

L 11 KA 91/06

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

11
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 2 KA 39/05
Datum
20.09.2006
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KA 91/06

Datum
13.02.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 20.09.2006 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger wehrt sich gegen Honorareinbehalte in den Leistungsbereichen konservierend-chirurgische Behandlung (KCH) sowie Kieferorthopädie, Zahnersatz und Parodontose (übrige Leistungen - ÜLE) im Kalenderjahr 2003.

Der Kläger ist als Zahnarzt in I niedergelassen und zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen. Die Praxis hatte er zum 01.07.2002 von einem Vorgänger übernommen.

In Anwendung der Honorarverteilungsregelungen der Beklagten, insbesondere § 4 Abs. 1a HVM in der Fassung ab 01.01.2003 verfügte die Beklagte mit der Quartalsabrechnung IV/2003 in zwei Bescheiden und Widerspruchsbescheiden vom 09.02.2005 endgültige Honorarberechnungen und Honorareinbehalte für den Leistungsbereich KCH in Höhe von 28.876,33 Euro (Primärkassen) und 14.472,29 Euro (Ersatzkassen) und für den Leistungsbereich ÜLE in Höhe von 10.435,83 Euro (Primärkassen) und 11.158,23 Euro (Ersatzkassen). Diese Honorareinbehalte bezogen sich auf ein angefordertes Honorarvolumen von 143.292,00 Euro (KCH) und 83.258,00 Euro (ÜLE), insgesamt 226.550,66 Euro.

In seiner Klage hat der Kläger die Einbehalte für rechtswidrig gehalten. Sie verstießen gegen den Grundsatz der Angemessenheit des Honorars, weil die Vergütung nicht mehr in einer Höhe erfolge, die der Art seiner Tätigkeit und seinem Ausbildungsstand entspreche. Die Beklagte hätte die Kostenansätze der Praxen als bestimmendes Merkmal zur Berechnung der Angemessenheit der Honorarumsätze fortlaufend kontrollieren und daran die Budgetbegrenzungen anpassen müssen. Seiner Ansicht nach ließen die erzielbaren Umsätze eine Ergreifung und Ausübung des Berufes als Zahnarzt unter Berücksichtigung der erheblichen Abschreibungen für den Praxiserwerb und der damit verbundenen erheblichen höheren Praxisunkosten nicht mehr zu. Sie gestatteten de facto nur eine Tätigkeit für bereits langjährig an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende Zahnärzte, da diese den vorhandenen Praxisbestand nicht mehr erwirtschaften müssten.

Die Beklagte hat ihre Bescheide für rechtmäßig gehalten.

Mit Urteil vom 20.09.2006 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen.

Es hat die grundsätzliche Zulässigkeit von Honorarbegrenzungsregelungen im Bereich der Beklagten nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG Urteil vom 03.12.1997 - 6 Rka 21/97) als geklärt angesehen.

Diese höchstrichterliche Rechtsprechung entfalte auch im Jahre 2003 Bedeutung.

Die Begrenzung der Vergütung ergibt sich insofern aus Art. 1 Nr. 28 des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 vom 22.12.1999 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000). Die hierin vorgenommene Änderung des [§ 71 Abs. 2 SGB V](#) begrenzt die Gesamtvergütung durch zwingende Ankoppelung an die Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen gemäß [§ 71 Abs. 3 SGB V](#) (Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen gemäß [§ 267 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#)).

Honorarverteilungsregelungen einer Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung sind an den gesetzlichen Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) i. V. m. dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, der sich aus [Art. 12](#) i. V. m. [Art. 3 des Grundgesetzes \(GG\)](#) ergibt, zu messen. Zentrale Bedeutung kommt dabei der Bestimmung des [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) zu. Diese Vorschrift kann nicht die Forderung entnommen werden, die Leistungen müssten nach ihrer Art und ihrem Umfang stets gleichmäßig, d. h. mit einem für alle Leistungen einheitlichen Punktwert, honoriert werden. Das Gesetz schließt nicht grundsätzlich aus, durch Regelungen im HVM die Gesamtvergütung in Teilbudgets aufzuteilen, auch wenn sich als deren Folge ergibt, dass vertrags(zahn)ärztliche Leistungen nicht mehr mit dem vollen Vertragspunktwert, sondern - aufgrund unterschiedlicher Punktwerte, die auf unterschiedlichen Mengenentwicklungen in den verschiedenen Leistungsbereichen beruhen - unterschiedlich hoch vergütet werden.

