multipliziert mit der durchschnittlichen fallbezogenen Honorarforderung bzw. mit der durchschnittlichen fallbezogenen Honorarzahlung zuerkannt werden. Ziffer 1 letzter Absatz gilt für alle Fallgestaltungen unter Ziffer 2 entsprechend.

3. In begründeten Ausnahmefällen (Urlaub, Krankheit etc.) kann auf Beschluss des zuständigen Geschäftsausschusses anstelle des entsprechenden Vergleichsquartals aus dem Jahre 2002 als Referenzquartal das entsprechende Quartal des Jahres 2001 zugrunde gelegt werden.

4. Steht im Rahmen der Honorarabrechnung des aktuellen Quartals kein ausreichendes Honorarvolumen für die Bedienung der bisherigen Honorarzahlungen nach Ziffer 1 sowie von Honorarforderungen, berechnet nach Ziffer 2, an die teilnehmenden Ärzte bzw. Praxen in den jeweiligen Honorar(unter)gruppen zur Verfügung, so ist eine Quotierung unter Berücksichtigung des zur Verfügung stehenden Verteilungsbetrages vorzunehmen.

5. Ergänzende Vorgaben sowie Regelungen zur Durchführung der Honorierungsbestimmungen erlässt der Vorstand.

Die Beklagte hat diese Vorgaben zutreffend angewandt, was zwischen den Beteiligten im Übrigen nicht strittig ist. Soweit sie eine Sonderregelung auf der Grundlage der Nr. 5 getroffen hat, wobei hier dahingestellt bleiben kann, ob dies zulässig war, da der Kläger hierdurch begünstigt wird, war eine unzureichende Berücksichtigung der Sondersituation des Klägers nicht ersichtlich. Die Beklagte hat anteilig das Punktezahlvolumen aus der belegärztlichen Tätigkeit derjenigen Ärzte, die die Belegarzttätigkeit aufgegeben hatten, auf die Belegärzte verteilt, die weiterhin belegärztlich tätig geblieben waren. Damit hat sie hinreichend berücksichtigt, dass der Versorgungsbedarf, den diese Ärzte abgedeckt hatten, nunmehr von den anderen Ärzten abzudecken war. Allein durch den Wechsel des belegärztlichen Krankenhauses ändert sich nicht der Versorgungsbedarf, soweit wie hier beide Krankenhäuser in derselben Stadt gelegen sind. Insofern handelt es sich lediglich um die Verlagerung eines Arbeitsortes, wobei im Verhältnis zur Tätigkeit im ambulanten Versorgungsbereich die Belegarzttätigkeit nicht den überwiegenden Teil ausmachen darf (vgl. § 39 Abs. 2 BMV-Ä). Eine Veränderung des Leistungsspektrums begründet für sich keine Sonderregelung. Das Individualbudget nach dem HVM dient gerade einer Punktwertstabilisierung, indem es Leistungsausweitungen nicht zulässt. Das Bundessozialgericht hat sog Individualbudgets wiederholt für rechtens erklärt, die nach Abrechnungsergebnissen des jeweiligen Arztes aus vergangenen Zeiträumen bemessen wurden und dessen gesamtes Leistungsvolumen umfassten (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 08.02.2006 - B 6 KA 25/05 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 23 = BSGE 96, 53 = MedR 2006, 603 = NZS 2006, 667, juris Rdnr. 23 unter Hinweis auf BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 5; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr. 6 Rdnr. 9, 11; BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr. 2, jeweils Rdnr. 53, 56; BSG SozR 4-2500 § 87 Nr. 10 Rdnr. 21, 25; - vgl. auch die Beispielsaufzählung in BSG SozR 4-2500 § 85 Nr. 17 Rdnr. 22). Nach den vom Kläger in den streitbefangenen Quartalen erzielten Honorarumsätzen ist nicht ersichtlich, dass er damit unterhalb der Umsätze seiner Fachgruppe liegen würde. Dies wird auch nicht vorgetragen. Ebenso ist nicht ersichtlich, dass das Honorar unangemessen wäre mit der Folge, dass der Kläger einen Anspruch auf ein höheres Honorar hätte (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 44/03 R - SozR 4-2500 § 72 Nr. 2 = BSGE 94, 50 = GesR 2005, 307 = MedR 2005, 538 = Breith 2005, 817, juris Rdnr. 129 ff.).

Im Ergebnis war die Klage daher abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i. V. m. § 154 Abs. 1 VwGO. Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.
Rechtskraft
Aus
Login
HES

Saved
2007-10-12