L 7 KA 28/01 -25

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
7
1. Instanz
SG Potsdam (BRB)
Aktenzeichen
S 1 KA 195/00
Datum
30.05.2001
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 28/01 -25
Datum
28.06.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 30. Mai 2001 wird zurückgewiesen. Die Klägerin hat der Beklagten deren notwendige außergerichtliche Kosten für den gesamten Rechtsstreit zu erstatten. Im Übrigen werden keine Kosten erstattet. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt höheres Honorar für das Quartal I/1999.

Sie ist eine im Beitrittsgebiet bestehende ärztlich geleitete freigemeinnützige Gesundheitseinrichtung, die Kraft Gesetzes zur Leistungserbringung im vertragsärztlichen Bereich zugelassen ist. Sie erbrachte jedenfalls im hier streitbefangenen Quartal die Leistungen ausschließlich durch drei Ärzte für Allgemeinmedizin.

Mit Bescheid vom 05. August 1999 bewilligte die Beklagte der Klägerin für das hier streitbefangene Quartal ein Honorar in Höhe von 120.915,91 DM; nach Vornahme sachlich-rechnerischer Berichtigungen belief sich das Honorar im Ergebnis auf 119.866,71 DM bei einer Fallzahl von 1877 und einem Fallwert von durchschnittlich 63,86 DM. Im selben Quartal erzielte ein niedergelassener Allgemeinmediziner im Bezirk der Beklagten durchschnittlich ein Honorar von 71.480 DM bei einer Fallzahl von 1002 und einem Fallwert von 71,33 DM. Unter Zugrundelegung des zum 01. Juli 1997 wesentlich geänderten einheitlichen Bewertungsmaßstabs für Ärzte (EBM) begrenzte die Beklagte die von der Klägerin angeforderten Punktmengen unter Bildung eines so genannten Praxisbudgets. Die Klägerin hatte im Bereich der unter das Praxisbudget fallenden Leistungen insgesamt 1.244.240 Punkte angefordert, entsprechend dem Praxisbudget bewilligte die Beklagte alle Punkte. Darüber hinaus waren der Klägerin drei Zusatzbudgets zuerkannt worden, nämlich ein Budget für Teilradiologie, Unfallchirurgie, ein Budget für Psychosomatik, Übende Verfahren und ein Budget für Betreuung in beschützenden Einrichtungen. Im erstgenannten Budget forderte die Klägerin 341.410 Punkte an und erhielt 123.882 zuerkannt, im zweiten Budget forderte die Klägerin 22.550 Punkte an und erhielt 22.524 zuerkannt, im dritten Budget forderte die Klägerin 93.600 Punkte an und erhielt 52.556 zuerkannt. Insgesamt belief sich die Kürzung unter Zugrundelegung des EBM auf 2,97 %. Darüber hinaus kürzte die Beklagte diesen Leistungsbedarf nach § 8 ihres Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) um 114.351,3 Punkte, was 3,61 Prozent des Honorars entspricht.

Mit Widerspruchsbescheid vom 20. April 2000 wies die Beklagte den Widerspruch mit der Begründung zurück, die Regelungen des EBM seien auf der Grundlage des § 87 Abs. 1 und 2 i.V.m. § 81 Abs. 3 Sozialgesetzbuch / Fünftes Buch (SGB V) für die Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich und besäßen Rechtsnormcharakter. Der EBM sei auch zutreffend angewandt worden, ebenso die Vorschriften des HVM.

Mit ihrer zum Sozialgericht Potsdam erhobenen Klage hat die Klägerin vor allem geltend gemacht, sie unterliege als bestandsgeschützte Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V ohnehin keiner Budgetierung. Im Übrigen sei auch das Praxisbudget unzutreffend berechnet worden, denn die Budgetierung knüpfe zu Unrecht an die Zahlenwerte für die ersten beiden Quartale des Jahres 1996 an. Diese Zahlenwerte seien nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG) rechtswidrig.

