

L 7 Ka 42/96

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
7

1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 27 Ka 284/95

Datum
20.09.1995

2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 7 Ka 42/96

Datum
28.05.1997

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie
Urteil

I. Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 20. September 1995 wird zurückgewiesen.

II. Die Kläger haben die außergerichtlichen Kosten der Beklagten zu erstatten.

III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Es geht in dem Rechtsstreit um die Höhe des Honorars für das Quartal IV/93 (Primärkassen) und dabei um die Rechtmäßigkeit der Topfbildung für Großgeräteleistungen mit einem daraus resultierenden niedrigeren Punktwert.

Durch das Gesundheitsstrukturgesetz wurde eine Obergrenze der Vergütungssumme eingeführt (Gesamtbudget). Die Beklagte reagierte darauf mit Beschluss der außerordentlichen Abgeordnetenversammlung vom 20. März 1993 hinsichtlich der Primärkassen (rückwirkend zum 1. Januar 1993 - Hessisches Ärzteblatt 1993, S. 201) und änderte den Honorarverteilungsmaßstab (HVM) vom 20. Juni 1992 (Hessisches Ärzteblatt 1992, S. 373). Seinerzeit war in Anlage zu Leitzahl 707 eine arztbezogene Honorarbegrenzung dergestalt geregelt worden, daß der vertraglich vereinbarte Punktwert von 10 Pfennigen bis zu einem zu errechnenden Teilfallwert der Fachgruppe zuzüglich halber mittlerer Abweichung unter Berücksichtigung seiner Fallzahl bezahlt wurde, darüber hinausgehende Honoraranforderungen nur noch geringer bezahlt wurden.

Mit Beschluss vom 20. März 1993 wurden in Anlage zu Leitzahl 702 (unter Wegfall der Anlage zu Leitzahl 707) sieben Honorargruppen (1 = Prävention, 2 = ambulantes Operieren, 3 = CT- und MRT-Leistung, 4 = Linksherzkatheder, 5 = Labor mit bestimmten Ausnahmen, 6 = alle übrigen Leistungen, 7 = Wegepauschalen und Kosten) eingeführt, wobei die Leistungen der Honorargruppe 6 einer arztbezogenen Begrenzung unterworfen wurden.

Die Kläger sind in einer radiologischen Gemeinschaftspraxis in niedergelassen, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und erbringen u.a. Leistungen der Computertomographie sowie der Kernspintomographie.

Gegen die Honorarabrechnung des Quartals IV/93 vom 27. Mai 1994 legten die Kläger am 7. Juni 1994 Widerspruch ein. Sie trugen u.a. vor, daß sie als Radiologen ausschließlich Auftragsleistungen erbrächten und damit an selbstinduzierten Leistungsmengenausdehnungen nicht beteiligt sein könnten. Bei einem Punktwert unter 7 Pfennig werde nur noch eine Kostendeckung erreicht und es entfalle - entgegen dem gesetzlichen Verbot - jegliche Vergütung der ärztlichen Leistung.

Mit Widerspruchsbescheid vom 30. Dezember 1994 wies die Beklagte die Widersprüche zurück im wesentlichen mit der Begründung, in der angegriffenen Honorargruppe 3 seien Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten enthalten, und zwar CT-Leistungen nach Gebührenordnungsnummern 5.200 bis 5.221 und MRT-Leistungen nach Gebührenordnungsnummern 5.500 bis 5.512. Die Honorargruppen seien in der Anlage zu Leitzahl 702 HVM mit Wirkung ab 1. Januar 1993 eingeführt worden, um die Budgetierung der Gesamtvergütung durch das Gesundheitsstrukturgesetz sachgemäß auf die einzelnen Arztgruppen zu verteilen. Grundlage für die Aufteilung der Vergütung sei die Bewertung der einzelnen Leistungen im EBM gewesen, ausgehend vom zeit nächsten Quartal. Die zum 1. Oktober 1992 im EBM erfolgte Abwertung der CT- und MRT-Leistungen sei erfolgt, da diese Leistungen in der Vergangenheit zu hoch bewertet gewesen seien und insbesondere die gesunkenen Gerätepreise sowie die gestiegene Leistungsfähigkeit zu Rationalisierungseffekten geführt hätten. Bei der hier angegriffenen Regelung habe es sich zunächst um eine Anfangsregelung gehandelt. Nachdem im Laufe des Jahres 1993 und verschärft

Anfang 1994 festgestellt worden sei, daß im Bereich der Honorargruppe 3 eine erhebliche Dynamik eingesetzt habe, seien durch einen Sofortbeschluß des Vorstandes nach Leitzahl 103 des HVM ab Quartal II/94 Stützungsmaßnahmen (zu Lasten der Honorargruppe 6) eingeführt und durch Beschluss der Abgeordnetenversammlung am 26. November 1994 (mit Wirkung ab 1. Januar 1995) die Leistungen der Honorargruppe 3 in die Honorargruppe für die übrigen medizinisch-technischen Leistungen eingebracht worden.

