

L 7 KA 14/02*25

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

7
1. Instanz
SG Potsdam (BRB)

Aktenzeichen
S 1 KA 144/00

Datum
13.03.2002

2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen

L 7 KA 14/02*25
Datum

13.09.2006

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 13. März 2002 wird zurückgewiesen. Die Klägerin hat der Beklagten deren notwendige außergerichtliche Kosten für das gesamte Verfahren zu erstatten. Im Übrigen findet eine Kostenerstattung nicht statt. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt eine höhere Vergütung für die von ihr erbrachten vertragsärztlichen Leistungen aus den Quartalen II bis IV/1999.

Die Klägerin ist seit dem 01. Oktober 1997 als hausärztliche Internistin mit Praxissitz in L zur vertragsärztlichen Versorgung im Bezirk der Beklagten zugelassen. Sie erbringt nach eigenen Angaben neben der hausärztlichen Versorgung schwerpunktmäßig gastroenterologische Leistungen.

Im Quartal II/1999 forderte sie für praxisbudgetierte Leistungen 1.156.740 Punkte und für zusatzbudgetierte Leistungen 169.450 Punkte an. Für nicht budgetierte Leistungen belief sich die Punkteanforderung auf 562.869; hierdurch betrug der Anteil der nichtbudgetierten Leistungen am Gesamtleistungsvolumen 29,80 %. Das vertragsärztliche Honorar für dieses Quartal belief sich unter Einschluss von Nachvergütungen auf insgesamt 120.888,07 DM bei einer Fallzahl von 1.503 und einem Fallwert von 80,43 DM. Im selben Quartal erzielte die Fachgruppe der hausärztlichen Internisten durchschnittlich ein Honorar von 79.780,26 DM bei einer Fallzahl von 957 und einem Fallwert von 83,36 DM, die Fachgruppe der Allgemeinmediziner durchschnittlich ein Honorar von 70.241,68 DM bei einer Fallzahl von 921 und einem Fallwert von 76,27 DM.

Für das Quartal III/1999 forderte die Klägerin 1.132.415 Punkte für praxisbudgetierte Leistungen, 146.010 Punkte für zusatzbudgetierte Leistungen und 445.162 Punkte für nichtbudgetierte Leistungen an. Der Anteil der nichtbudgetierten Leistungen am Gesamtleistungsvolumen belief sich in diesem Quartal auf 25,83 %. Das der Klägerin gewährte vertragsärztliche Honorar erreichte unter Berücksichtigung von Nachvergütungen insgesamt 114.441,05 DM bei einer Fallzahl von 1.423 und einem durchschnittlichen Fallwert von 80,42 DM. Im selben Quartal erzielte die Fachgruppe der hausärztlichen Internisten durchschnittlich ein Honorar von 78.115,85 DM bei einer durchschnittlichen Fallzahl von 946 und einem durchschnittlichen Fallwert von 82,57 DM. Die Fachgruppe der niedergelassenen Allgemeinmediziner erzielte im selben Quartal ein Honorar von durchschnittlich 70.996, 63 DM bei einer Fallzahl von 945 und einem durchschnittlichen Fallwert von 75,13.

Im Quartal IV/1999 forderte die Klägerin für praxisbudgetierte Leistungen 1.219.830 Punkte, für zusatzbudgetierte Leistungen 176.650 Punkte und für nichtbudgetierte Leistungen 576.105 Punkte an. Der Anteil der nichtbudgetierten Leistungen am Gesamtleistungsvolumen belief sich auf 29,21 %. Für dieses Quartal erhielt die Klägerin ein Gesamthonorar unter Berücksichtigung von Nachvergütungen in Höhe von 141.427,62 DM bei einer Fallzahl von 1.579 und einem Fallwert von durchschnittlich 89,57 DM. Im selben Quartal erzielte die Fachgruppe der hausärztlichen Internisten durchschnittlich ein Honorar von 87.480, 36 DM bei einer Fallzahl von 1.002 und einem Fallwert von 87,31 DM. Die Fachgruppe der Allgemeinmediziner erzielte durchschnittlich ein Honorar von 74.284,38 DM bei einer Fallzahl von 959 und einem Fallwert von 77,46 DM.