Mit Urteil vom 30. Mai 2001 hat das Sozialgericht den Änderungsbescheid vom 7. September 1999 zum Honorarbescheid vom 5. August 1999 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. April 2000 aufgehoben und die Klage im Übrigen abgewiesen: Die Bestimmungen des EBM über das Praxisbudget und die Zusatzbudgets seien auch auf Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V anzuwenden. Auch wenn der EBM diese Einrichtungen nicht ausdrücklich erwähne, würden die Leistungen durch Ärzte bestimmter Fachgruppen erbracht, an die angeknüpft werden könne. Das Praxisbudget sei richtig berechnet worden.

Gegen dieses ihr am 19. Juni 2001 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 19. Juli 2001 Berufung zum Landessozialgericht eingelegt. Hierbei hat sie ursprünglich wiederum geltend gemacht, die Klägerin als Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V hätte nicht oder jedenfalls nicht in der vorgenommenen Weise einer Praxisbudgetierung unterworfen werden können. Darüber hinaus sei es auch unzulässig gewesen, Einrichtungen nach § 311 SGB V über ein gesondertes Honorarkontingent zu vergüten, weil dies zu einem unangemessen niedrigen Punktwert geführt habe. Die Klägerin hätte als fachübergreifende Gemeinschaftspraxis eingestuft werden müssen und nicht aus einem viel zu kleinen Honorarkontingent vergütet werden dürfen, das sich an den vertragsärztlichen Leistungen von Allgemeinmedizinern orientiere. Des gleichen sei auch im Rahmen der Praxisbudgetbemessung die Anknüpfung an die Fallzahlen von Allgemeinmedizinern nicht zulässig. Im Berufungsverfahren hat die Klägerin ihr Vorbringen geändert. Sie macht jetzt nicht mehr geltend, sie habe nicht der Budgetierung unterworfen werden dürfen bzw. die Berechnung des Praxisbudgets sei fehlerhaft erfolgt; ebenso wenig macht sie sonstige Verstöße gegen den EBM geltend. Gleichfalls rügt sie auch nicht mehr die Anwendung der §§ 7, 8 des HVM der Beklagten. Jedoch rügt sie nunmehr, die rechnerische Ausgestaltung des Honorarkontingents sei nach dem HVM der Beklagten fehlerhaft erfolgt. Sie habe die hausärztliche Grundvergütung – anders als bei niedergelassenen Ärzten – nicht aus dem hierfür vorgesehenen gesonderten Honorarkontingent geleistet, obwohl sie dazu gemäß § 87 Abs. 2a Satz 3 SGB V verpflichtet gewesen sei. Desgleichen habe sie es unterlassen, für die Vergütung der ambulanten Operationen und der Vorsorgeleistungen ein gesondertes Honorarkontingent zu schaffen. Auch habe die Beklagte gegen die Vorschrift des § 4 Absatz 4 HVM verstoßen, indem sie nicht – wie dort vorgesehen – nur jeweils zum 01. Januar eines jeden Jahres, sondern wesentlich häufiger den für die Berechnung des Honorarkontingents maßgeblichen Verteilerschlüssel ermittelt und ihn darüber hinaus auch rechtswidrig abgesenkt habe. So sei der Schlüssel zum 01. Januar 1996 auf 6,18 % für die Primärkassen und auf 4,42 % für die Ersatzkassen für Einrichtungen nach § 311 Absatz 2 SGB V festgesetzt worden. Zum 01. Oktober 1996 sei er auf 5,1 % für die Primärkassen und auf 3,67 % für die Ersatzkassen und zum 01. Januar 1997 auf 3,88 % für die Primärkassen und auf 2,97 % für die Ersatzkassen abgesenkt worden, obwohl sich an dem Zahlenverhältnis zwischen Ärzten in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V einerseits und niedergelassenen Ärzten andererseits nichts wesentlich geändert habe. Darüber hinaus sei auch die starre Anknüpfung an die Veränderungen der Arztzahlen rechtlich fehlerhaft und im Widerspruch zur höchstrichterlichen Rechtsprechung erfolgt. Insoweit liege eine Verletzung eigener subjektiv-öffentlicher Rechte vor.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 30. Mai 2001 abzuändern und die Beklagte unter Änderung ihres Honorarbescheides vom 05. August 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. April 2000 zu verpflichten, sie über den Honoraranspruch für das Quartal I/1999 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen. Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Sowohl die Einbeziehung der Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V in das Praxisbudget als auch die Anknüpfungen an die Werte des Jahres 1996 sei zutreffend und rechtmäßig. Es sei auch nicht zu beanstanden, dass die Vergütung der Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V durch ein gesondertes Honorarkontingent erfolgt sei. Dies habe dem Schutz dieser Leistungserbringer vor den Leistungsausdehnungen in anderen Leistungsbereichen gedient, indem der Anteil an der Gesamtvergütung auf der Grundlage des Jahres 1995 unter Berücksichtigung der Veränderungen der Gesamtvergütung fortgeschrieben und jährlich der Anzahl der angestellten Ärzte angepasst worden sei. Hierdurch habe erreicht werden können, dass die erzielten Fallwerte in den Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V anders als die Fallwerte der nicht angestellten niedergelassenen Ärzte relativ konstant geblieben seien. Unter Bezugnahme auf die Entwicklung der Fallzahl, des Fallwertes, des Punktwertes und den Gesamthonorars macht die Beklagte auch geltend, ein Punktwertvergleich von Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V mit den Durchschnittspunktwerten falle günstig für die vorgenannten Einrichtungen aus. Desgleichen hätten diese Einrichtungen an einer positiven Einkommensentwicklung teilgenommen.