Gegen den am 3. Januar 1995 zugestellten Widerspruchsbescheid haben die Kläger am 30. Januar 1995 Klage erhoben mit dem Ziel der Änderung des Honorarbescheides IV/93 und Verpflichtung der Beklagten zur Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts. Die Kläger haben im wesentlichen vorgetragen, die Topfbildung sei rechtswidrig, sie seien überweisungsabhängig und damit nicht in der Lage, das Maß der erbrachten Leistungen selbst auszuweiten. Auch durch das Hinzukommen weiterer – vorläufig genehmigter – Großgeräte sei es zu dem drastischen Punktwertverfall gekommen. Darauf habe die Beklagte viel zu spät im Quartal II/94 reagiert. Sie hätte jedoch bereits 1993 reagieren müssen. Auch als Anpassungsregelung hätte die Beklagte sich nicht am Quartal IV/92 orientieren dürfen. Sie hätte die erhebliche Leistungszunahme berücksichtigen müssen, ferner, daß in anderen Leistungsgruppen eine höhere Punktwertstabilität erreicht worden sei. Die besondere Kostenintensität bei den Großgeräteleistungen hätte berücksichtigt werden müssen. Ihr Anspruch auf eine angemessene Vergütung sei nicht mehr erfüllt worden. Auch die Beklagte sei davon ausgegangen, daß eine angemessene Vergütung nicht mehr gewährleistet worden sei, sonst wäre es nicht zu einer Änderung des HVM gekommen.

Mit Urteil vom 20. September 1995 hat das Sozialgericht Frankfurt am Main die Klage im wesentlichen mit der Begründung abgewiesen, allen streitbefangenen Quartalen lägen Grundsätze der Honorarverteilung zugrunde, die eine gesonderte Honorargruppe für die CT- und MRT-Leistungen vorsähen. Der Erlaß des Honorarverteilungsmaßstabs sei Teil der autonomen Rechtssetzung der Beklagten. Dabei gebühre der Beklagten im Rahmen der Ermächtigung ähnlich wie dem staatlichen Gesetzgeber Gestaltungsfreiheit. Die Aufteilung der Gesamtvergütung in Teilbudgets sei grundsätzlich möglich und befände sich auch in Übereinstimmung mit dem Bundesverfassungsgericht. Die Bildung von Honorartöpfen dürfe dabei auch grundsätzlich dazu dienen, überproportionale Mengenausweitungen auf die Einzelleistungsbereiche zu begrenzen. Dem Normgeber müsse auch eine angemessene Zeit zur Sammlung von Erfahrungen eingeräumt werden ([BSGE 73, 131](#), 134). Nach diesen Grundsätzen sei die Beklagte nicht gehindert, einen besonderen Honorartopf für den Bereich der Großgeräteleistungen zu bilden. Es sei zu berücksichtigen, daß Mengenausweitungen auch bei Auftragsleistungen in der Regel dem Leistungsanbieter zugute kämen, insbesondere bei Leistungen mit hohem Fixkostenanteil werde die Kostenstruktur mit der Zahl der Leistungen zunehmend günstiger. Auch sei der Leistungsumfang dieses Bereichs für einen eigenen Honorartopf nicht zu gering. Jedenfalls für einen Übergangszeitraum habe der Beklagten im Rahmen einer Experimentierphase zugestanden, eine gesonderte Honorargruppe für Großgeräteleistungen zu bilden. Soweit die Beklagte bei Verteilung des Gesamtbudgets auf die einzelnen Honorargruppen im Primärkassenbereich auf das Quartal IV/92 abgestellt habe, sei dies nicht zu beanstanden, da es sich um das letzte Quartal vor Einführung der Honorargruppen ab 1993 gehandelt habe. Zwar habe die Beklagte im Primärkassenbereich erst später auf den Punktwertverfall reagiert, und zwar ab II/94; damit sei der Punktwertverfall gestoppt und sogar eine Anhebung erreicht worden. Zudem seien ab II/94 Stützungsmaßnahmen für den Fall eingeführt worden, daß der Punktwert für Großgeräteleistungen um mehr als 15 % vom allgemeinen Punktwert absinken sollte. Ab 1995 schließlich sei die gesamte Honorargruppe aufgehoben worden. Im Primärkassenbereich sei für das Jahr 1993 ein durchschnittlicher Punktwert von 8,0075 Pfennigen bzw. 88,97 % des allgemeinen Punktwertes erreicht worden, und zwar für die Quartale I bis IV/93 = 96,7 %, 88 %, 85 %, 85,3 %. Aus dem Grundsatz der Angemessenheit der Vergütung ärztlicher Leistungen folge kein subjektives Recht auf eine bestimmte Vergütung von Einzelleistungen. Eine Gefährdung des kassenärztlichen Versorgungssystems als Ganzes und als dessen Folge auch die Gefährdung der beruflichen Existenz der teilnehmenden Ärzte sei nicht festzustellen; dagegen spreche, daß die Kläger in den nachfolgenden Quartalen trotz sinkenden Punktwertes einen höheren Umsatz erreicht hätten. Wäre die Leistung tatsächlich nicht mehr kostendeckend zu erbringen, müßte die Nachfrage nach Standortgenehmigungen zurückgehen, was aber auch nicht der Fall sei, wie die Kammer aus mehreren Verfahren um die Erteilung einer Standortgenehmigung wisse. Im übrigen erbrächten die Kläger nicht ausschließlich Großgeräteleistungen.