Hierbei können Honorartöpfe für Arztgruppen und/oder Versorgungsgebiete gebildet (vgl. [§ 85 Abs. 4 Satz 8 SGB V](#)), aber auch für bestimmte Leistungsbereiche (KCH, KB/KG sowie KFO; ZE, PAR) geschaffen werden (vgl. BSG, Urteil vom 09.09.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) -). Die Festschreibung von Honorarkontingenten durch die Bildung von Töpfen für einzelne Leistungsbereiche ist dabei sachlich gerechtfertigt. Dies stellt sich als konsequente Vorsorge dagegen dar, dass eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Bereichen das Honorargefüge zu Lasten anderer Leistungsbereiche beeinflusst (vgl. BSG, Urteile vom 09.09.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) - sowie vom 03.03.1999 - [B 6 KA 56/97](#) -), und gewährleistet, dass die Folgen von Mengenausweitungen in einzelnen Leistungsbereichen in diesen Leistungsbereichen verbleiben (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#)).

Nicht zu beanstanden ist hierbei, dass die Bemessung des Teilkontingentes "übrige Leistungsarten" des Klägers an die Zahl der abgerechneten KCH-Fälle anknüpft. Diesen Gestaltungsspielraum hat die Beklagte nicht überschritten, denn sie hat in sachgerechter Weise berücksichtigt, dass bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen - den wesentlichen von dem Kläger innerhalb dieses Teilbudgets erbrachten Leistungen - regelmäßig KCH-Leistungen anfallen.

Unzumutbare Nachteile sind mit diesen Regelungen nicht verbunden. Für die hier streitbefangenen Leistungen steht dem Kläger im Kalenderjahr ein Honorarvolumen zur Verfügung, das sich aus der Multiplikation der Zahl der KCH-Abrechnungsfälle mit der maximal zu vergütenden Punktzahl (KCH) bzw. den jeweiligen EUR-Beträgen (ÜLA) ergibt. Diese Honorargrenze bildet keine starre Höchstgrenze der pro Fall tatsächlich abrechenbaren Leistungen. Vielmehr werden gem. § 4 Abs. 1 a A 2.2 HVM für einzelne Behandlungsfälle nicht verbrauchte Punkte/EUR-Beträge auf andere Fälle innerhalb der Leistungsart übertragen, innerhalb der "übrigen Leistungsarten" auch übergreifend. Da es sich um ein Jahreskontingent handelt, können zudem Überschreitungen in einem Quartal (KFO) bzw. in einer Monatsabrechnung (ZE, PAR) durch Mindermengen in anderen Quartalen bzw. Monatsabrechnungen kompensiert werden. Damit steht jedem Zahnarzt ein allein von seiner - nicht limitierten - Fallzahl abhängiges Honorarvolumen im Kalenderjahr zur Verfügung, das ihm garantiert wird und eine wirtschaftliche Kalkulierbarkeit der Einnahmesituation ermöglicht.

Die praxisindividuellen Budgetierungen haben auch nicht zur Folge, dass tatsächlich erbrachte zahnärztliche Leistungen nicht vergütet werden. Sie bewirken lediglich, dass bei einer Überschreitung des Grenzwertes die Höhe der Vergütung für die einzelne erbrachte Leistung sinkt. Die Regelung führt in verschiedenen Berechnungsschritten auf das Kalenderjahr bezogen zu einer Kürzung des vertragszahnärztlichen Honorars des einzelnen Zahnarztes im Ganzen, wenn und soweit die für ihn geltenden Kontingentgrenzen in den jeweiligen Bereichen überschritten worden sind. Insofern stellen sich sowohl die Zahl der angeforderten Punkte wie die individuellen Kontingentgrenzen lediglich als Berechnungsfaktoren für das dem Zahnarzt in jedem einzelnen Quartal und im Kalenderjahr insgesamt zustehende Honorar dar.