Auch sei die Zahlung der hausärztlichen Gesamtvergütung aus dem Honorarfonds für Einrichtungen der streitbefangenen Art schon deswegen sachgerecht, weil die hausärztliche Grundvergütung bereits im Jahre 1996 in Form einer Erhöhung dieses Honorarfonds berücksichtigt worden und dieser Honorarfonds entsprechend fortgeschrieben worden sei. Die Anpassung des Honorarfonds an die Entwicklung der Arztzahlen stehe nicht im Widerspruch zur Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, weil zahlreiche Ärzte, die zuvor bei einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V im Angestelltenverhältnis beschäftigt gewesen seien, sich in den Jahren nach 1993/1994 niedergelassen und im Rahmen ihrer neuen vertragsärztlichen Zulassung dieselben Patienten weiter betreut hätten. Hierdurch sei zugleich die Zahl der Behandlungsfälle in den Einrichtungen der hier streitbefangenen Art deutlich zurückgegangen.

Hinsichtlich der weiten Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf die zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen sowie die Verwaltungsakten der Beklagten, welche im Termin zur mündlichen Verhandlung vorgelegen haben und Gegenstand der Entscheidung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, aber nicht begründet. Zu Recht hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen, denn der Klägerin steht für das Quartal I/1999 kein Anspruch auf erneute Bescheidung ihrer vertragsärztlichen Honoraransprüche zu. Die Beklagte hat ihren HVM vom 14. Mai 1997 (geändert durch Beschlüsse der Vertreterversammlung vom 12. Dezember 1997, 20. März 1998 und 25. September 1998) zutreffend angewandt, der HVM verstößt auch nicht gegen höherrangiges Recht.

1. So ist zunächst nicht zu beanstanden, dass die Beklagte keine gesonderten Honorarkontingente zur Vergütung von Impf- und Vorsorgeleistungen eingerichtet hat. Nach § 85 Abs. 3 a Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), eingefügt mit Wirkung vom 01. Januar 1993 durch Art. 1 Nr. 43 Buchst. f des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG), war der Teil der Gesamtvergütung, der auf die ärztlichen Leistungen nach den §§ 25 und 26 SGB V, die ärztlichen Leistungen der Schwangerschafts- und Mutterschaftsvorsorge im Rahmen des § 196 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung sowie die ärztlichen Leistungen im Rahmen der von den Krankenkassen satzungsgemäß übernommenen Schutzimpfungen entfällt, zusätzlich zu den in § 85 Abs. 3 a Satz 1 SGB V festgelegten Veränderungen in den Jahren 1993, 1994 und 1995 um jeweils 6 v. H. zu erhöhen. Gemäß § 85 Abs. 4 a Satz 3 2. Halbsatz SGB V in der Fassung des GSG war der nach § 85 Abs. 3 a Satz 7 SGB V zusätzlich zu entrichtende Vergütungsanteil nur zur Vergütung der Leistungen nach § 85 Abs. 3 a Satz 7 zu verwenden. Diese Regelungen bezweckten, die genannten Präventionsleistungen aus der strikten Anbindung an den Anstieg der Gesamtvergütung herauszunehmen und sicherzustellen, dass die zusätzlichen Vergütungsanteile für die Prävention bei der Honorarverteilung nur diesen Leistungen zugute kommt. Diese Bestimmungen erfassen das hier streitbefangene Quartale I/1999 nicht, weil sie – ebenso wie die anderen