Gegen die die vorgenannten Quartale betreffenden Honorarbescheide legte die Klägerin jeweils Widerspruch ein, u. a. mit der Begründung, für die gastroenterologischen Leistungen, die in den nichtbudgetierten Bereich fielen, seien die Punktwerte zu niedrig bemessen worden. Die Beklagte wies die Widersprüche jeweils zurück, und zwar hinsichtlich des Bescheides vom 04. November 1999 (Quartal II/1999) durch Widerspruchsbescheid vom 07. Juli 2000, hinsichtlich des Bescheides vom 07. Februar 2000 (Quartal III/1999) durch Widerspruchsbescheid

vom 09. Februar 2001 und hinsichtlich des Bescheides vom 04. Mai 2000 (Quartal IV/1999) durch Widerspruchsbescheid vom 01. August 2001.

Die hiergegen fristgemäß erhobenen Klagen hat das Sozialgericht Potsdam zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden und mit Urteil vom 13. März 2002 abgewiesen: Es sei rechtlich nicht zu beanstanden, dass die gastroenterologischen Leistungen als nicht praxisbudgetierte Leistungen nur mit einem Punktwert von 4 Pfennigen vergütet würden. Dies sei auf die Bildung unterschiedlicher Honorarfonds zurückzuführen, die nicht zu beanstanden sei. Ein Anspruch auf höhere und kostendeckende Vergütung der gastroenterologischen Leistungen bestehe nicht, vielmehr müsse die Klägerin insgesamt eine Mischkalkulation vornehmen und dabei berücksichtigen, dass die praxisbudgetierten Leistungen höher vergütet würden.

Gegen dieses ihr am 14. Mai 2002 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 12. Juni 2002 Berufung zum Landessozialgericht eingelegt. Sie macht geltend, der in Ansatz gebrachte Punktwert für die gastroenterologischen Leistungen sei wesentlich zu niedrig. Die Bildung der Honorarfonds durch die Beklagte in ihrem Honorarverteilungsmaßstab (HVM) sei nicht sachgerecht erfolgt. Es sei vor diesem Hintergrund nicht zu rechtfertigen, gerade die hochspezialisierten und kostenintensiven gastroenterologischen Leistungen mit einem besonders niedrigen Punktwert zu vergüten. Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 13. März 2002 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Honorarbescheides vom 04. November 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07. Juli 2000, des Honorarbescheides vom 07. Februar 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09. Februar 2001 und des Honorarbescheides vom 04. Mai 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01. August 2001 zu verpflichten, die Vergütungsansprüche der Klägerin für die Quartale II/1999, III/1999 und IV/1999 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Die Bildung der Honorarfonds sei sachlich gerechtfertigt. Die Gesamtheit der Regelungen des HVM habe die gewünschte Wirkung erzielt und die Vergütung der vertragsärztlichen Tätigkeit für ihren Kernbereich, nämlich die hausärztliche Versorgung der Patienten, kalkulierbar gemacht. Eine isolierte Betrachtung einzelner Punktwerte sei unzulässig, es müsse vielmehr das Gesamthonorar betrachtet werden.

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

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin ist nicht begründet. Zu Recht hat das Sozialgericht die Klagen abgewiesen. Die angefochtenen Honorarbescheide für die Quartale II bis IV/1999 sind rechtmäßig.

