

L 12 KA 614/04

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 45 KA 1116/02

Datum

27.07.2004

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 614/04

Datum

21.06.2007

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 27. Juli 2004 wird zurückgewiesen.

II. Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

In diesem Rechtsstreit geht es um die Budgetregelung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für Ärzte in der Fassung vom 1. Juli 1997 bis zum 31. März 2005 (EBM 96).

Der Kläger ist als Orthopäde in H. zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Mit Honorarbescheid vom 5. Juni 2001 setzte die Beklagte sein Honorar für das Quartal 4/00 in Höhe von 149.826,29 DM fest. Dagegen hat der Kläger Widerspruch eingelegt, der trotz mehrfacher Aufforderung nicht begründet wurde. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 18. April 2002 zurück. Die nochmalige Durchsicht der vorliegenden Unterlagen habe keinen Hinweis auf formale oder inhaltliche Fehler des Honorarbescheides erkennen lassen.

Das Honorar für das Quartal 2/01 wurde mit Honorarbescheid vom 24. Oktober 2001 in Höhe von 158.005,41 DM festgesetzt. Auch dagegen hat der Kläger Widerspruch eingelegt und zur Begründung ausgeführt, die Praxisbudgets der Fachgruppe seien falsch zusammengesetzt und berechnet. Der Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten (HVM) verstoße gegen das Gleichheitsprinzip, da für gleiche Leistungen unterschiedliche Honorare bezahlt würden. Während Hausärzte bei durchschnittlich niedrigeren Kosten einen durchschnittlichen Scheinwert von 90,00 DM hätten, liege dieser bei ihm trotz eines Kostensatzes von über 50 % bei 67,00 DM. Auf Grund der Budgetierung sei ein wirtschaftliches Arbeiten nicht mehr möglich. Je mehr Patienten die Praxis aufsuchten desto weniger Honorar bekomme er dafür. Bei der Vielzahl seiner Patienten sei es nicht möglich, auf 1.200 bis 1.500 Punkte pro Patient zu kommen, wie dies in Durchschnittspraxen möglich sei. Diese würden für ihre Punktemaximierung auch noch durch 100- oder 110-%ige Auszahlungsquoten belohnt, bzw. zum vollen Ausschöpfen der Punktobergrenze animiert und durch seine, des Klägers, Punktwertabsenkung subventioniert.

Im Folgequartal 3/01 lag das mit Honorarbescheid vom 21. Januar 2002 festgesetzte Honorar bei 88.739,19 EUR. Auch dagegen hat der Kläger mit Schreiben vom 4. Februar 2002 Widerspruch eingelegt mit derselben Begründung wie im Vorquartal.

Die Beklagte hat die Widersprüche betreffend die Quartale 2 und 3/01 mit zwei getrennten aber im Wesentlichen gleichlautenden Widerspruchsbescheiden vom 18. April 2002 zurückgewiesen. Darin führt sie u.a. aus, der Bewertungsausschuss habe mit Beschluss vom 19. November 1996 die Einführung von Praxisbudgets im EBM zum 1. Juli 1997 beschlossen und mit weiterem Beschluss vom 11. März 1997 im Einzelnen festgelegt. Diese Regelungen seien für die Beklagte verbindlich und im Honorarbescheid ordnungsgemäß umgesetzt worden. Den HVM habe die Beklagte im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen durch die Vertreterversammlung beschlossen. Dieser könne als landesrechtliche Norm nicht den bundeseinheitlich vom Bewertungsausschuss beschlossenen EBM außer Kraft setzen. Eine Korrektur des EBM durch den HVM für die vom Kläger behauptete "falsche" Berechnung des Kostensatzes sei nicht möglich, da dieser bundeseinheitlich vorgegeben sei. Auch der HVM sei in den Honorarbescheiden ordnungsgemäß umgesetzt worden. Ein Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz des [Artikel 3 Abs.1 Grundgesetz \(GG\)](#) liege nicht vor. Es sei nicht ersichtlich, dass der Kläger durch die EBM-Regelungen unangemessen und unzumutbar in seiner Berufsausübung beeinträchtigt werde. Das Grundrecht der Berufsfreiheit garantiere dem Kassenarzt kein bestimmtes Honorar und kein bestimmtes Einkommensniveau. Rechtsmängel des HVM seien in formeller und materieller Hinsicht nicht erkennbar.