Regelungen des § 85 Abs. 3 a SGB V - nur den Zeitraum der vom Gesetz verpflichtend vorgegebenen Begrenzung des Anstiegs der vertraglich zu vereinbarenden Gesamtvergütung auf die Steigerung der Grundlohnsumme, also die Jahre 1993 bis 1995, betreffen (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts [BSG] vom 08. März 2000, Az.: B 6 KA 7/99 R, SozR 3–2500 § 87 Nr. 23, m. w. Nachw., sowie bereits der Senat als 7. Senat des LSG Berlin mit Urteil vom 16. Februar 2005, Az.: L 7 KA 257/02 für die entsprechende Regelung in § 85 Abs. 3 a Satz 6 hinsichtlich des Bereiches der ambulanten Operationen).

Das BSG hat außerdem bereits entschieden, dass den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Umsetzung der Verpflichtung aus § 85 Abs. 3 a Satz 7 SGB V in Verbindung mit § 85 Abs. 4 a Satz 3 SGB V ein Gestaltungsspielraum zur Verfügung stand, der es ausschloss, sie zu einer bestimmten Form der Honorierung zu verpflichten. Danach war lediglich sicherzustellen, dass die gesetzlich festgelegten Zuschläge zur Gesamtvergütung ausschließlich für die Verbesserung der Honorierung der in § 85 Abs. 3 a Satz 7 SGB V verrechneten Leistungen verwendet wurden (BSG, a. a. O.). Hierzu konnte die Beklagte entweder ein separates Teilbudget für die zu fördernden Leistungen bilden und diesem die Zuschläge hinzufügen, sie durfte aber auch die Leistungen mit demselben Punktwert wie die übrigen Leistungen vergüten und zusätzlich Zuschläge aus einem gesonderten Honorartopf gewähren oder einen besonderen Honorartopf mit festem bzw. gestütztem Punktwert bilden (vgl. Urteil des BSG vom 03. März 1999, Az. B 6 KA 51/97 R, zitiert nach Juris). Vor diesem Hintergrund war die Beklagte nicht einmal in der Budgetierungsphase verpflichtet, wie von der Klägerin nach Ende dieser Phase gefordert, für die streitbefangenen Leistungen gesonderte Honorarkontingente zu bilden.

2. Auch die Art der Zahlung der hausärztlichen Grundvergütung ist nicht zu beanstanden. So ist zunächst zwischen den Beteiligten nicht im Streit, dass die hausärztliche Grundvergütung tatsächlich an die Klägerin entrichtet wurde. Die Klägerin macht jedoch geltend, die hausärztliche Grundvergütung hätte nicht aus dem Honorarkontingent für die Leistungen der Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V, sondern aus dem Honorarkontingent für die Leistungen der hausärztlichen Grundvergütung entrichtet werden müssen. Dem vermag der Senat jedoch nicht zufolgen. Nach § 4 Abs. 3 Nr. 1 HVM werden verschiedene zentrale Honorarfonds gebildet. Unter anderem werden nach Ziffer 1 b) ein Honorarfonds für Leistungen der hausärztlichen Grundvergütung und nach Ziffer 1 d) ein Honorarfonds für Leistungen der Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V gebildet. Die Funktion des Honorarfonds nach Ziffer 1 b) besteht darin, den niedergelassenen Ärzten die hausärztliche Grundvergütung aus einem zentralen Honorarfonds zu gewähren. Dem gegenüber ist jedoch die Vorschrift der Ziffer 1 d) spezieller. Nach dieser Vorschrift werden sämtliche Leistungen der Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V aus einem einzigen, einheitlichen Honorarfonds vergütet. Hierin unterscheidet sich die Vergütung der Einrichtungen dieser Art von der Vergütung der niedergelassenen Ärzte, deren Vergütung einerseits aus Fachgruppenhonorarfonds und andererseits aus zentralen Honorarfonds erfolgte. Es entsprach von vornherein dem Sinn und Zweck des HVM, sämtliche Vergütungsarten für die Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V in einen einzigen zentralen Honorarfonds einzustellen und aus diesem auch sämtliche Vergütungen für die Einrichtungen der vorgenannten Art vorzunehmen.

