

L 24 KA 42/11

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
24

1. Instanz
SG Potsdam (BRB)

Aktenzeichen
S 1 KA 193/06

Datum
12.01.2011

2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen
L 24 KA 42/11

Datum
17.04.2012

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie
Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 12. Januar 2011 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 5.000,- EUR festgesetzt.

Gründe:

I.

Streitig ist eine höhere Vergütung des Klägers aus vertragsärztlicher Tätigkeit für das Quartal II/2005.

Der Kläger ist seit 1. Juni 1997 als Facharzt für Innere Medizin in F zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Grundlage der Honorarverteilung für das Quartal II/2005 war der Honorarverteilungsvertrag (HVV) der Beklagten und der Krankenkassen vom 19. Mai 2005, gültig ab 1. April 2005, modifiziert durch den Beschluss der Vertreterversammlung vom 17. Februar 2006 und die Richtlinie zur Auslegung des HVV (RiLHVV) vom 22. Juni 2005, gültig ab 1. April 2005. Nach der Anlage 1 zum HVV war der Kläger der Arztgruppe "Fachärzte für Innere Medizin (fachärztlich)" zugeordnet. Die durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe betrug 1.100 und die Grenzfallpunktzahl (GFPZ) 1.320.

Mit Honorarbescheid vom 27. Oktober 2005 bewilligte die Beklagte dem Kläger, der für 1.410 HVV-relevante Behandlungsfälle 976.474,2 Punkte im Primärkassenbereich und 606.718,4 Punkte im Ersatzkassenbereich angefordert hatte, ein Gesamthonorar vor Abzug von Berichtigungen, Praxisgebühr und Verwaltungskosten i.H.v. 57.982,90 EUR für das Quartal II/2005. Der praxisindividuelle Korrekturfaktor (KF) zur Berechnung des Regelleistungsvolumens (RLV) betrug 1,5. Wegen der Einzelheiten wird auf den Honorarbescheid nebst Anlagen Bezug genommen. Mit seinem Widerspruch machte der Kläger eine Existenzgefährdung aufgrund des ab 1. April 2005 geltenden HVV geltend. Die Absenkung der GFPZ sei im Vergleich zu anderen Arztgruppen nicht gerechtfertigt. Im Übrigen lägen Praxisbesonderheiten vor. Mit dem Honorarbescheid für das Quartal III/2005 vom 26. Januar 2006 erfolgte aufgrund eines Beschlusses der Vertreterversammlung der Beklagten vom 17. Februar 2006 eine Nachvergütung für das Quartal II/2005 iHv 2.083,93 EUR.

Mit Widerspruchsbescheid vom 5. September 2006 wies die Beklagte den Widerspruch gegen den Bescheid vom 27. Oktober 2005 zurück. Die Regelungen des HVV seien zutreffend angewandt worden. Eine Erhöhung des KF bzw. der GFPZ wegen der Überschreitung des RLV um mindestens 15 % kämen nach den RiLHVV nicht in Betracht. Die Auszahlungspunktwerte hätten sich innerhalb des RLV beanstandungsfrei auf 4,10 Cent im Primärkassenbereich und 4,27 Cent im Ersatzkassenbereich belaufen. Das Restpunktzahlvolumen sei entsprechend der Regelungen des HVV i.H.v. 0,42 Cent (Primärkassen) bzw. 0,41 Cent (Ersatzkassen) vergütet worden.

Das Sozialgericht (SG) Potsdam hat die auf Änderung des Bescheides vom 27. Oktober 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. September 2006 und Verpflichtung der Beklagten zur Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts gerichtete Klage mit Urteil vom 12. Januar 2011 abgewiesen. Zur Begründung ist ausgeführt: Die Klage sei nicht begründet. Der angegriffene Honorarbescheid sei rechtmäßig. Der von der Beklagten angewandte HVV verstoße nicht gegen höherrangiges Recht und stehe insbesondere im Einklang mit § 85 Abs. 4 Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) in der hier anwendbaren, seit 1. Januar 2004 geltenden Fassung des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14. November 2003 ([BGBl I 2190](#)) sowie den nach [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) vom Bewertungsausschuss in seinem Beschluss vom 29. Oktober 2004 (BRLV) aufgestellten Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen. Demgemäß sei die Beklagte zutreffend vom neuen Basiszeitraum (IV/2003 bis III/2004) für die Bestimmung der