Gegen das am 10. November 1995 zugestellte Urteil haben die Kläger am 11. Dezember 1995 (Montag) Berufung eingelegt.

Die Kläger haben die Berufung begrenzt auf den Primärkassenbereich und tragen im wesentlichen vor, es werde vorsorglich bestritten, daß die von Überweisungen abhängigen Ärzte im Bereich der Großgeräteleistungen für eine Ausweitung der Überweisungsaufträge sorgten. Dies verstoße gegen die Regelungen des HVM und sei im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu sanktionieren, jedoch nicht in Form einer "Sippenhaft" durch HVM. Die Beklagte habe auch erst zu spät reagiert, da sie bereits nach Erkennen der unerwünschten Entwicklung spätestens ab dem streitbefangenen Quartal habe tätig werden müssen. Durch die angegriffene Honorarverteilungsregelung werde der Grundsatz der Verteilungsgerechtigkeit verletzt. Die betroffenen Ärzte der Honorargruppe 3 hätten keine Möglichkeit der Leistungsausweitung gehabt; der HVM habe nicht ausreichend Schutz vor einer Benachteiligung von Minderheiten geboten und schließlich hätte die Ausweitung von Großgeräteleistung dort bekämpft werden müssen, wo sie verursacht worden sei, nämlich bei den überweisenden Ärzten.

Die Kläger beantragen,
das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 20. September 1995 – betreffend die Kläger dieses Verfahrens – sowie den Widerspruchsbescheid der Beklagten vom 30. Dezember 1994 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, den Widerspruch betreffend den Honorarbescheid IV/93 (Primärkassenbereich) unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist form- und fristgerecht eingelegt, [§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG). Die Berufung ist auch zulässig. Streitgegenstand ist durch die in der mündlichen Verhandlung vom 28. Mai 1997 abgegebene Erklärung nur noch der Honorarbescheid IV/93 beschränkt auf den Primärkassenbereich.

Die Berufung ist jedoch unbegründet. Das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 20. September 1995 (soweit es die Kläger betrifft) hat im Ergebnis zutreffend festgestellt, daß der angefochtene Honorarbescheid nicht zu beanstanden ist. Auch zur Überzeugung des

erkennenden Senats steht fest, daß die Beklagte durch die Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) zum 1. Januar 1993, soweit es die Kläger und das streitbefangene Quartal IV/93 im Primärkassenbereich angeht, nicht gegen höherrangiges Recht verstoßen hat.

Das Problem der Rückwirkung bei Änderungen eines HVM betrifft das streitbefangene Quartal nicht.