Dies wird auch dadurch deutlich, dass die Vergütung der Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V von vornherein nicht einem bestimmten Fachgruppenhonorarfonds zugewiesen ist, sondern dass die Leistungen für Einrichtungen dieser Art unabhängig von der Art ihrer fachlichen Zuordnung ausschließlich aus einem gesonderten zentralen Honorarfonds vergütet werden. Durch § 5 Absatz 5 Satz 4 HVM ist sichergestellt, dass die hausärztliche Grundvergütung auch für Einrichtungen nach § 311 Absatz 2 SGB V mit demselben Punktwert wie für niedergelassene Vertragsärzte, die hausärztliche Leistungen erbringen, nämlich 9 Pfennigen je Punkt, vergütet werden (§ 5 Absatz 5 Satz 4 i. V. m. § 5 Absatz 3 HVM). Hierin liegt auch nicht etwa ein Verstoß gegen Bundesrecht. Insbesondere enthielt § 87 Absatz 2a Satz 3 SGB V der damaligen Fassung keine Vorgabe, die hausärztliche Grundvergütung stets aus einem eigens hierfür eingerichteten, gesonderten Honorarkontingent vorzunehmen.

3. Darüber hinaus hat die Beklagte ihren HVM auch hinsichtlich der weiteren Anpassung des Fonds für Leistungen der Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V zutreffend angewandt. Maßgebend hierfür ist die Vorschrift des § 4 Abs. 4 HVM. Nach dieser Vorschrift werden die Höhe der Anteile der speziellen Fachgruppenhonorarfonds zueinander und der Anteil des Honorarfonds für Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V auf der Basis des Jahres 1995 nach einem gesondert festgelegten Verteilerschlüssel festgeschrieben. Dieser Verteilerschlüssel wird jeweils zum 01. Januar eines jeden Jahres unter Berücksichtigung der Entwicklung der Zahl der Beteiligten in den speziellen Fachgruppenhonorarfonds angepasst. Die Anpassung erfolgt durch Vorstandsbeschluss. Es ist nicht erkennbar, dass die Beklagte hierbei fehlerhaft vorgegangen ist. Zunächst ist die vorgenannte Arztzahlveränderungsregelung des § 4 Abs. 4 HVM dahin auszulegen, dass nicht jede Änderung der Arztzahl in einer Facharztgruppe automatisch zu einer Erhöhung oder Verminderung des ihr zugeordneten Honorarvolumens und zugleich zur Verringerung bzw. Erhöhung der den anderen Arztgruppen zugeordneten Honorarvolumina führen würde. Eine solche Auslegung wird bereits durch den Wortlaut der Vorschrift nahegelegt, die eben keine starre Anknüpfung der Honorarentwicklung an die Arztzahlveränderung vornimmt, sondern lediglich vorgibt, dass die Veränderung der Arztzahlen "zu berücksichtigen" ist. Darüber hinaus würde eine solche starre Anknüpfung der Veränderung von Honorarvolumina an die Arztzahlen Bundesrecht verletzen (BSG, Beschluss vom 22. Juni 2005, B 6 KA 68/04 B). Denn weitere Zulassungen von Ärzten einer bestimmten Fachgruppe oder der Rückgang von Ärzten anderer Fachgruppen bzw. in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V allein könnten eine Erhöhung oder eine Verringerung des Honorarvolumens für eine Fachgruppe bzw. für Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V nicht rechtfertigen. Zur Rechtfertigung bedürfte es stets vielmehr weiterer Gründe, so zum Beispiel, dass zugleich eine medizinisch gerechtfertigte Änderung des Leistungsgeschehens vorliegt, etwa durch Veränderungen der Zusammensetzung der Patientenschaft, der Zahl der Patienten und Behandlungsfälle oder durch eine sonstige bedarfsbedingte Expansion oder Reduktion der ärztlichen Leistungen (BSG a. a. O.).