Der Kläger hat gegen die drei Widerspruchsbescheide vom 18. April 2002 jeweils Klage zum Sozialgericht München (SG) erhoben, die sich speziell gegen die Fallzahlbegrenzung im HVM, gegen die Höhe des Punktwertes der Orthopäden sowie eine Umlage zur Förderung der Allgemeinmedizin richtete. Zur Begründung wurde von Seiten des Klägers ausgeführt, EBM und HVM verstießen gegen [Artikel 12](#) und [3 GG](#). Der Kläger stehe in vielen Fällen schlechter da als Orthopäden mit einer geringeren Fallzahl. Er werde für seine Mehrarbeit bestraft. Je mehr Patienten die Praxis aufsuchten, desto weniger Honorar erhalte er. Der unterschiedliche Punktwert gegenüber den Hausärzten sei nicht gerechtfertigt. Die Förderung der Allgemeinmedizin sei keine von den allgemeinen Aufgaben abgrenzbare Aufgabe. Die Orthopäden hätten kein spezielles Interesse an der Förderung der Allgemeinmedizin. Sie stünden vielmehr mit den Allgemeinmedizinern in einem gewissen Konkurrenzverhältnis.

Das SG hat die Klagen betreffend die Quartale 4/00, 2 und 3/01 verbunden und mit Urteil vom 27. Juli 2004 abgewiesen. In den Urteilsgründen wird u.a. ausgeführt, im Quartal 4/00 sei der Kläger bezüglich der EBM-Budgets nicht beschwert, da er diese nicht überschritten habe. Insoweit sei die Klage bereits unzulässig. Im Übrigen seien die Klagen unbegründet. Gegen das System der Praxis- und Zusatzbudgets des EBM bestünden keine grundsätzlichen rechtlichen Bedenken. Es diene dem Ziel, den seit Jahren zu beobachtenden Punktwertverfall zu begrenzen und den Vertragsärzten mehr Kalkulationssicherheit zu geben. Rechtsgrundlage dafür sei [§ 87 Abs.2 Satz 1](#) i.V.m. Abs.2a Satz 1 und 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 und des GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997. Danach könnten Obergrenzen für die Menge von Leistungen oder von Gruppen von Leistungen, die von einer Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbar seien, vorgesehen werden. Diese könnten für die Arztgruppen unterschiedlich festgesetzt werden. Von dieser Möglichkeit habe der Bewertungsausschuss in zulässiger Weise Gebrauch gemacht. Die Regelung habe den Zweck, kleine Praxen mit relativ hohem Fixkostenanteil gegenüber fallzahlstarken Praxen zu privilegieren. Bezüglich der Fallwertdurchschnitte orientiere sich die Regelung an regionalen Zahlenwerten, bezüglich der Kostenkalkulation an bundeseinheitlich vorgegebenen Tabellen. Dagegen bestünden keine Bedenken. Eine von der Beklagten in der mündlichen Verhandlung vorgelegte Aufstellung zeige, dass gerade der Kläger sein Honorar von Quartal zu Quartal habe steigern können. Die Steigerung vom Quartal 4/00 bis 2/01 habe 5,46 % betragen und zum Quartal 3/01 15,02 %. Gleichzeitig habe der Kläger auch seinen Fallwert stabilisieren können. Die Punktwertentwicklung bei den Orthopäden zeige im Vergleich zu den Quartalen 1 - 3/96, dass sich der Punktwert stabilisiert habe, und damit die Zielvorgabe für die Einführung der Praxis- und Zusatzbudgets erreicht worden sei.

