

L 7 KA 26/02*25

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
7

1. Instanz
SG Potsdam (BRB)
Aktenzeichen
S 1 KA 427/01
Datum
14.08.2002

2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 26/02*25
Datum
20.09.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 14. August 2002 wird zurückgewiesen. Die Klägerin hat der Beklagten deren notwendige außergerichtliche Kosten des gesamten Verfahrens zu erstatten. Im Übrigen sind keine Kosten zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Höhe des vertragsärztlichen Honorars.

Die Klägerin betreibt ein Klinikum. Dessen Institut für Nuklearmedizin und Strahlenheilkunde ist seit dem 1. Juli 1990 aufgrund jeweils befristeter Ermächtigungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung auf Überweisung auf dem Gebiet der Strahlentherapie ermächtigt. In den zwischen den Beteiligten streitbefangenen Quartalen ist aufgrund dieser Ermächtigung jeweils ein Arzt tätig geworden.

Im Quartal II/2000 rechnete die Klägerin in 364 Behandlungsfällen insgesamt 3.956.355,0 Punkte ab. Diesen angeforderten Leistungsbedarf unterwarf sie der Mengenzuwachsbegrenzungsregelung nach § 9 ihres Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) in der ab 01. Januar 2000 gültigen Fassung. Danach fand eine Mengenzuwachsbegrenzung statt, wenn der Punktwert für die nicht der Praxis- und Zusatzbudgetierung unterliegenden Leistungen des Honorarfonds Leistungen der Hausärzte oder des Honorarfonds Leistungen der Fachärzte den Wert von 6,5 DPf unterschritt. Dies traf auf die Klägerin im Quartal II/2000 für die Primär- und Ersatzkassen zu. Die Beklagte errechnete auf der Grundlage des Abrechnungsergebnisses des Vorjahresquartals II/1999 (271 Behandlungsfälle und 3.077.251,8 anerkannte Punkte) und unter Berücksichtigung einer zugestandenen Erhöhung dieser anerkannten Punkte des Vorjahresquartals um 5 % eine quartalsbezogene individuelle Punktzahlobergrenze für die Kostenträger (Primär- und Ersatzkassen) in Höhe von 3.231.114,4 Punkten. Dies führte zu einer Kürzung des angeforderten Leistungsbedarfs um 18,33 Prozent, mithin um 724.885,6 Punkte. Mit Honorarbescheid vom 03. November 2000 gewährte die Beklagte der Klägerin ein Honorar in Höhe von 163.921,79 DM. Den hiergegen erhobenen Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 05. November 2001 als unbegründet zurück.

Im Quartal III/2000 rechnete die Klägerin in 450 Behandlungsfällen insgesamt 4.627.935,0 Punkte ab. Auch in diesem Quartal kam die Mengenzuwachsbegrenzung nach § 9 HVM zur Anwendung. Auf der Grundlage des Abrechnungsergebnisses des Vorjahresquartals III/1999 (399 Behandlungsfälle und 3.308.865,3 angeforderte Punkte) errechnete die Beklagte unter Berücksichtigung einer zugestandenen Erhöhung dieser anerkannten Punkte des Vorjahresquartals um 5 % eine quartalsbezogene individuelle Punktzahlobergrenze für die Kostenträger (Primär- und Ersatzkassen) in Höhe von 3.474.308,6 Punkten. Dies führte zu einer Kürzung der Honoraranforderung der Klägerin um 24,93 % mithin um 791.453,8 Punkten. Auf dieser Grundlage bewilligte die Beklagte der Klägerin mit Honorarbescheid vom 31. Januar 2001 ein Honorar in Höhe von 215.916,76 DM. Den hiergegen gerichteten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 05. November 2001 als unbegründet zurück.

Im anschließenden Klageverfahren hat die Klägerin im Wesentlichen vorgetragen, dass die Anwendung der Mengenzuwachsbegrenzungsregelung auf die Berechnung ihrer Vergütungsansprüche nicht anwendbar sei, weil sie weder die Zahl der Behandlungsfälle noch die Menge der von ihr erbrachten Leistungen für Nuklearmedizin steuern könne, weil ihr es ihre "Ermächtigung verbiete", Patienten abzuweisen, zumal der immense Bedarf an ambulanten nuklearmedizinischen Leistungen im Zuständigkeitsbereich der Beklagten allein von ermächtigten Ärzten und Einrichtungen erbracht werde.

