

L 11 KA 17/05

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
11
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 17 KA 139/01
Datum
15.12.2004
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KA 17/05
Datum
23.08.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 75/06 B
Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 15.12.2004 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die außergerichtlichen Kosten der Beklagten im Berufungsverfahren. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der Abrechnungsbescheide für die Quartale III/99, IV/99 und I/00 vor dem Hintergrund der Frage, ob die Klägerin für ihre vertragsärztliche Tätigkeit angemessen vergütet worden sind.

Die Inhaber der Klägerin sind als Internisten - Kardiologen - in L zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. In die mit dem Quartal III/99 eingeführte Individualbudgetregelung der Beklagten sind die Kardiologen erst mit dem Quartal I/00 einbezogen worden. In den hier betroffenen Quartalen galten für die Kardiologen die drei Teilbudgets "Grundleistungskomplex", "radiologisches Teilbudget" und "kardiologisches Teilbudget". Aus letzterem wurden unter anderem die im Berufungsverfahren unstreitig gestellten sogenannten invasiven Leistungen vergütet (§ 2 Abs. 2 b des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) in der Fassung der Beschlüsse der Vertreterversammlung vom 17.04.1999 und 27.11.1999; Rheinisches Ärzteblatt 6/1999, S. 57 ff.; 1/2000, S. 59 ff.).

Ihre gegen die Abrechnungsbescheide (Bescheid vom 27.01.2000 für das Quartal III/99; Bescheid vom 26.04.2000 für das Quartal IV/99 und Bescheid vom 26.07.2000 für das Quartal I/00) gerichteten Widersprüche begründete die Klägerin damit, dass die Vergütung der Leistungen im Verhältnis zum jeweiligen Vorquartal durch die einschlägige HVM-Regelung um 18,8 v. H. gesunken sei. Die Punktwerte genügten nicht mehr dem Grundsatz der angemessenen Vergütung. Der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit sei verletzt, die Honorartöpfe dürften auch nicht zur Unterfinanzierung einzelner Gruppen und zu ungleicher Verteilung der Risiken führen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 24.04.2001 wies die Beklagte die Widersprüche der Klägerin zurück. Die angefochtenen Bescheide stünden im Einklang mit den für die Abrechnung geltenden Regelungen, die sich aus dem HVM ergäben.

Hiergegen richtete sich die am 23.05.2001 erhobene Klage. Die Punktwerte seien so niedrig gewesen, dass nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten eine Kostendeckung nicht möglich gewesen sei. Im Verhältnis zu den Vergleichsvorjahresquartalen habe sich ein erheblicher Honorarverlust ergeben, obwohl zum Teil mehr Patienten bei vergleichbarem Leistungsspektrum versorgt worden seien. Der doppelte Punktwert der invasiven Leistungen liege weit unter dem von Seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) empfohlenen Punktwert für diese Leistungen. In anderen KV-Bezirken würden für diese Leistungen 10 Pf. vergütet. Der Betriebskostenanteil der invasiv tätigen Kardiologen sei mit dem der Radiologen vergleichbar und betrage etwa 80 v. H.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte unter entsprechender Aufhebung der Honorarbescheide für die Quartale III/99, IV/99 und I/00 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.04.2001 zu verurteilen, über ihre Honoraransprüche in den Quartalen III/99, IV/99 und I/00 erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Bildung von Honorartöpfen sei nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zulässig, eine Eingriffsverpflichtung werde erst bei einer dauerhaften Abweichung vom durchschnittlichen Punktwert von 15 v. H. und mehr angenommen. Ein solcher erheblicher dauerhafter Punktwerteverfall sei aber nicht festzustellen.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 15.12.2004 abgewiesen. Weder unter dem Gesichtspunkt der Angemessenheit der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen (§ 72 Abs. 2 des Sozialgesetzbuches (SGB) V) noch nach dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ([Art. 3](#) und [12](#) des Grundgesetzes(GG)) könne die Klägerin einen Anspruch auf höhere Vergütung ihrer Leistungen geltend machen. [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) begründe im allgemeinen keine subjektiven Rechte des betroffenen Vertragsarztes, die Vorschrift regele vielmehr nur, dass dafür Sorge zu tragen sei, ärztliche Leistungen angemessen zu vergüten. Ein subjektives Recht auf angemessene Vergütung komme nur dann in Betracht, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes und als deren Folge auch die berufliche Existenz der an ihm beteiligten Leistungserbringer gefährdet sei. Das sei vorliegend nicht der Fall, denn in den streitigen Quartalen hätten die Inhaber der Klägerin hochgerechnet auf ein Jahr ungeachtet privatärztlicher Abrechnungen etwa 2 Millionen DM allein aus vertragsärztlicher Tätigkeit erwirtschaftet. Bei einem Kostenansatz von 80 v. H. ergebe sich noch ein Gewinn von 200.000,00 DM pro Arzt. Da die Kläger aber nur in einem geringen Umfang zu etwa 10 v. H. der Gesamtpunktzahl invasiv-kardiologisch tätig seien, dürfte der Kostenansatz deutlich niedriger als bei 80 v. H. liegen und sich damit ein noch höherer Gewinn aus vertragsärztlicher Tätigkeit ergeben.

Dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit könne nicht entnommen werden, dass alle Leistungen stets nach Art und Umfang gleichmäßig, also nach einem einheitlichen Punktwert honoriert werden müssten. Das Gesetz schließe eine Aufteilung der Gesamtvergütung in Honorartöpfe nicht aus. Dies sei auch bestätigt durch die Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 28.01.1998, Az.: [B 6 KA 96/96 R](#) und Urteil vom 03.03.1999, Az.: [B 6 KA 56/97 R](#)). Nach dieser Rechtsprechung bestehe eine Eingriffsverpflichtung der Beklagten erst dann, wenn ein erheblicher Punktwerteverfall vorliege. Ein solcher sei aber erst anzunehmen, wenn der Punktwert der aus dem Honorartopf vergüteten Leistungen um 15 v. H. oder mehr niedriger gewesen sei als der Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen. In den Quartalen III/99 und IV/99 habe der Punktwert der Kardiologen etwa im Bereich des fiktiven Punktwertes rot gelegen. Auf einen Rückgang des Umsatzes der Klägerin im Vergleich zu den Vorjahresquartalen komme es nicht an, maßgeblich sei vielmehr das Verhältnis zu den übrigen Arztgruppen. Soweit das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen (LSG NRW) in seinem Urteil vom 21.04.2004 (Az.: [L 11 KA 145/02](#)) die Abstufungsregelung der Beklagten nach § 2 Abs. 2 c) HVM für überwiegend invasiv tätige Kardiologen beanstandet habe, sei dies für die Klägerin nicht einschlägig, denn sie habe nur in geringem Umfang invasive Leistungen erbracht. Die Inhaber der Klägerin gehörten zu den Kardiologen, die von der zu niedrigen Vergütung der invasiven Leistungen profitiert hätten, da sie überwiegend andere Leistungen abgerechnet hätten.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Klägerin vom 04.02.2005, mit der sie, nachdem sie die Abrechnung der invasiv-kardiologischen Leistungen unstreitig gestellt hat, nur noch geltend macht, ihre Leistungen seien insgesamt unangemessen vergütet worden. Das Sozialgericht berechne das Honorar falsch, wenn es die Auffassung vertrete, die Existenz der Inhaber der Klägerin sei nicht gefährdet. Es seien die Apheresekosten nicht eingerechnet worden, obwohl es sich hierbei um durchlaufende Posten handele. Die Filterkosten, die von der Beklagten erstattet würden, seien an die Industrie weiterzugeben. Damit liege das Honorar der Klägerin unter der Bemessungsgrenze des Gehaltes eines Oberarztes. Die Punktwerte seien so niedrig angesetzt, dass sie nicht kostendeckend seien. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts sei mit der Freiheit, einen Beruf auszuüben, untrennbar auch das Recht verbunden, eine angemessene Vergütungsform zu erhalten. Da es den niedergelassenen Ärzten untersagt sei, die Höhe ihrer Vergütung mit den Patienten, die Mitglieder einer gesetzlichen Krankenversicherung seien, frei zu vereinbaren, werde unmittelbar in die Berufsfreiheit der niedergelassenen Ärzte eingegriffen. Ein derartiger Eingriff sei auf Grund des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes nur gerechtfertigt, wenn das Honorar, auf dessen Höhe der niedergelassene Arzt keinen Einfluss habe, angemessen sei. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts liege eine angemessene Vergütung im Sinne des [Art. 12 Abs. 1 GG](#) nur dann vor, wenn die betroffene Berufsgruppe unter Berücksichtigung der geleisteten Arbeitszeit, der beruflichen Qualifikation und im Rahmen der Berufsausübung bestehenden unternehmerischen Risiken sowie unter Abwägung mit Allgemeinwohlinteressen im Vergleich zu anderen Berufsgruppen angemessen vergütet werde. Eine unangemessene Vergütung liege nicht nur dann vor, wenn die jeweilige Berufsgruppe in ihrer wirtschaftlichen Existenz bedroht sei, [Art. 12 Abs. 1 GG](#) wolle vielmehr ausdrücklich zulassen, dass angemessene Gewinne erwirtschaftet würden.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf abzuändern und nach dem Berufungsantrag aus dem Schriftsatz vom 05.09.2005 zu erkennen - mit Ausnahme der Vergütung der invasiven Leistungen -.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hält die angefochtene Entscheidung für rechtmäßig. Im Übrigen komme es nicht auf Berechnungen zur Angemessenheit der Vergütung an. Das BSG habe u. a. in seiner Entscheidung vom 09.12.2004 (Az.: [B 6 KA 83/03 R](#)) klargestellt, dass [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) schon von seinem Wortlaut her nicht als Anspruchsgrundlage ausgestaltet sei, lediglich eine abstrakte Zielvorgabe enthalte und sich an die Partner der Gesamtverträge richte.