Die Bildung eines separaten Honorartopfes für Großgeräteleistungen (CT und MRT = Honorargruppe 3) ist nicht zu beanstanden. Ein Verstoß gegen den in [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) aufgestellten Grundsatz der angemessenen Vergütung ärztlicher Leistungen ist nicht erkennbar, soweit die Kläger betroffen sind. Dabei gibt der Grundsatz der Angemessenheit der Vergütung ärztlicher Leistungen dem einzelnen Arzt nicht ein subjektives Recht auf eine bestimmte (angemessene) Vergütung jeder Einzelleistung. Vielmehr soll generell über die Angemessenheit ärztlicher Vergütungen insgesamt die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erreicht werden (vgl. Ur. des BSG vom 12.10.1994 – [6 RKa 5/94](#) in [NZS 1995 S. 377](#)). Nur, wenn eine zu niedrige Vergütung das Versorgungssystem als ganzes und zugleich einzelne Ärzte bzw. Arztgruppen in ihrer Existenz gefährdet, können diese sich auf die fehlende Angemessenheit ärztlicher Leistungen berufen (vgl. Ur. des BSG vom 12.10.1994 s.o.). Eine solche Gefährdung der Existenz ihrer Praxis haben die Kläger durch die vorgenommene Änderung des HVM jedenfalls nicht substantiiert vorgetragen und dies läßt sich auch nicht aus dem von den Beteiligten übereinstimmend angenommenen Wert des Streitgegenstandes ableiten.