Das Sozialgericht Potsdam hat die Klage der Klägerin mit Urteil vom 14. August 2002 als unbegründet zurückgewiesen. Die Mengenzuwachsbegrenzungsregelung entspreche der von den Partnern der Mantelverträge beschlossenen Praxisbudgetvereinbarung. Diese

Praxisbudgetvereinbarung enthalte eine dem § 9 HVM der Beklagten vergleichbare Regelung. Das Bundessozialgericht (BSG) habe die in der Praxisbudgetvereinbarung geregelte Begrenzung des Fallzahlzuwachses für rechtmäßig erachtet. Soweit die Klägerin der Auffassung sei, dass sie der Mengenbegrenzungsregelung des § 9 HVM nicht unterworfen werden könne, weil sie ausschließlich Leistungen auf Überweisung erbringe, könne sie damit keinen Erfolg haben. Denn auch sie könne die Zahl der Behandlungsfälle weitgehend unabhängig von den medizinischen Behandlungsnotwendigkeiten beeinflussen. So könnten durch Absprachen zwischen Ärzten über die Überweisung von Patienten zur Mitbehandlung gerade im fachärztlichen Bereich Fallzahlen vermehrt werden, ohne dass sich der Behandlungsaufwand gegenüber dem einzelnen Patienten verändere. Die streitbefangene Mengenzuwachsbegrenzung verstoße schließlich auch nicht gegen das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Denn die seit dem 01. April 2000 in § 9 HVM normierte Steigerungsmöglichkeit der Fallzahlen und der Leistungsmenge um jeweils 5 % im Vergleich zum Vorjahresquartal ermögliche es auch kleineren Praxen den durchschnittlichen Umsatz schneller zu erreichen als es die Regelungen des HVM der Beklagten in der Fassung bis zum 31. März 2000 vorsahen.

Gegen das ihr am 14. Oktober 2002 zugestellte Urteil richtet sich die am 12. November 2002 eingelegte Berufung der Klägerin. Zur Begründung dieser Berufung trägt sie vor, dass das Sozialgericht Potsdam verkannt habe, dass nach der von ihm zitierten Praxisbudgetvereinbarung einer Fallzahlentwicklung ausschließlich immer dann entgegenzuwirken sei, wenn sie nicht medizinisch begründet sei. Gerade in ihrem Falle seien die Fallzahlentwicklungen aber medizinisch begründet. Sie dürfe deshalb nicht einer Mengenbegrenzungsregelung unterworfen werden. Im Land Brandenburg gebe es nur sechs ermächtigte Strahlentherapie-Einrichtungen. Die Kapazität dieser Strahlentherapie-Einrichtungen sei weitgehend ausgelastet. Nach Erhebungen würden ca. noch 4.500 Patienten aus Brandenburg immer noch in Berlin strahlentherapeutisch behandelt. Es werde also auch in den kommenden Abrechnungszeiträumen mit einem weiteren Anstieg der Behandlungen von Brandenburger Patienten in Brandenburger Einrichtungen zu rechnen sein. Aus medizinisch begründeten Erwägungen sei daher mit einer Zunahme von strahlentherapeutischen Leistungen zu rechnen. Es sei deshalb rechtswidrig, dass sie auf eine 5 %-ige Fallzahlsteigerung verwiesen werde. Selbst wenn allen sechs strahlentherapeutischen Einrichtungen des Landes eine 5 %-ige Fallzahlsteigerung zugewilligt würde, reiche dies für den medizinisch dringend notwendigen Bedarf an strahlentherapeutischen Leistungen nicht aus. Das Sozialgericht gehe auch fehl, wenn es meine, dass die Leistungsmenge von den Leistungserbringern reduziert werden könne. Dies sei nur möglich, indem Patienten nicht behandelt würden. Jedenfalls dürfte es ihr nicht zumutbar sein, Patienten unentgeltlich zu behandeln.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 14. August 2002 aufzuheben, die Honorarbescheide der Beklagten vom 03. November 2000 für das Quartal II/2000 und vom 31. Januar 2001 für das Quartal III/2000 jeweils in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 05. November 2001 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, sie hinsichtlich ihrer Honoraransprüche für diese Quartale unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden,

hilfsweise,

die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angegriffene Urteil für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen, den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, die dem Senat vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Klägerin ist durch die von ihr angefochtenen Honorarbescheide für die Quartale II/2000 und III/2000 nicht in rechtswidriger Weise beschwert.