Die angegriffenen HVM-Bestimmungen haben im Übrigen auch Besonderheiten der Praxis des Klägers berücksichtigt. So kann zum einen gem. § 4 Abs. 1 a Ziffer 3.1 HVM der Vorstand der Beklagten für besondere Fach- oder Sondergruppen mit von den durchschnittlichen Abrechnungswerten erheblich abweichenden Abrechnungsergebnissen gesonderte Honorargrenzen je Fall festlegen. Insofern ist bei den "übrigen Leistungsarten" eine Differenzierung zwischen der Fach- bzw. Sondergruppe der Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen, der Oralchirurgen sowie der Zahnärzte, die keiner Sondergruppe angehören, erfolgt. Hierbei profitiert der Kläger, der keiner Sondergruppe angehört, von den höchsten Euro-Beträgen je KCH-Fall bei den "übrigen Leistungsarten". Diese betrugen für ihn 37,00 Euro (Primärkassen) bzw. 50,00 Euro (Ersatzkassen). Auch im Bereich der KCH-Leistungen profitiert der Kläger von der Sonderregelung für "Praxisübernehmer", indem ihm gem. § 4 Abs. 1a C 3.2 HVM bis einschließlich Quartal III/2003 - im Quartal IV/2003 hatte er die Fallzahl von 400 überschritten - eine maximale zu vergütende Punktzahl von 82 (Primärkassen) bzw. 85 (Ersatzkassen) zugestanden wurde gegenüber 67 Punkten bei den Primärkassen bzw. 69 Punkten bei den Ersatzkassen. Mit dieser Privilegierung für Praxisübernehmer ist Rechnung getragen, dass der Untersuchungs- und Behandlungsaufwand von einer Praxistätigkeit neu aufnehmenden Zahnärzten höher angesetzt werden kann als derjenige von Zahnärzten, die langjährig tätig sind und denen deshalb ein größerer Teil von Patienten bereits bekannt ist. Zum anderen ist auch der Investitionsaufwand für die übernommene Praxis mit berücksichtigt.

Weiterhin hat der Vorstand der Beklagten gem. § 4 Abs. 1 a Ziff. 4 HVM ein Antragsverfahren mit dem Ergebnis eines bestandskräftigen Bescheides vom 14.09.2004 durchgeführt. Mit diesen Regelungen ist insgesamt ein System geschaffen worden, das auch angesichts der notwendigen Typisierung und Generalisierung ausreichenden Raum für individuelle Besonderheiten lässt.

Schließlich ist ein Eingriff in die Therapiefreiheit des Klägers oder in sein Grundrecht auf Berufsausübungsfreiheit durch die von der Beklagten vorgenommene Kontingentbildung nicht zu erkennen. Es steht dem Vertragszahnarzt frei, die jeweils notwendige und wirtschaftliche Behandlungsweise des Versicherten zu wählen. Hierbei ist nicht ersichtlich, dass durch die Kontingentierung eine wirtschaftliche Praxisführung des Klägers beeinträchtigt wird.

Gegen dieses Urteil richtet sich die Berufung des Klägers. Er wendet sich unter Wiederholung und Vertiefung seines bisherigen Vorbringens gegen die Begrenzung und Kürzung seiner Honoraransprüche. Mit einer Fallpunktzahl pro Leistungsbereich, die auch erst mit dem Ende 4. Quartal des Jahres feststehe, sei wegen einer echten Budgetierung eine Angemessenheit der Vergütung i. S. d. Rechtsprechung des BSG nicht mehr gewährleistet. Insbesondere habe die Diskussion Ende des Jahres 2003 über Leistungsansprüche von gesetzlich Versicherten im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung 2004 zu einer hohen Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen bereits im 4. Quartal 2003 geführt. Wegen dieses sogenannten Vorzieheffektes habe die Vergütung im Quartal IV/2003 nicht ausgereicht, was zu Leistungseinhalten i. H. v. 20 % bis 35 % geführt habe. Die deutlich geringere Fallpunktzahl belege das. Wenn auch die angegriffenen Bescheide den gesetzlichen Normen entsprochen hätten, stelle dieses Normgefüge aufgrund der außergewöhnlichen Situation in dem fraglichen Zeitraum ein elementares Systemversagen dar, weil die Gesetzgeberorgane für diese Situation keinerlei Regelungsausweichmöglichkeit vorgesehen

hätten. Wenn der Gesetzgeber selbst eine übermäßige Leistungsanspruchnahme herbeirufe, müsse er sicher stellen, dass die notwendige Vergütung für diese außergewöhnliche Leistungsanspruchnahme auch gewährleistet sei.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 20.09.2006 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, unter Abänderung der Quartalsabrechnung IV/2003 in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 09.02.2005 über seine Honoraransprüche in den Bereichen konservierend-chirurgische Leistungen und übrige Leistungsarten unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Weitere Einzelheiten, auch des Vorbringens der Beteiligten, ergeben sich aus den Prozessakten und den beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 20.09.2006 ist zulässig, aber unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage darin zurecht abgewiesen. Der Kläger ist durch die angefochtenen Bescheide nicht beschwert, denn diese sind rechtmäßig.

Wegen der weiteren Einzelheiten der Begründung verweist der Senat gem. [§ 153 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) auf die zutreffenden Gründe der angefochtenen Entscheidung, weil er die Berufung aus eben diesen Gründen zurückweist.