durchschnittlichen Fallzahl (1.100) und der GFPZ (1.320) ausgegangen. Die kassenartenspezifischen Regelleistungsvolumina habe die Beklagte entsprechend den Regelungen des HVV berechnet, die die Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) umsetzten. Der KF ermögliche schließlich eine individuelle leistungsgerechte Vergütung. Dabei liege der vorliegend angesetzte KF unter dem realen KF des Klägers von 1,28. Das Restpunktzahlvolumen sei abgestaffelt berücksichtigt worden. Das durchschnittliche Honorar der Arztgruppe des Klägers habe im streitigen Quartal 52.906,- EUR betragen. Unter Berücksichtigung der tatsächlichen durchschnittlichen Fallzahl von 1.092 habe sich damit ein Fallwert von 48,61 EUR ergeben. Dem Kläger sei einschließlich der Nachvergütung ein Bruttohonorar i.H.v. 60.066,83 EUR gewährt worden, woraus sich bei einer Fallzahl von 1.410 ein Fallwert von 42,60 EUR errechne. Ein Härtefall liege danach nicht vor. Eine Verpflichtung zur Zahlung eines festen Punktwertes i.H.v. 5,11 Cent habe nicht bestanden.

Mit der Berufung verfolgt der Kläger sein Begehren weiter. Er trägt vor: Die Absenkung der Grenzfallzahlen und der GFPZ hätten trotz eines gleich gebliebenen Leistungsspektrums zu einem Honorarverlust geführt, der gegen den Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung verstoße. Auf die Schriftsätze vom 7. Dezember 2011 und 8. April 2012 wird Bezug genommen.

Er beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 12. Januar 2011 aufzuheben und die Beklagte unter Änderung des Bescheides vom 27. Oktober 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. September 2006 zu verpflichten, seinen Vergütungsanspruch für das Quartal II/2005 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Wegen des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird auf deren vorbereitende Schriftsätze nebst Anlagen Bezug genommen.

Der Verwaltungsvorgang der Beklagten und die Gerichtsakte haben vorgelegen und sind Gegenstand der Beratung gewesen.

II.

Der Senat hat gemäß [§ 153 Abs. 4 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) die Berufung des Klägers durch Beschluss zurückweisen können, weil er dieses Rechtsmittel einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich gehalten hat. Die Beteiligten sind hierzu vorher gehört worden ([§ 153 Abs. 4 Satz 2 SGG](#)).

Die Berufung des Klägers, mit der er seine statthafte kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage in Gestalt einer Bescheidungsklage weiter verfolgt, ist nicht begründet. Die Beklagte hat die einschlägigen Bestimmungen des hier anwendbaren HVV vom 19. Mai 2005 nebst der hierzu ergangenen RiLVHV zutreffend angewandt. Diese verstoßen nicht gegen höherrangiges Recht.

Rechtsgrundlage für Honorarverteilungsbestimmungen ist [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) in der ab 1. Januar 2004 geltenden, hier anzuwendenden Fassung (im Folgenden ohne Zusatz zitiert). Danach verteilt die Kassenärztliche Vereinigung (KV) die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte; in der vertragsärztlichen Versorgung verteilt sie die Gesamtvergütung getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung ([§ 73 SGB V](#)). Sie wendet dabei ab dem 1. Juli 2004 den mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen erstmalig bis zum 30. April 2004 gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab an. Bei der Verteilung der Gesamtvergütung sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu Grunde zu legen; dabei ist jeweils für die von den Krankenkassen einer Kassenart gezahlten Vergütungsbeträge ein Punktwert in gleicher Höhe festzulegen. Im Verteilungsmaßstab sind u.a. Regelungen zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten. Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, dass die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden. Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes vorzusehen. Insbesondere sind arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina). Für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte ist vorzusehen, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird ([§ 85 Abs. 4 Sätze 1 bis 8 SGB V](#)). Der Bewertungsausschuss bestimmt Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen, insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung; er bestimmt ferner den Inhalt der nach [§ 85 Abs. 4 Satz 4](#), 6, 7 und 8 SGB V zu treffenden Regelungen (vgl. [§ 85 Abs. 4a SGB V](#)). Die vom Bewertungsausschuss getroffenen Regelungen sind Bestandteil der Honorarverteilungsvereinbarungen.