Auch der von der Beklagten angewendete HVM werde den Vorgaben des EBM gerecht und stehe mit höherrangigem Recht in Einklang. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) sei der HVM an [§ 85 Abs.4 SGB V](#) i.V.m. dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, der sich aus [Art. 12](#) und [3 GG](#) ergebe, zu messen. Zentrale Bedeutung komme der Bestimmung des [§ 85 Abs.4 Satz 3 SGB V](#) zu, nach der bei der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistung des Kassenarztes zugrunde zu legen sei. Dieser Vorschrift könne indessen nach der Rechtssprechung des BSG nicht die Forderung entnommen werden, die Leistungen müssten nach ihre Art und ihrem Umfang stets gleichmäßig, d.h. mit einem für alle Leistungen einheitlichen Punktwert honoriert werden. Die Bildung gesonderter Honorartöpfe für die verschiedenen Fachgruppen sei vom Gestaltungsspielraum der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Honorarverteilung gedeckt. Kein Vertragsarzt habe Anspruch auf Vergütung seiner Leistung mit einem bestimmten Punktwert, weder insofern, als diese mit gleichem Punktwert wie Grundleistungen und Sonderleistungen anderer Ärzte vergütet noch insofern als alle erbrachten Leistungen mit einem festen Punktwert vergütet werden müssten. Nur wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das Versorgungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als ganzes und als deren Folgen auch die berufliche Existenz der daran teilnehmenden Leistungserbringer insgesamt gefährdet sei, könnten sich Ärzte auf einen Verstoß gegen das Gebot der angemessenen Vergütung berufen. Im Falle des Klägers seien Verstöße nicht erkennbar und auch nicht substantiiert dargestellt worden. Dass die Punktwerte der Orthopäden von denen der Hausärzte erheblich differierten, sei hinzunehmen.

Gegen das am 16. September 2004 zugestellte Urteil hat der Kläger durch seine Bevollmächtigten am Montag, den 18. Oktober 2004 Berufung eingelegt. Diese wurde mit Schriftsatz vom 15. September 2006 begründet. Danach richtet sich die Berufung gegen das zum 1. Juli 1997 neu geschaffene System der Praxis-Zusatzbudgets im einheitlichen Bewertungsmaßstab. Es könne sein, dass die ursprüngliche Absicht des Normgebers, eine Stabilisierung des Punktwertes zu erreichen, Primärziel der Einführung der Praxisbudgets gewesen sei. Der vom Kläger gerügte Nebeneffekt, dass nämlich das Praxisbudget letztendlich zum Stillstand der Weiterentwicklung einer Arztgruppe führe, sei dabei jedoch nicht genügend beachtet worden. Kurzgefasst könne man sagen, dass der Kläger in seiner Praxis so viel arbeiten und abrechnen könne, wie er wolle, letztendlich treffe ihn doch die Budgetierung mit der Folge, dass Leistungen je Praxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einer bestimmten Gesamtpunktzahl abrechenbar seien. Die diese Grenzen überschreitenden Punktzahlanforderungen würden nicht gesondert vergütet. Folge davon sei, dass dem Kläger sowie seinen Berufskollegen jeglicher Anreiz verloren gehe, mehr zu arbeiten, an eine Erweiterung der Praxis zu denken, Rücklagen zu bilden oder gar neue Investitionen zu tätigen. Die Budgetierung führe damit eher dazu, dass Praxisärzte sich genau überlegten, ob sie weiterhin Vertragsärzte bleiben wollten. Damit habe der Normgeber eine Regelung geschaffen, die in der Lage sei, die Anzahl der Vertragsärzte zu regulieren, so dass ihr nicht nur berufsausübungsregelnde Wirkung zukomme, sondern darüber hinaus, dass Vertragsärzte sich überlegten, ob sie diese Position überhaupt erreichen wollten.

Der Kläger halte auch seinen Vortrag bezüglich der Auszahlungspunktwerte für das Quartal 3/01 aufrecht. Hier sei eine Korrektur nicht erst dann notwendig, wenn, wie das SG meine, durch zu niedrige Vergütungen Leistungen des kassenärztlichen Versorgungssystems als Ganzes, und als Folge davon die berufliche Existenz der am Versorgungssystem teilnehmenden ärztlichen Leistungserbringer insgesamt gefährdet wäre. Vielmehr sei bereits dann eine Korrektur erforderlich, wenn es der Arztgruppe der Orthopäden, wie hier dem Kläger, nicht mehr möglich sei, wirtschaftlich zu arbeiten bzw. die auf diese Arztgruppe zukommenden höheren Investitionen, z.B. wegen der Anschaffung von Geräten, in irgend einer Art und Weise zu berücksichtigen.