Rechtsgrundlage für Honorarverteilungsregelungen ist § 85 Abs. 4 Satz 1 bis 3 Sozialgesetzbuch/Fünftes Buch (SGB V) in der bis zum 31. Dezember 1999 geltenden Fassung des Gesundheitsreformgesetzes vom 20. Dezember 1988 ([BGBl. I 2477](#)). Danach steht jedem Vertragsarzt ein Anspruch auf Teilhabe an den von den Krankenkassen entrichteten Gesamtvergütungen entsprechend der Art und dem Umfang der von ihm erbrachten - abrechnungsfähigen - Leistungen nach Maßgabe der Verteilungsregelungen im HVM zu. Dabei gestattet [§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V](#) in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGB I. I 2266) eine "nach Arztgruppen unterschiedliche" Honorarverteilung. Dementsprechend war es grundsätzlich zulässig, im HVM gesonderte Honorartöpfe für die verschiedenen Fachgruppen zu bilden, um Vorsorge dagegen zu treffen, dass durch eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Fachgruppen das Honorargefüge ungerechtfertigt zu Gunsten einzelner und zum Nachteil anderer Arztgruppen verändert wurde. Die Beklagte hat von dieser Gestaltungsmöglichkeit Gebrauch gemacht und in § 4 HVM die Einrichtung eines zentralen Honorarfonds sowie spezielle Fachgruppenhonorarfonds, u. a. getrennt für die Fachgruppe der hausärztlichen und fachärztlichen Internisten bestimmt. Nach den dargestellten Regelungen wurden die praxisbudgetierten Leistungen unter Berücksichtigung von Mengenbegrenzungs- und Interventionsregelungen mit einem festen Punktwert von 7,49 DPf. vergütet. Nicht praxisbudgetierte, wie die hier streitbefangenen gastroenterologischen Leistungen wurden mit dem Punktwert vergütet, der sich aus dem Verhältnis des zur Vergütung stehenden Honorarfonds der jeweiligen Fachgruppe nach Vergütung der Leistungen nicht praxisbudgetierter Teilnehmer und der budgetierten Leistungen zu den anerkannten Punkten dieser Fachgruppe unter Berücksichtigung der Mengenbegrenzungs- und Interventionsregelungen errechnet. Unterschritt der Punktwert für nicht praxisbudgetierte Leistungen in einzelnen Fachgruppenhonorarfonds den Wert von 4,0 DPf., wurde der anerkannte Leistungsbedarf für nicht praxisbudgetierte Leistungen quotiert, so dass ein Punktwert von 4,0 DPf. nicht unterschritten wurde.

Diese Regelung hat die Beklagte im vorliegenden Fall angewandt und richtig umgesetzt. Danach ergab sich für die gastroenterologischen Leistungen der Klägerin im Quartal II/1999 im Primärkassenbereich ein Punktwert von 4,0 DPf. bei einer Quotierung des angeforderten Leistungsbedarf auf 97,5 % und im Ersatzkassenbereich ein Punktwert von 7,47 DPf., ohne dass es zu einer Quotierung kam. Im Quartal III/1999 ergab sich im Primärkassenbereich ebenfalls ein Punktwert von 4,0 DPf. ohne Quotierung. Im Ersatzkassenbereich ergab sich ein Punktwert von 8,10 DPf. ohne Quotierung. Im Quartal IV/1999 ergab sich im Primärkassenbereich ebenfalls ein Punktwert von 4,0 DPf. ohne Quotierung. Im Ersatzkassenbereich ergab sich ein Punktwert von 9,20 DPf. ohne Quotierung.

Die Klägerin kann hinsichtlich dieser gastroenterologischen Leistungen kein höheres Honorar beanspruchen. Ein solcher Anspruch ist zunächst nicht unter dem Gesichtspunkt der Versorgungsgefährdung gegeben. Der Schutz des [Art. 12 Abs. 1](#) des Grundgesetzes (GG) umfasst grundsätzlich den Anspruch des Arztes auf Honorierung seiner vertragsärztlichen Tätigkeit. Dieser Schutz kann jedoch gemäß [Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG](#) aufgrund gesetzlicher Grundlage eingeschränkt werden, wie das hier durch die Regelung des [§ 72 Abs. 2](#) und des [§ 85 Abs. 3 SGB V](#) erfolgt ist. Diese Bestimmungen normieren 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 haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassenverbände zu beachten, wenn sie gemäß [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) die weiteren Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung treffen. Dabei haben sie zwei Ziele zu realisieren. Sie müssen zum Einen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleisten und zum Anderen für eine angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen Sorge tragen. Die unter Umständen bestehende Schwierigkeit, im Rahmen des begrenzten Gesamtvergütungsvolumens diesen beiden Zielen in gleichem Umfang gerecht zu werden, können es notwendig machen, diese in einen verhältnismäßigen Ausgleich zueinander zu bringen. Hierfür hat der Gesetzgeber des SGB V ineinander greifende Zuständigkeiten verschiedener Institutionen vorgesehen. Danach ist die Festlegung der Angemessenheit einer Vergütung vorrangig den Kompetenzen von Bewertungsausschuss, Gesamtvertragsparteien und Kassenärztlichen Vereinigungen überantwortet (BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#) und Urteil des BSG vom 20. Oktober 2004 – [B 6 KA 31/03 R](#) –, zitiert nach Juris, m. w. Nachw.).