Ein höherer Vergütungsanspruch der Kläger läßt sich auch nicht aus dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit als Ausfluß der Grundrechte aus [Art. 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) ableiten. Dabei ist die Bildung von Teilbudgets (Honorartöpfe) mit der Folge von unterschiedlichen Punktwerten grundsätzlich zulässig (vgl. Ur. des BSG vom 29.9.1993 – [6 RKa 65/91](#) = [BSGE 73 S. 131](#)) und wird im Gesetz ausdrücklich erwähnt, [§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V](#). Neben der Abgrenzung von Arztgruppen ist auch die Abgrenzung von Versorgungsgebieten zulässig, wie z.B. die Aufteilung in Grundleistungen, Laborleistungen und Sonderleistungen (so [BSGE 73, S. 131](#)). Von daher hat der erkennende Senat auch keine Bedenken hinsichtlich der Bildung eines eigenen Honorartopfes für CT- und MRT-Leistungen. Hierfür spricht insbesondere die Sonderbehandlung dieser Leistungen zu Gunsten der Leistungserbringer im letzten Quartal vor der Topfbildung (IV/92). Wie der Vertreter der Beklagten in der mündlichen Verhandlung ausgeführt hat, wurden die CT- und MRT-Leistungen in IV/92 mit einem festen (höheren) Punktwert vergütet, während der allgemeine Punktwert gefallen war. Daß diese Maßnahme ergriffen wurde, weil mit Beginn des Quartals IV/92 im EBM eine Abwertung der CT- und MRT-Leistungen erfolgt war, läßt das Bestreben der Beklagten erkennen, eine Senkung des Honorars zusätzlich zur Verringerung der Punktzahlen in IV/92 zu verhindern. Dann erscheint es auch folgerichtig und stellt keinen Verstoß gegen den Grundsatz der Verteilungsgerechtigkeit dar, wenn die Beklagte die bereits vollzogene Ausgliederung der streitbefangenen Großgeräteleistungen bei der Bewältigung der Budgetierung der Gesamtvergütung durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) mit Wirkung ab 1. Januar 1993 durch die Bildung eines eigenen Honorartopfes fortsetzt. Daß die Beklagte als Bezugsquartal für alle Honorartöpfe IV/92 genommen hat, erscheint ebenfalls sachgerecht, da es das zechnächste Quartal vor Einführung der Budgetierung der Gesamtvergütung war. Die Kläger können auch nicht damit gehört werden, daß sie dadurch in unzulässiger Weise benachteiligt worden seien, denn die Verringerung der Punktzahlen für die CT- und MRT-Leistungen im EBM ab 1. Oktober 1992 sollte eine Entwicklung nachvollziehen, die zu einer kostengünstigeren Erbringung dieser Leistungen in der davorliegenden Zeit geführt hatte. Daß damit nach Auffassung des Gesetzgebers noch nicht das Ende von Rationalisierungsmöglichkeiten von Großgeräteleistungen erreicht war, läßt sich aus [§ 87 Abs. 2](#) b SGB V (wirksam ab 1. Januar 1993, eingeführt durch das GSG) entnehmen, wonach für diese Leistungen eine Abstufung der Punktzahlen bis zum 30. Juni 1993 eingeführt werden sollte, die zu (weiteren) Einsparungen führen sollten mit dem Ziel der Verringerung der Gesamtvergütung, [§ 85 Abs. 4](#) a Satz 2 SGB V. In dem Topf der Honorargruppe 3 waren damit im Quartal I/93 noch Rationalisierungsreserven enthalten, die sich insbesondere bei einer erhöhten Leistungsfrequenz je Gerät auswirken mußten, wobei es keine Rolle spielt, in welchem Umfang das Überweisungsverhalten der zuweisenden Ärzte, der medizinische Fortschritt oder andere Ursachen zu der Mengenausweitung geführt haben. Soweit die Kläger auf die Mengenausweitung durch die Fiktion der Standortabstimmung nach [§ 85 Abs. 2](#) a Satz 2 SGB V und damit die Vermehrung der abrechnungsberechtigten Großgeräte hinweisen, ist diese Situation durchaus vergleichbar mit der Zunahme der Vertragsärzte im Zuge der Zulassungsrestriktionen durch das GSG. Im Bereich der Beklagten bedeutete dies für 1993 nach Angaben des Vertreters der Beklagten in der mündlichen Verhandlung eine Zunahme um ca. 1000 Vertragsärzte von 7000 auf 8000. Da bei der von den Klägern beanstandeten Änderung des HVM das Ausmaß der Entwicklung der Zunahme von genehmigten bzw. als genehmigt geltenden Großgeräten, die Entwicklung der Leistungsfrequenzen der alten und neuen Geräte, sowie die Zunahme der Vertragsärztezahlen, die damit zusammenhängenden Leistungsmengenausweitungen, aber auch die Leistungsmengenausweitungen der bereits etablierten Vertragsärzte (sog. Hamsterradeffekt) nicht entfernt abschätzbar bzw. in Relation zueinander abschätzbar war, die Beklagte jedoch dringend auf die neue Regelung des GSG im Rahmen des HVM reagieren mußte, lassen sich die von den Klägern beanstandeten Regelungen für das betroffene Quartal mindestens unter dem Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelung als rechtmäßig feststellen. Im übrigen spricht das Verhalten der Beklagten dafür, daß sie die Änderung des HVM am 20. März 1993 als Anfangs- und Erprobungsregelung ansah und behandelte. Die weitere Entwicklung zeigt, daß die Beklagte die Auswirkung auf die verschiedenen Punktwerte aufmerksam verfolgte und immerhin in dem relativ kurzen Zeitraum bis Ende 1994 (von der ersten HVM-Änderung am 20. März 1993 aus gesehen) zunächst Stützungsmaßnahmen ab 1. Juli 1994 einführte und mit Wirkung ab 1. Januar 1995 die bisherige Honorargruppe 3 auflöste und in die allgemeine Honorargruppe 6 einbrachte. Soweit die Kläger bezüglich einer evtl. Leistungsausweitung durch die Gerätebetreiber wirksamere Mittel der Verhinderung reklamieren, wie die Wirtschaftlichkeitsprüfung, betrifft dies ohnehin nur einen möglichen Teil der Leistungsmengenausweitung und dürfte zudem einen erheblichen Verwaltungsaufwand bedingen, der zudem nicht schnell gegriffen hätte. Es kann deshalb nicht als willkürlich angesehen werden, daß die Beklagte den schnelleren, wirksameren und umfassenderen Weg der Änderung des HVM durch Einführung begrenzter Honorartöpfe ging. Das Risiko der Leistungsmengenausweitung von Großgeräteleistungen verblieb damit im Bereich der Ärzte, die Großgeräte betrieben (vgl. Ur. des BSG vom 7. Februar 1996 – [6 RKa 83/95](#)). Wobei hier zu berücksichtigen ist, daß die Leistungen von CT und MRT nicht den gesamten Umfang der Praxis der Kläger ausmachten. Im übrigen ist von den Klägern weder eine objektiv erkennbare Veränderung der Patientenstruktur noch eine sonstige vom BSG in o.a. Urteil vom 7.2.1996 angesprochene Strukturveränderung substantiiert vorgetragen worden bzw. dem Senat erkennbar gewesen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Die Revision ist vom Senat wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zugelassen worden, [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved
2007-12-03