Der Kläger beantragt sinngemäß, das Urteil des Sozialgerichts München vom 27. Juli 2004, sowie die Honorarbescheide 4/00, 2/01 und 3/01 in der Gestalt der jeweiligen Widerspruchsbescheide aufzuheben und die Beklagte zur Neuverbescheidung zu verurteilen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Dem Senat liegen die Akten der Beklagten, des SG München mit den Az.: [S 45 KA 1116/02](#), 1191/02 und 1192/02 sowie die Berufungsakte mit dem Az.: [L 12 KA 614/04](#) vor, auf deren Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ([§ 151 Abs.1](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -) ist zulässig, aber unbegründet.

Im Berufungsverfahren, namentlich in der Berufungsbegründung wurde nichts Neues vorgetragen, was nicht bereits im Widerspruchsverfahren und vor allem im Klageverfahren vorgetragen worden war, und vom SG im streitgegenständlichen Urteil in nicht zu beanstandender Weise umfassend abgearbeitet wurde. Vielmehr beschränkt sich die Berufungsbegründung weitgehend darauf, die vom SG genannten Gründe für seine Entscheidung zu wiederholen und für falsch zu halten.

Der Senat macht sich deshalb die Argumentation des SG zu Eigen und sieht gemäß [§ 153 Abs.2 SGG](#) von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab. Er verweist ergänzend auf das bei Abfassung des SG-Urteils noch nicht vorliegende Urteil des Bundessozialgerichts vom 9. Dezember 2004, Az.: [B 6 KA 44/03](#) = [BSGE 94,50](#) bis 108, in dem alle von Klägerseite vorgetragenen Argumente abgehandelt und im gleichen Sinne entschieden wurden, wie im angefochtenen Urteil des SG.

Substantielle juristische Erwägungen finden sich in der Berufungsbegründung nicht. Soweit der Kläger offenbar der Auffassung ist, einerseits als Orthopäde, andererseits speziell in seiner Person durch die Regelungen des EBM und möglicherweise auch des HVM in seiner Berufsausübung gravierend behindert zu sein, ist darauf hinzuweisen, dass er im ersten streitigen Quartal (4/00) die in besonderer Weise angegriffenen EBM-Budgets nicht einmal ausgeschöpft hat. Im Übrigen ist sein Honorar in den folgenden Quartalen durchaus weiter angestiegen, nämlich um 5,46 % in 2/01 bzw. 15.02 % in 3/01. Auch die Vergütung pro Fall ist angestiegen von 77,99 DM im Quartal 4/00 über 78,69 DM in 2/01 auf 80,31 DM in 3/01. Auch wenn dies offenbar nicht den Erwartungen des Klägers entsprechen mag, kann daraus keinesfalls eine Rechtswidrigkeit von EBM oder HVM oder gar eine Verfassungswidrigkeit abgeleitet werden. Falls der Kläger, wie in seinen Schriftsätzen anklingt der Meinung ist, eine vertragsärztliche Tätigkeit lohne sich unter den gegebenen Umständen nicht mehr, ist es seine unternehmerische Entscheidung, gegebenenfalls auf eine vertragsärztliche Zulassung in Zukunft zu verzichten.

Falls der Kläger, wovon allerdings in der Berufungsbegründung nicht mehr die Rede ist, der Meinung sein sollte, die Heranziehung zu einer Umlage zur Förderung der Allgemeinmedizin sei ihm als Orthopäden schon wegen des Konkurrenzverhältnisses zu den Allgemeinärzten nicht zumutbar, verweist der Senat auf sein rechtskräftiges Urteil vom 28. Februar 2007, Az.: [L 12 KA 620/04](#), in dem er die Erhebung der Umlage zur Förderung der Allgemeinmedizin durch die Beklagte von allen Vertragsärzten insbesondere unter Hinweis auf Artikel 8 GKV-SolG und die bundesmantelvertragliche Vereinbarung zur Förderung der Allgemeinmedizin in der vertragsärztlichen Versorgung vom 1. Oktober 2000 (DÄBl 2000, A 3521) für gerechtfertigt und geboten erachtet hat.

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

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht erkennbar.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2008-01-10