Rechtsgrundlage für den Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Zahlung vertragsärztlichen Honorars ist [§ 85 Abs. 4 Satz 1 bis 3 SGB V](#) in der Fassung des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV - Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. Dezember 1999 ([BGBl. 1999, S. 2626](#)). Danach steht den an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung beteiligten Ärzten ein Anspruch auf Teilhabe an den von den Krankenkassen errechneten Gesamtvergütungen entsprechend der Art und dem Umfang der von ihnen erbrachten - abrechnungsfähigen - Leistungen nach Maßgabe der Verteilungsregelungen im HVM zu. Die Bestimmungen des HVM hat die Beklagte in den hier angefochtenen Honorarbescheiden richtig umgesetzt. Dies wird auch von der Klägerin nicht beanstandet. Sie wendet sich ausschließlich gegen die Anwendung der Mengenzuwachsbegrenzungsregelung des § 9 HVM.

Diese Mengenzuwachsbegrenzung im HVM der Beklagten und deren Umsetzung sind indes nicht zu beanstanden. Die Beklagte war befugt, eine Mengenzuwachsbegrenzungsregelung zu normieren. Rechtsgrundlage für diese Regelung zur Honorarbegrenzung durch individuelle Leistungsbudgets ist § 85 Abs. 4 Satz 1 bis 3 SGB (i. d. F. des GKV - Gesundheitsreformgesetzes 2000). Das Bundessozialgericht (BSG) hat wiederholt die Bildung individueller Budgets in einem HVM durch Begrenzung des gesamten je Arzt abrechenbaren Punktzahlvolumens gebilligt (zuletzt: BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr. 18](#)). Die Budgets können sowohl nach Abrechnungswerten des Fachgruppenschnitts als auch nach eigenen Abrechnungsergebnissen des jeweiligen Arztes in vergangenen Zeiträumen bemessen werden; auch eine Kombination dieser Begrenzungsprinzipien ist möglich. Allerdings sind bei der Ausgestaltung der individuellen Budgets bestimmte Anforderungen zu beachten. Insbesondere muss jeder Arzt die Möglichkeit haben, durch Erhöhung der Zahl der zu behandelnden Patienten den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erreichen. Deshalb sind Ausnahmeregelungen für unterdurchschnittlich abrechnende Praxen, insbesondere Praxen in der Aufbauphase, erforderlich. Zudem muss in einem HVM, der individuelle Budgets verschreibt, eine allgemeine

Härteklauseel enthalten sein, die es erlaubt, in besonderen Fällen Ausnahmen von einer Fallwert- und/oder Fallzahlbegrenzung zu bewilligen (BSG a. a. O.).

An diesen Grundsätzen gemessen erweisen sich die von der Klägerin beanstandeten und hier entscheidungserheblichen Regelungen im HVM der Beklagten als rechtmäßig. Der Senat kann hier offen lassen, ob die Rechtsprechung des BSG, nach der unterdurchschnittlich abrechenbare Praxen, insbesondere Praxen in der Aufbauphase, d. h. wenigstens in den ersten drei Jahren seit Aufnahme der Tätigkeit (BSG a. a. O.), von Mengenzuwachsbegrenzungsregelungen ausgenommen werden müssen, auf den vorliegenden Fall angewendet werden muss. Denn Hintergrund dieser Rechtsprechung ist es, Praxen die erst seit kurzer Zeit an der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmen, in einem überschaubaren Zeitrahmen ein dauerhaftes wirtschaftliches Überleben zu ermöglichen. Im vorliegenden Fall ist der Zulassungsstatus der Klägerin aber nicht auf eine solche dauerhafte Teilnahme an der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet. Die Klägerin nimmt lediglich im Rahmen einer Ermächtigung an der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung teil. Diese Ermächtigung ist der Klägerin erteilt worden, um eine "bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung" abzuwenden (§ 31 Abs. 1 a der Ärzte-Zulassungsverordnung [Ärzte-ZV]). Die Ermächtigung wird deshalb grundsätzlich befristet bis zur Behebung dieser Ausnahmesituation erteilt (vgl. § 31 a Abs. 3 in Verbindung mit § 31 Abs. 7 Ärzte-ZV). Dementsprechend sind der Klägerin nur jeweils befristete Ermächtigungen erteilt worden. Aufgrund dieser Sondersituation bedarf der ermächtigte Arzt nicht der besonderen Rücksichtnahme, die ein zugelassener Arzt für die ersten Jahre des Aufbaus seiner Praxis benötigt.