Die KVen und die seit 1. Juli 2004 als Vertragspartner beteiligten Krankenkassen haben bei der Ausformung des Honorarverteilungsmaßstabs einen Gestaltungsspielraum. Zu beachten sind dabei allerdings insbesondere das in [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) angesprochene Gebot leistungsproportionaler Verteilung des Honorars sowie der aus [Art. 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) herzuleitende Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit (vgl. st. Rspr. des BSG, [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#)). Das bedeutet indessen nicht, dass gleiche Leistungen stets gleich vergütet werden müssen. Beide Prinzipien stellen vielmehr nur Grundsätze dar, von denen aus sachlichem Grund abgewichen werden darf. Die Bildung von Honorarkontingenten für die einzelnen Arztgruppen ist daher rechtmäßig. Dabei können Arztgruppen, die gewisse Ähnlichkeiten aufweisen, getrennt geführt oder zu einer einheitlichen Gruppe zusammengefasst werden (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr. 40](#)). Die sachliche Rechtfertigung für die Bildung von Honorartöpfen folgt aus dem Bestreben, dass die in [§ 85 Abs. 3 bis 3e SGB V](#) normierten Obergrenzen für Erhöhungen der Gesamtvergütungen sich in den verschiedenen Arztgruppen bzw. Leistungsbereichen gleichmäßig auswirken und nicht die Anteile einzelner Arztgruppen an den Gesamtvergütungen verringert werden, weil andere Gruppen durch Mengenausweitungen ihre Anteile absichern oder sogar vergrößern. Dadurch werden die Punktwerte in den einzelnen Leistungsbereichen stabilisiert, sodass die Ärzte ihre vertragsärztlichen Einnahmen sicherer kalkulieren können. Der Zuordnung zu einem Honorarkontingent steht nicht entgegen, dass Leistungen betroffen sind, die überweisungsgebunden sind (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr. 24](#)). Ein Honorartopf kann auch Leistungen erfassen, die einer Mengenausweitung nicht zugänglich sind. Die Zuordnung zu einem

Honorarkontingent wird auch nicht ohne weiteres dadurch rechtswidrig, dass die Leistungsmengen erkennbar durch andere Ärzte und deren Überweisungsaufträge ausgeweitet werden und dadurch ein Punktwertverfall eintritt. Bei der Bildung von Honorarkontingenten kann grundsätzlich an die Verhältnisse in einem früheren Quartal angeknüpft werden (vgl. zum Ganzen BSG, Urteil vom 23. März 2011 – [B 6 KA 6/10](#) – juris – mit umfangreichen Nachweisen aus der Rspr. des BSG).

Für die Arztgruppe, der der Kläger im streitigen Quartal angehörte (Fachärzte für Innere Medizin – fachärztlich –; vgl. Anlage 1 zum HVV), galt gemäß § 10 Abs. 1 HVV ein fallzahlabhängiges RLV, innerhalb dessen feste Punktwerte (vgl. [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#)) vergütet wurden. Das kassenartenspezifische RLV errechnete sich aus der Multiplikation der kassenartenübergreifenden und arztgruppenspezifischen GFPZ (1.320) mit der kassenartenspezifischen Grenzfallzahl (530 bzw. 770) und dem individuellen Anteil an ambulant kurativen Behandlungsfällen einer Kassenart (60,50 bzw. 39,50) zur Gesamtfallzahl unter Berücksichtigung des praxisindividuellen KF nach § 10 Abs. 4 HVV, der sich bei dem Kläger vorliegend auf 1,5 beläuft (Verhältnis der individuellen Zahl der Behandlungsfälle gemäß § 10 Abs. 1 HVV – hier 1.410 – zur durchschnittlichen Fallzahl der entsprechenden Arztgruppe gemäß Anlage 1 im Basiszeitraum IV/2003 bis III/04 – hier 1.100 – = 1,28 – bei mehr als 25% = 1,5). Hieraus ergab sich das von der Beklagten zutreffend ermittelte RLV für den Primärkassenbereich von 636.240 Punkten (482 x 1.320) und für den Ersatzkassenbereich von 604.560 Punkten (458 x 860) bzw. ein individuelles Restpunktzahlvolumen für den Primärkassenbereich von 340.234,2 Punkten und für den Ersatzkassenbereich von 2.158,4 Punkten. Die dem RLV unterfallenden Leistungen des Klägers im Umfang von insgesamt 1.240.800 Punkten sind daher mit den festen Punktwerten nach § 7 Abs. 3 HVV vergütet worden (Primärkassenbereich 4,1 Cent, Ersatzkassenbereich mindestens 4,1 Cent, höchstens 4,5 Cent, ausgezahlt 4,27 Cent). Das Restpunktzahlvolumen ist beanstandungsfrei entsprechend den Regelungen des HVV (§ 13 Abs. 2 i.V.m. § 7 Abs. 3 bzw. § 8 Abs. 4) vergütet worden. Die Abstufung begegnet keinen Bedenken.