Wegen der weiteren Darstellung des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte, der Verwaltungsakte der Beklagten, die der Senat beigezogen hat und deren Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist sowie auf das Vorbringen der Beteiligten im Übrigen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin ist nicht begründet.

Zu Recht hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen, denn die Klägerin ist durch die angefochtenen Bescheide vom 27.01.2000, 26.04.2000 und 26.07.2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.04.2001 nicht beschwert im Sinne des [§ 54 Abs. 2 Satz 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG), denn die Bescheide sind rechtmäßig.

Hierzu verweist der Senat auf die zutreffenden und umfassenden Ausführungen der sozialgerichtlichen Entscheidung, die er sich nach Prüfung der Sach- und Rechtslage zu eigen macht ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Klarstellend ist jedoch, ohne dass dies zu einer anderen rechtlichen Beurteilung führt, abweichend von den Feststellungen des Sozialgerichts darauf hinzuweisen, dass die Inhaber der Klägerin hochgerechnet auf ein Jahr nicht 2 Millionen DM an Honorar eingenommen haben, sondern ausweislich der Quartalskonto/Abrechnungsbescheide in den streitigen Quartalen nur gut 1,5 Millionen DM. Davon sind im Primär- und Ersatzkassenbereich ca. 587.000,00 DM Dialysesachkosten in Abzug zu bringen, so dass sich das Honorar auf ca. 970.000,00 DM reduziert. Werden hiervon die Praxiskosten in Höhe von 80 v. H. abgezogen, bleiben pro Arzt ca. 100.000,00 DM für drei Quartale, so dass sich ein monatliches Einkommen von 11.000,00 DM ergibt. Aus welchem Grunde ein sich in dieser Höhe bewegendes Honorar keine angemessene Vergütung darstellen sollte, vermag der Senat nicht nachzuvollziehen.

Soweit im Berufungsverfahren nur noch die allgemeine Frage streitig ist, ob die für ihre vertragsärztlichen Leistungen erzielte Vergütung der Klägerin angemessen ist, vermag der Senat dieses Begehren ebensowenig nachzuvollziehen, denn hierzu hat die Klägerin nicht substantiiert vorgetragen. Die von ihr vertretene Ansicht, das Honorar müsse um 15.000,00 Euro pro Quartal höher ausfallen, ist zu pauschal, als dass sie eine sachgerechte Auseinandersetzung mit diesem Vorbringen ermöglicht. Die Klägerin hat weder dargelegt, worin ihrer Meinung nach eine angemessene Vergütung besteht, noch dass die berufliche Existenz ihrer Inhaber als an dem Versorgungssystem teilnehmende Vertragsärzte gefährdet sei. Zu dieser Voraussetzung hat das Bundessozialgericht in der Entscheidung vom 09.12.2004 (Az.: [B 6 KA 84/03 R](#)), in der es u. a. um die Frage ging, ob den Klägern des dortigen Verfahrens ein weitergehender Honoraranspruch aus [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) zustünde, ausgeführt, dass nach dieser Vorschrift die vertragsärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien der Bundesausschüsse durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln sei, dass (auch) die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet würden. Aus dieser Bestimmung könne ein subjektives Recht des einzelnen Vertragsarztes auf höheres Honorar für ärztliche Tätigkeiten erst dann in Betracht kommen, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen, etwa in einer Arztgruppe, und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden Vertragsärzte gefährdet werde. Bei einer zu niedrigen Bewertung lediglich einzelner Leistungen oder Leistungskomplexe sei dies regelmäßig nicht der Fall. Ferner heißt es, Wortlaut, Systematik und Zweck des Gesetzes stünden der Annahme entgegen, dem einzelnen Vertragsarzt könne aus [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) allgemein ein Rechtsanspruch auf eine Vergütung in einer bestimmten Höhe gegen die KÄV zustehen. Schon dem Wortlaut nach sei [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) nicht als Anspruchsgrundlage ausgestaltet. [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) enthalte nur ein an die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassenverbände gerichtetes Gebot, wie die Verträge über die vertragsärztliche Versorgung auszugestalten seien. [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) formuliere insoweit kein konkretes Normprogramm, sondern lediglich eine abstrakte Zielvorgabe. Angemessenheit sei ein hoch abstrakter Begriff, er bedürfe der Konkretisierung, damit erkennbar werde, welche Vergütungshöhe dem Gesetz entspreche. Hierfür habe das Gesetz einen prozeduralen Weg gewählt. Dies zeige sich bereits an [§ 72 Abs. 2 SGB V](#), in dem die Angemessenheit der Vergütung als Ziel einer vertraglichen Regelung vorgegeben werde (BSG, a. a. O., m. w. N.).