Der Vorstand der Beklagten hat in seiner Anpassung der Honorarfonds bis hin zum hier streitbefangenen Quartal indessen aber auch keine starre Anknüpfung an die Entwicklung der Arztzahlen vorgenommen. Vielmehr hat er die Entwicklung der Arztzahlen lediglich bei seiner Entscheidung berücksichtigt und dabei zugleich insbesondere der Veränderung der Fallzahlen und der Veränderung der Fallwerte der Einrichtungen nach § 311 SGB V Rechnung getragen und die Änderung des Leistungsgeschehens insgesamt der Veränderung der Größe des Honorarfonds zu Grunde gelegt. Dies wird durch die von der Beklagten vorgelegten Statistiken belegt. So ist die Zahl der abrechnenden Ärzte in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V von 161 im Quartal I/97 bis zum hier maßgeblichen Quartal I/99 auf 152 und damit um 5,59 % abgesunken, bezogen auf die Gesamtzahl der niedergelassenen Ärzte von 5,2 % auf 4,9 %. Die Fallzahlen der abrechnenden Ärzte in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V sind vom Quartal I/94 bis zum Quartal IV/99 wesentlich langsamer gestiegen als die durchschnittliche Fallzahlen aller niedergelassenen Ärzte im Bezirk der Beklagten. So ist zwar im Zeitraum vom Quartal I/95 bis zum Quartal IV/99 die Zahl der abgerechneten Fälle in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V von 800 auf 819 angestiegen, mit einem Spitzensatz von 849 im hier maßgeblichen Quartal I/99. Dem steht jedoch eine durchschnittliche Fallzahlsteigerung bei den niedergelassenen Ärzten von

1.072 im Quartal I/95 auf 1160 im Quartal IV/99 gegenüber, wiederum mit einer Fallzahlspitze in Höhe von 1.206 Fällen im Quartal I/99. Im Vergleich zu den Fallzahlen der niedergelassenen Ärzte sind die der abrechnenden Ärzte in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V von 74,6 % im Quartal I/95 (1.072:781) auf 70,6 % im Quartal IV/99 (1.160:799) gefallen; im hier erheblichen Quartal I/99 beträgt das Verhältnis sogar nur 70,4 %. Dagegen sind die Fallwerte der abrechnenden Ärzte in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V von 73,41 DM im Quartal I/95 auf 76,89 DM im Quartal IV/99, im Quartal I/99 auf 77,07 DM gestiegen, während der Fallwert der niedergelassenen Ärzte im selben Zeitraum von 77,72 DM (Quartal I/95) auf 71,36 DM im Quartal IV/99 gesunken ist und im Quartal I/99 sogar nur 67,44 DM betrug. Die Fallwerte der abrechnenden Ärzte in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V sind damit im Verhältnis zu denen der niedergelassenen Ärzte von 94,5 % im Quartal I/95 auf über 100% in den Quartalen II/97 ff. gestiegen und haben im Quartal IV/99 107,7% und im hier maßgeblichen Quartal I/99 sogar 114,3 % betragen. Berücksichtigt man weiterhin, dass das Verhältnis der Anzahl der Behandlungsfälle der Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V zu denen der niedergelassenen Ärzte von 3,9 % im Quartal I/97 auf 3,4 % im Quartal IV/99, im Quartal I/99 auf 3,5 %, gesunken ist, während das Verhältnis des Umsatzes der Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V aus vertragsärztlicher Tätigkeit zu dem der niedergelassenen Ärzte im selben Zeitraum gleich geblieben ist (nämlich 3,8 %) und im Quartal I/99 sogar auf 4,1 % angestiegen war, ist eine fehlerhafte Anwendung des § 4 Abs. 4 des HVM der Beklagten bei der Anpassung des Honorarfonds für Leistungen der Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V nicht zu erkennen. Das Sinken der Arztzahlen bei nahezu gleich bleibenden Fallzahlen spricht für die Richtigkeit der Auffassung der Beklagten, dass in nicht unerheblichem Umfang Ärztinnen und Ärzte aus Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V nach 1995 diese Einrichtungen verlassen, sich als Vertragsärztinnen und Vertragsärzte niedergelassen und dabei einen Teil des Patientenstammes aus den Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V in ihre eigene Praxis mitgenommen haben. Deshalb begegnet es auch keinen Bedenken, dass die Entwicklung der zentralen Honorarfonds für Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V von der Beklagten parallel zur Entwicklung der Arztzahlen entwickelt worden ist. Ausschlaggebend hierfür war im Ergebnis aber nicht die bloße zahlenmäßige Veränderung in der Ärzteschaft, sondern vielmehr der durch die Patientenverschiebungen begründete geänderte Versorgungsbedarf, der allerdings zahlenmäßig in etwa auch der Entwicklung in der Ärzteschaft entsprach. Dass das in den Einrichtungen nach § 311 SGB V je Arzt erzielte Einkommen zwischen dem Quartal I/95 und IV/99 nur zwischen 70,4% bzw. 76,1 % des Einkommens der niedergelassenen Ärzte erreichte (Quartal I/99: 80, 4 %) dürfte seine Ursache in den bereits dargestellten niedrigen Fallzahlen der Einrichtungen nach § 311 SGB V haben und somit Ausdruck der stärkeren Nachfrage der Behandlung durch niedergelassene Ärzte durch die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherungen sein. Eine bessere Ausstattung des Honorarfonds der Einrichtungen nach § 311 SGB V wäre damit nicht zu rechtfertigen, weil die Einrichtungen nach § 311 SGB V ihre Fallwerte und ihren Umsatz Ende der 90`er Jahre im Verhältnis zu den niedergelassenen Ärzten überproportional steigern konnten.