Der danach erforderliche Ausgleich zwischen dem Ziel der Gewährleistung der angemessener Vergütungen und dem besonders hochrangigen Ziel der Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Versorgung ist nach ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung erst dann nicht mehr verhältnismäßig (mit der Folge eines Anspruch der Ärzte auf höheres Honorar bzw. eine Honorarunterstützung unter dem Gesichtspunkt angemessener Vergütung), wenn in einem – fachlichen und/oder örtlichen – Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und dadurch in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist (BSG, a. a. O.). Greifbare Anhaltspunkte dafür, dass die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung Bereich der Gastroenterologie 1999 im Zuständigkeitsbereich der Beklagten gefährdet war, bestehen nicht. Weder hat sich feststellen lassen, dass eine ökonomisch geführte entsprechende Praxis im Bereich der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung insolvent geworden wäre, noch ergibt sich das aus der Einkommenssituation der hausärztlichen Internisten. Die Klägerin hat im Quartal II/1999 ein Honorar von 120.888,07 DM (1.503 Behandlungsfälle, durchschnittlicher Fallwert 80,43 DM) erzielt. Im selben Quartal erreichte die Fachgruppe der hausärztlichen Internisten durchschnittlich ein Honorar von 79.780,26 DM bei einer Fallzahl von 957 und einem Fallwert von 83,36 DM, die Fachgruppe der Allgemeinmediziner ein Honorar von 70.241,68 DM bei einer Fallzahl von 921 und einem Fallwert von 76,27 DM. Im Quartal III/1999 hat die Klägerin ein Honorar von 114.441,05 DM (1.423 Behandlungsfälle, durchschnittlicher Fallwert 80,42 DM) erzielt. In diesem Quartal erreichte die Fachgruppe der hausärztlichen Internisten durchschnittlich ein Honorar von 78.115,85 DM bei einer Fallzahl von 946 und einem Fallwert von 82,57 DM, die Fachgruppe der Allgemeinmediziner ein Honorar von 70.996,63 DM bei einer Fallzahl von 945 und einem Fallwert von 75,13 DM. Im Quartal IV/1999 hat die Klägerin ein Honorar in Höhe von 141.427,62 DM (1.579 Behandlungsfälle, durchschnittlicher Fallwert 89,57 DM) erzielt. In diesem Quartal erreichte die Vergleichsgruppe der hausärztlichen Internisten durchschnittlich ein Honorar von 87.480,36 DM bei einer Fallzahl von 1.002 und einem Fallwert von 87,31 DM, die Fachgruppe der Allgemeinmediziner ein Honorar von 74.284,38 DM bei einer Fallzahl von 959 und einem Fallwert von 77,46 DM.

Die vorstehenden Zahlen dokumentieren, dass die Klägerin in allen hier streitbefangenen Quartalen ein weitaus höheres Honorar erzielt hat als es dem Durchschnitt der beiden Vergleichsgruppen entsprach. Auch wenn die Fallwerte der Klägerin in den Quartalen II/99 und III/1999 geringfügig unter denen der Fachgruppe der hausärztlichen Internisten lag, so konnte die Klägerin dies durch weitaus höhere Fallzahlen mehr als ausgleichen.