Jedenfalls aber war die Klägerin in den hier für die Begrenzung nach § 9 HVM allein maßgeblichen Quartalen II/2000 und III/2000 bereits seit fast 10 Jahren zur Erbringung strahlentherapeutischer Leistungen ermächtigt. Anhaltspunkte dafür, dass die Klägerin nach diesen Jahren immer noch unterdurchschnittliche Fallzahlen aufweist und vom Umsatz her unterdurchschnittlich abrechnet, wurden weder von ihr vorgetragen noch ist dies nach Aktenlage ersichtlich. Im Hinblick auf die Honorarvergütung der Klägerin für das Quartal II/2000 in Höhe von 179.192,59 DM (bei einem beteiligten Arzt) und einer Honorarvergütung für das Quartal III/2000 in Höhe von 215.916,76 DM (bei wiederum einem beteiligten Arzt) ist allein vom Umsatz her eine unterdurchschnittliche Tätigkeit nicht erkennbar.

Schließlich enthielt der HVM der Beklagten hinsichtlich der Mengenzuwachsbegrenzungsregelung in § 9 Abs. 6 die erforderliche allgemeine Härteklauseel, welche es ermöglichte, in besonderen Fällen Ausnahmen von der Honorarbegrenzung zu bewilligen. Indes lagen die Voraussetzungen dieser Härtefallregelung hier nicht vor.

Soweit die Klägerin meint, sie müsse von der Mengenzuwachsbegrenzung ausgenommen werden, weil sie ausschließlich Leistungen auf Überweisung erbringt, kann dem nicht gefolgt werden. Leistungen, die ausschließlich auf Überweisung von einem Arzt erbracht werden, von Mengenzuwachsbegrenzungsregelungen auszunehmen, ist weder rechtlich geboten noch praktisch durchsetzbar (Urteil des BSG vom 03. März 1999 – [B 6 KA 56/97 R](#), zitiert nach Juris). Andernfalls bestünde wegen der Anreizwirkung, in Absprache mit anderen Ärzten bestimmte kostenintensive Leistungen möglichst nur auf Überweisung zu erbringen, unter Geltung einer begrenzten Gesamtvergütung die konkrete Gefahr der massiven Entwertung des Punktwertes für alle nicht auf Überweisung erbrachten Leistungen. Das könnte dazu führen, insbesondere die hausärztliche Grundversorgung der Versicherten zu gefährden (BSG, a. a. O.).

Soweit die Klägerin einwendet, dass die Mengenzuwachsbegrenzung eine ungerechtfertigte Reduzierung der zu vergütenden Punkte bewirke, ist diesem Vorbringen nicht zu folgen. Durch die Mengenzuwachsbegrenzung wird lediglich nominell die Punktzahl verringert, damit für die so verminderte Punktzahl ein bestimmter Punktwert gesichert ist. Damit soll dem Vertragsarzt durch stabilisierte Punktwerte eine ausreichende Kalkulation seiner Praxiseinnahmen vor Leistungserbringung ermöglicht werden (Mitteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, DÄBl. 1994, S. A-860). Für das sich letztlich ergebende Honorarvolumen bleibt es im Übrigen gleich, ob einer größeren Punktzahl ein entsprechend verminderter Punktwert oder – nach der Mengenzuwachsbegrenzung – einer geringen Punktzahl ein entsprechend höherer Punktwert zugeordnet wird. Dagegen kann auch nicht mit Erfolg eingewandt werden, letztlich bleibe ein Teil der durch ärztliche Tätigkeit erarbeiteten Punkte unvergütet. Die Einführung von Honorarobergrenzen bedeutet nicht, dass für einzelne Leistungen oder Teile von ihnen keine Vergütung gewährt werde. Vielmehr wird lediglich das Ausmaß der Vergütungen insgesamt der Höhe nach begrenzt, sodass das auf die einzelne Leistung entfallene Honorar entsprechend der Größenanzahl erbrachter Leistung sinkt (BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr. 5](#)).

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#) in der bis zum 2. 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

2007-01-16