Soweit die Klägerin unter grundrechtlichen Gesichtspunkten geltend macht, ihr stünde ein angemessenes und damit höheres Honorar zu, hat das BSG in der genannten Entscheidung unter Berücksichtigung der zu dieser Problematik ergangenen verfassungsgerichtlichen Entscheidungen ausgeführt, das Bundesverfassungsgericht und das BSG gingen davon aus, der Schutz der vertragsärztlichen Tätigkeit aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) umfasse grundsätzlich den Anspruch des Arztes auf Honorierung seiner vertragsärztlichen Leistungen, dieser Schutz könne jedoch gemäß [Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG](#) auf gesetzlicher Grundlage eingeschränkt werden, wie das durch die Regelungen des [§ 72 Abs. 2](#) und des [§ 85 Abs. 3 SGB V](#) letztlich erfolgt sei. Dies ergebe spezifisch vertragsarztrechtliche Begrenzungen der Honorierung. Die Vorschrift des [§ 85 Abs. 3 SGB V](#) enthält Vorgaben für die Bemessung der Gesamtvergütungen und die Zuweisung dieser Aufgabe an die dort genannten Vertragsparteien. Das so festgelegte Gesamtvergütungsvolumen hätten die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassenverbände zu beachten, wenn sie gemäß [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) die weiteren Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung trafen. Dabei seien zwei Ziele zu realisieren: Zum Einen müsse eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet sein und zum Anderen müsse für eine angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen Sorge getragen werden. Die u. U. bestehenden Schwierigkeiten, im Rahmen des begrenzten Gesamtvergütungsvolumens diesen beiden Zielen zugleich im vollen Umfang gerecht zu werden, könnten es notwendig machen, diese in einen verhältnismäßigen Ausgleich zueinander zu bringen. Hierfür habe der Gesetzgeber des SGB V ineinandergreifende Zuständigkeiten verschiedener Institutionen vorgesehen, wie in den Senatsurteilen vom 3. März 1999 dargelegt sei (Az.: [B 6 KA 6/98 R](#) und [B 6 KA 8/98 R](#)). Dort sei ausgeführt worden, dass die Festlegung der Angemessenheit einer Vergütung vorrangig den Kompetenzen vom Bewertungsausschuss (auf [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) - Bestimmung von Inhalt und Punktzahlen der abrechenbaren Leistungen, Gesamtvertragsparteien ([§ 85 Abs. 3 SGB V](#) - Bemessung der Gesamtvergütungen und Kassenärztlichen Vereinigungen ([§ 85 Abs. 4 SGB V](#) - Verteilung der Gesamtvergütungen) überantwortet sei. Das BSG habe die geltend gemachten Ansprüche auf früheres Honorar verneint, das Bundesverfassungsgericht habe die gegen diese Urteile gerichteten Verfassungsbeschwerden nicht zur Entscheidung angenommen (BVerfG, Beschlüsse vom 30. März 2001 - [1 BvR 1491/99](#) - [NZS 2001, 486](#) f. und [1 BvR 1496/98](#) zu BSG SozR 3-2500, § 85 Nr. 30).

Diesen eindeutigen höchstrichterlichen Ausführungen, die sich mit der Frage der Angemessenheit der ärztlichen Vergütung befassen, hat der Senat, der ihnen uneingeschränkt folgt, nichts hinzuzufügen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#) in der hier noch bis zum 01.01.2002 geltenden anzuwendenden Fassung.

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2006-10-26