Ein Anspruch auf ein höheres Honorar ergibt sich auch nicht unter dem Gesichtspunkt, dass der Punktwert für die hier streitbefangenen nicht budgetierten Leistungen von dem Punktwert anderer Leistungen zu stark abgewichen ist. Nach der Rechtsprechung obliegt der Beklagten eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht hinsichtlich der Punktwertentwicklung der einzelnen Arztgruppen. Danach ist die Beklagte zu regelmäßiger Überprüfung der Honorar- und Punktwertentwicklung verpflichtet. Sie muss im Falle eines gravierenden Punktwertabfalls in bestimmten Bereichen unter Umständen stützend eingreifen. Voraussetzung einer solchen Reaktionspflicht ist, dass ein dauerhafter Punktwertabfall vorliegt und die Arztgruppe in einem vom Umsatz her wesentlichen Leistungsbereich betroffen sein muss, dass die zum Punktwertverfall führende Mengenausweitung nicht von der betroffenen Arztgruppe mit zu verantworten ist sowie dass der Honorarrückgang nicht durch Rationalisierungseffekte aufgrund von Mengensteigerungen und/oder beim Kostenfaktor kompensiert wird. Ein gravierender Punktwertverfall sei erst dann anzunehmen, wenn der Punktwert für die aus dem Honorarstopf vergüteten Leistungen mindestens 15% unter demjenigen für den größten Teil der sonstigen Leistungen liege (BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#) m. w. Nachw.).

Die Anwendung dieser Grundsätze vermag für die Klägerin keinen Anspruch auf ein höheres Honorar zu begründen. Ein Absenken des Grundwertes auf 15% unter demjenigen für den größten Teil der sonstigen Leistungen kann nicht festgestellt werden, denn dieses Kriterium passt nicht auf Honorarverteilungsregelungen der hier zu beurteilenden Art. Wenn wie in den vorliegenden maßgebenden HVM zahlreiche Honorarkontingente geschaffen worden sind, die alle Fachgruppen und alle Leistungen abdecken, so gibt es keinen "Restbereich sonstiger Leistungen" mehr, dessen Punktwert als Vergleichsbasis herangezogen werden könnte (BSG, a. a. O.).

Soweit die Klägerin schließlich vorträgt, dass gastroenterologische Leistungen mit einem Punktwert von 3,2 DPF. nicht kostendeckend erbracht werden könnten, weil hierfür mindestens ein Punktwert von 8,0 DPF. erforderlich sei, jedenfalls aber mit einer Vergütung von 3,2 DPF. für gastroenterologische Leistungen die Regelungssystematik des EBM ad absurdum geführt werde, da entgegen dieser Systematik diese hochspezialisierten und kostenintensiven Leistungen nicht nur nicht höher als die sonstigen Leistungen vergütet würden, sondern sogar niedriger, kann der Senat offen lassen, ob diese Bewertung zutreffend ist. Denn jedenfalls hat ein Vertragsarzt keinen Anspruch auf eine höhere Vergütung für einen Teilbereich seines Leistungsspektrums. Das BSG hat wiederholt entschieden, dass dem Zuschnitt der vertragsärztlichen Vergütung insgesamt eine "Mischkalkulation" zugrunde liegt. Dies bedeutet, dass es durchaus Leistungen geben kann, bei denen selbst für eine kostengünstig organisierte Praxis kein Gewinn zu erzielen ist. Entscheidend ist nämlich, dass der Vertragsarzt insgesamt Anspruch auf eine leistungsgerechte Teilhabe an der Gesamtvergütung hat, die in aller Regel dazu führt, dass das aus der vertragsärztlichen Tätigkeit erzielbare Einkommen den Ärzten hinreichenden Anlass zur Mitwirkung an der vertragsärztlichen Versorgung bietet (BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 29](#)). Dies ist aber nach der oben dargestellten Einkommenssituation der Klägerin in den hier streitbefangenen Quartalen der Fall, zumal der Anteil der budgetierten Leistungen am Gesamtleistungsvolumen im Falle der Klägerin für die Quartale II und IV/1999 unter 30 % und für das Quartal III/1999 sogar unter 26 % lag.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) in der bis zum 01. Januar 2002 geltenden Fassung.

Die Revision ist nicht zugelassen worden, weil die dafür erforderlichen Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 Nr. n.](#) 1 und [2 SGG](#) nicht vorlagen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2007-01-25