4. Im Übrigen war die vom Vorstand der Beklagten vorgenommene Verringerung des zentralen Honorarfonds nach § 4 Abs. 3 Ziffer 1. d) unter Berücksichtigung der Entwicklungen der Arztzahlen auch deswegen geboten, weil ansonsten ein Verstoß gegen das verfassungsrechtlich in Artikel 3 Abs. 1 Grundgesetz abgesicherte Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit im Hinblick auf die anderen Fachgruppen bzw. die niedergelassenen Ärzte vorgelegen hätte. Gerade weil – durch die Abwanderung von Patientinnen und Patienten in Folge auch von Abwanderungen der Ärztinnen und Ärzte aus den Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V – sich das Patientenaufkommen verringerte, wäre es sachlich nicht zu rechtfertigen gewesen, den Honorarfonds in unveränderter Höhe zu belassen. Dies hätte zu einer ungerechtfertigten Steigerung des Punktwertes geführt, nach dem die Leistungen der Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V vergütet worden wären.

Dies zeigt ein Vergleich der Punktwerte, wie er sich im hier streitbefangenen Quartal I/1999 darstellt. In diesem Quartal lag der Punktwert bei praxisbudgetierten Leistungen sowohl für die Ersatzkassen als auch für die Primärkassen jeweils bei 7,49 Pfennigen, und zwar sowohl für die Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V als auch für die niedergelassenen Allgemeinmediziner, die als Vergleichsgruppe heranzuziehen sind. Lediglich im Bereich der nichtbudgetierten Leistungen gibt es Unterschiede im Punktwert zwischen den Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V auf der einen Seite und der niedergelassenen Allgemeinmediziner auf der anderen Seite. Die Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 HVM erhielten hier sowohl im Bereich der Primärkassen als auch im Bereich der Ersatzkassen jeweils einen Punktwert von 4,00 Pfennigen, während die Allgemeinmediziner einen Punktwert von 4,00 Pfennigen im Bereich der Primärkassen erhielten, im Bereich der Ersatzkassen dagegen einen höheren Punktwert von 5,90 Pfennigen. Dies bedeutet, dass lediglich in einem sehr eng begrenzten Bereich – nämlich bei der Vergütung von nicht praxisbudgetierten Leistungen durch die Ersatzkassen – ein Unterschied im Punktwert zwischen den Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V und den niedergelassenen Allgemeinmedizinern bestanden hat. Dieser höhere Punktwert, der aber nur insgesamt ein sehr kleines Leistungsspektrum betrifft, hat insgesamt nicht dazugeführt, dass das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit im Verhältnis zwischen den niedergelassenen Allgemeinmedizinern auf der einen Seite und den Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V auf der anderen Seite beeinträchtigt worden ist. Dies zeigt sich bei einem näheren Vergleich der Quartalshonorare, der Fallzahlen und Fallwerte zwischen der Einrichtung der Klägerin auf der einen Seite und den niedergelassenen Allgemeinmediziner als Vergleichsgruppe auf der anderen Seite. So erzielte die Klägerin im hier streitbefangenen Quartal unter Einsatz von drei Ärzten für Allgemeinmedizin ein Gesamthonorar von 119.866,71 DM, während ein niedergelassener Allgemeinmediziner im selben Quartal im Durchschnitt 71.480,00 DM erzielte. Dem steht aber auch gegenüber, dass ein niedergelassener Arzt im Durchschnitt in diesem Quartal 1002 Behandlungsfälle abrechnete, während die Klägerin mit insgesamt drei Ärzten im selben Quartal nur 1.877 Behandlungsfälle in Ansatz brachte. Dementsprechend sind die Abweichungen bei den Fallwerten insgesamt auch gering; der durchschnittliche Fallwert der Klägerin für das streitbefangene Quartal lag bei 63,86 DM, während der durchschnittliche Fallwert der niedergelassenen Allgemeinmediziner bei 71,33 DM lag. Hieraus folgt, dass der Abstand zwischen dem Fallwert der Vergleichsgruppe und dem Fallwert der Klägerin ca. 10 % betrug. Ein derartiger Unterschied kann keinen Verstoß gegen das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit begründen, zumal in einer solchen Abweichung immer Besonderheiten berücksichtigt werden müssen, die sich als Besonderheiten im Leistungsspektrum der Klägerin darstellen.