Das Berufungsvorbringen führt zu keinem anderen Ergebnis.

Der Senat (zuletzt Urteile vom 31.08.2005 - [L 11 KA 80/04](#) und [L 11 KA 59/04](#)) und das Bundessozialgericht haben zu vorangegangenen Fassungen von § 4 Abs. 1 a des HVM der Beklagten, die mit der hier maßgeblichen Regelung im wesentlich identisch waren, bereits entschieden ([BSG 81, 213](#) - [SozR 3 - 2500 § 85 Nr. 23](#); [BSG MedR 2004, 172](#)). Das Bundessozialgericht hat Honorarbegrenzungsregelungen der vorliegenden Art grundsätzlich für rechtmäßig gehalten und dies bis in neuste Zeit hinein bestätigt (zuletzt BSG vom 19.07.2006 - [B 6 KA 8/05 R](#)). Auch das Bundesverfassungsgericht hat die den Entscheidungen des Senates und des Bundessozialgerichts zugrunde liegende Auslegung und Anwendung des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) als mit [Artikel 12](#) und [Artikel 3 des GG](#) vereinbar angesehen (Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 27.10.2006 - 1 BVR 1645/06).

Auch die Anrechnung von Quartal zu Quartal unterschiedlich hohen rechnerischen Honorargrenzen je Fall verstößt nicht gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit im Sinne einer gleichbleibenden Vergütungshöhe. Nach § 4 Abs. 1 a Satz 1 HVM der Beklagten werden für die Honorarverteilung Obergrenzen für das ganze Kalenderjahr ermittelt. Eine endgültige Bestimmung der Honorargrenze erfolgt erst im Quartal IV/2003 (C.2). Mit der Bekanntgabe und Anwendung der Honorargrenzen als vorläufiger Richtwert ist keine Garantie für die endgültige Honorarbegrenzung gegeben (A.2.3). Das entspricht dem Grundsatz, dass letztlich eine auf das Kalenderjahr bezogene Honorarbegrenzung - entsprechend der Budgetierung der Gesamtvergütung - maßgeblich ist.

Die vom Kläger in den Vordergrund des Vortrags in der mündlichen Verhandlung gestellten Hinweise auf das besondere Leistungsverhalten der gesetzlich Versicherten im 4. Quartal 2003 hat auf die Berechnung der Höhe des Honorars des Klägers und seiner Honorarbegrenzung keinen Einfluss. Das Sozialgericht hat bereits zutreffend darauf hingewiesen und ausgeführt, dass die vorläufige Honorargrenze von 67 Punkten je Abrechnungsfall im 4. Quartal 2003 allein darauf beruht, dass der Kläger von der Sonderregelung gem. § 4 Abs. 1 a C.3.2 HVM für Praxisübernehmer profitiert hat. Danach galt die höhere Honorargrenze von 82 Punkten nicht mehr ab einer Fallzahlüberschreitung von 400. Ausweislich der Anlage zur Belastungsanzeige IV/2003 für Primärkassen und Ersatzkassen hat der Kläger in der Tat die kumulierte Fallzahl von 400 Punkten überschritten, nämlich insgesamt 433 Primär- und Ersatzkassenpatienten behandelt. Jedoch hat er für diese Fallzahl insgesamt eine Abrechnungspunktmenge zugrunde gelegt, die den Abrechnungspunktmengen aus den Vorquartalen unter Zugrundelegung der jeweils niedrigeren Fallzahlen entsprach. Auch ist die gesamte Abrechnungspunktmenge wie in den Vorquartalen mit einem Punktwert von 0,81 Euro vergütet worden, wie sich aus den in den Akten befindlichen und der mündlichen Verhandlung erörterten Schlussabrechnung ergibt. Der abschließende Honorareinbehalt ist in der Tat mit Prozentsätzen von 20,09 % und 28,94 % im Primärkassenbereich und 35,64 % und 33,26 % im Ersatzkassenbereich (jeweils für die Bereiche ÜLE und KCH) jedoch auf das ganze Jahreshonorar von 143.292,00 Euro (KCH) und 83.258,00 (ÜLE) berechnet worden. Die besondere Versorgungssituation durch sogenannte Vorzieheffekte hat sich auf das Honorar des Klägers, speziell im 4. Quartal in Anwendung der Honorarbegrenzungsregelung des § 4 Abs. 1 a HVM der Beklagten nicht ausgewirkt.

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

Die Voraussetzung für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2008-03-18