Die Absenkung der Grenzfallzahlen und der GFPZ erfolgte nicht willkürlich, sondern auf der Grundlage der im Basiszeitraum IV/2003 bis III/2004 tatsächlich abgerechneten Fallzahlen der Arztgruppe des Klägers bzw. den tatsächlich im selben Zeitraum angeforderten Leistungsbedarf dieser Arztgruppe. Eine Erhöhung der GFPZ nach Maßgabe der RiLHVV konnte nicht erfolgen, da die Voraussetzungen hierfür nicht vorlagen. Auf die zutreffende Begründung der Beklagten in dem angefochtenen Widerspruchsbescheid (Nrn. 2.3.1 und 2.3.2) wird insoweit Bezug genommen. Gleiches gilt für eine Anhebung des KF (Nrn. 2.1, 2.2 und 2.2.1 des Widerspruchsbescheids). Bei dem Kläger liegt auch kein Härtefall vor. Denn bei ihm ergab sich zwar ein Fallwert von 42,60 EUR, der unter dem durchschnittlichen Fallwert seiner Arztgruppe von 48,61 EUR liegt, was in der hohen Zahl von Behandlungsfällen begründet sein dürfte. Ein Verstoß gegen den Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars und der Honorarverteilungsgerechtigkeit lässt sich hieraus indes nicht ersehen, und zwar auch nicht auf der Grundlage der mit Schriftsatz vom 12. April 2012 geltend gemachten Praxisbesonderheiten.

Dem Kläger steht auch ein Anspruch auf Vergütung seiner Leistungen mit einem Punktwert von 5,11 Cent nicht zu. Es handelt sich um einen kalkulatorischen Wert im Rahmen der Erstellung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen 2005. Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 13. Mai 2004 in Teil B (Amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 101, Heft 38, 17. September 2004), in dem ein Punktwert von 5,11 Cent vorgesehen war, wird nach Teil I BRLV ab dem 1. Januar 2005 nicht angewendet. Sonstige Rechtsgrundlagen für eine Vergütung zu einem festen Punktwert von 5,11 Cent bestehen in dem hier betroffenen Leistungsbereich nicht.

Durchgreifende verfassungsrechtliche Bedenken gegen die Honorarfestsetzung sind auch im Übrigen nicht ersichtlich. Diesbezüglich wird ergänzend gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf die zutreffenden Ausführungen des SG in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils und die dort zitierte Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) Bezug genommen.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass der Schutz des [Art. 12 Abs. 1 GG](#) zwar grundsätzlich den Anspruch des Arztes auf Honorierung seiner vertragsärztlichen Tätigkeit (vgl. [BVerfGE 88, 145](#), 159; [101, 331](#), 346) umfasst. Dieser Schutz kann jedoch gemäß [Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG](#) auf gesetzlicher Grundlage eingeschränkt werden, wie das hier durch die Regelungen des [§ 72 Abs. 2](#) und des [§ 85 Abs. 3 SGB V](#) erfolgt ist. Diese ergeben 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 KVen und die Krankenkassenverbände zu beachten, wenn sie gemäß [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) ("im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses" bzw. früher: des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen) 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 bestehenden Schwierigkeiten, im Rahmen des begrenzten Gesamtvergütungsvolumens diesen beiden Zielen zugleich in vollem 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. Die Festlegung der Angemessenheit einer Vergütung ist vorrangig den Kompetenzen von Bewertungsausschuss ([§ 87 SGB V](#) - Bestimmung von Inhalt und Punktzahlen der abrechenbaren Leistungen), Gesamtvertragsparteien ([§ 85 Abs. 3 SGB V](#) - Bemessung der Gesamtvergütungen; [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) - Honorarverteilungsmaßstab) und KVen ([§ 85 Abs. 4 SGB V](#) - Verteilung der Gesamtvergütungen) überantwortet (vgl. [BSGE 93, 258](#)). Der danach erforderliche Ausgleich zwischen dem Ziel der Gewährung angemessener Vergütungen und dem besonders hochrangigen Ziel der Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Versorgung ist - erst - dann nicht mehr verhältnismäßig (mit der Folge eines Anspruchs der Ärzte auf höheres Honorar bzw. eine Honorarstützung aus 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 aaO, st Rspr.). Greifbare Anhaltspunkte dafür, dass die von dem Kläger angeführten Honorarrückgänge die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung insgesamt bzw. in seiner Arztgruppe gefährdet haben könnten, liegen indes nicht vor.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreits.

Gründe für eine Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 oder 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 SGG](#) i.V.m. [§§ 52 Abs. 2, 63](#) Gerichtskostengesetz. Der Beschluss über die

Streitwertfestsetzung ist unanfechtbar.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2012-05-21