5. Im vorliegenden Fall kann die Klägerin auch nicht mit ihrem Einwand Erfolg haben, die Vergleichsgruppe der niedergelassenen Allgemeinmediziner sei nicht heranzuziehen, weil Einrichtungen der hier streitbefangenen Art nach § 311 Abs. 2 SGB V aus Fachärzten unterschiedlicher Fachrichtungen zusammengesetzt seien und deshalb eher einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis gleich kämen. Der Senat lässt ausdrücklich offen, ob dieses Argument dann Gewicht besitzt, wenn tatsächlich eine Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V ihre Leistungen durch Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen erbringt. Im vorliegenden streitbefangenen Fall jedenfalls erscheint die Vergleichsgruppe der niedergelassenen Allgemeinmediziner als die eindeutig maßgebende, weil auch die Klägerin ihre Leistungen allein durch Ärzte erbringt, die – wenn sie niedergelassen wären – dieser Fachgruppe zuzurechnen wären.

6. Schließlich kann die Klägerin auch kein Gehör finden mit ihrem Argument, der zentrale Honorarfonds nach § 4 Abs. 3 Ziffer 1 d) HVM für

Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V sei jedenfalls deswegen zu niedrig bemessen gewesen, weil – im Verlaufe der Anpassung dieses Honorarfonds seit dem Jahre 1996 in Vollzug verschiedener Änderungen des Vergütungssystems – dieser Honorarfonds insgesamt nicht in der notwendigen Weise angepasst worden sei. Dieses Argument kann jedenfalls deswegen nicht zum Erfolg führen, weil die Klägerin hierdurch keine Rechtsverletzung darlegen kann. Der HVM ist eine autonome Satzung der Beklagten. Selbst dann, wenn sie – was vorliegend nicht zu erkennen ist – im Laufe ihrer Entstehungsgeschichte ein Reglungsdefizit aufgewiesen haben sollte, so könnte dieses nur dann mit Erfolg gerügt werden, wenn es zu einer Rechtsverletzung geführt hätte (so BSG, Urteil vom 22. Juni 2005, B 6 KA 80/03 R, SozR 4-2500 § 87 Nr. 10). An einer solchen Rechtsverletzung fehlt es vorliegend aber schon deswegen, weil – wie ausgeführt – die Klägerin in ihrem Grundrecht aus Artikel 3 Abs. 1 Grundgesetz in Verbindung mit dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht verletzt ist.

7. Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Sozialgerichtsgesetz (SGG) in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden Fassung.

Gründe für die Zulassung der Revision nach § 160 Abs. 2 Nr. 1 und. 2 SGG liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BRB
Saved
2006-10-12