

L 11 KA 122/02

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
11
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 33 KA 187/01
Datum
26.06.2002
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KA 122/02
Datum
09.04.2003
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 49/03 R
Datum
-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 26.06.2002 abgeändert. Die Beklagte wird unter Abänderung ihres Bescheides vom 23.01.1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.10.1997 verurteilt, über die Honorarfestsetzung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senates erneut zu entscheiden. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten der Klägerin in beiden Rechtszügen. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Honorarfestsetzung für das Quartal III/1996 für die aufgrund von Institutsermächtigungen erbrachten Leistungen.

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Beklagten sah mit Wirkung vom 01.07.1996 erstmals eine fachgruppenspezifische Honoraropfbildung vor (§ 6 Abs. 4 a HVM). Danach wurde der nach Abzug der Vorwegzahlungen verbleibende Gesamtvergütungsbetrag auf die Honorartöpfe wie folgt verteilt:

Arztgruppe:

Anästhesisten 0,97 %
Augenärzte 4,48 %
Chirurgen 3,51 %
Gynäkologen 9,94 %
HNO-Ärzte 4,31 %
Hautärzte 3,02 %
fachärztlich tätige Internisten 3,96 %
fachärztlich tätige Kinderärzte 0,63 %
Laborärzte 2,98 %
Lungenärzte 1,10 %
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen 0,43 %
Nervenärzte 3,85 %
Neurochirurgen 0,04 %
Orthopäden 6,78 %
Pathologen 0,66 %
ärztliche Psychotherapeuten 0,35 %
Radiologen 5,96 %
Urologen 2,68 %
Nuklearmediziner 0,46 %
hausärztlich tätige Ärzte 39,81 %
(Internisten, Pädiater, Allgemeinärzte, prak. Ärzte)
Nichtvertragsärzte 0,90 %
(nichtärztliche Psychotherapeuten/Verhaltenstherapeuten, Psychagogen, sonstige Ärzte)
Polikliniken 0,41 %
Institute/Krankenhäuser 2,77 %.

Mit Beschluss vom 28.09.1996 (Rheinisches Ärzteblatt 11/96 Seite 49) wurde die Bildung fachgruppenspezifischer Honorartöpfe rückwirkend ab 01.07.1996 wieder aufgehoben, jedoch blieben für Polikliniken (0,41 %) und für Krankenhäuser/Institute (1,20 %) entsprechende Honorartöpfe bestehen. Der HVM der Beklagten in der Fassung ab 01.01.1997 (Rheinisches Ärzteblatt 1/97, Seite 89 ff. und 5/97, Seite 90 ff.) sah dann wieder eine Honorarverteilung auf der Basis fachgruppenspezifischer Honorartöpfe vor (§ 6 Abs. 4 a HVM). Für Institute/Krankenhäuser wurde ein Anteil des verbleibenden Gesamtvergütungsbetrages von 0,99 % festgelegt.

Für die streitbefangenen Quartale ergab sich für die von Krankenhäusern und Instituten erbrachten Leistungen ein Punktwert, der (deutlich) unter dem Punktwert für von Vertragsärzten und ermächtigten Ärzten erbrachten Leistungen lag.

Die Klägerin legte Widerspruch gegen den Quartalskonto/Abrechnungsbescheid der Beklagten vom 23.01.1997 ein. Zur Begründung führte sie aus, gemäß [§ 120 Abs. 1 SGB V](#) seien die Leistungen aus der Gesamtvergütung zu vergüten; für die Bildung eines Honorartopfes bestehe keine Rechtsgrundlage.

Die Beklagte wies den Widerspruch der Klägerin mit Bescheid vom 16.10.1997 zurück. In der Begründung des Bescheides heißt es, die angefochtenen Honorarbescheide stünden im Einklang mit den für die Abrechnung geltenden Bestimmungen, die sich insbesondere aus dem HVM ergäben.

Dagegen hat die Klägerin Klage erhoben und zur Begründung sich im Wesentlichen auf ihre Ausführungen im Widerspruchsverfahren bezogen. Die Honorar- topfbildung der Beklagten und die sich daraus ergebende Honorarberechnung führe dazu, dass hinsichtlich der Leistungen von Krankenhäusern und Instituten zwangsläufig eine Unterdeckung pro Fall entstehe.

Die Klägerin hat beantragt,

den Quartalskonto/Abrechnungsbescheid für das Quartal III/1996 vom 23.01.1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides des Vorstands der Beklagten vom 16.10.1997 hinsichtlich des zu Grunde gelegten Punktwertes für Institutsleistungen aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, das vertragsärztliche Honorar insoweit unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu festzusetzen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat auf ihre Ausführungen im Widerspruchsbescheid verwiesen und dargelegt, dass die den Abrechnungen zugrundeliegenden Regelungen in ihren HVMs mit höherrangigem Recht (insbesondere SGB V und Grundgesetz) in Einklang stünden.

Mit Urteil vom 26.06.2002 hat das Sozialgericht (SG) Düsseldorf die Klage abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt, in Anwendung der Grundsätze des Bundessozialgerichts (BSG) habe die Beklagte eine nicht zu beanstandende Honorarverteilung vorgenommen. Eine Honorarverteilung auf der Basis der Bildung von Honorartöpfen sei nicht zu beanstanden. Die Bildung eines Honorartopfes für Institute/Krankenhäuser sei ebenfalls zulässig. Die Beklagte habe auch die ihr obliegende Beobachtungs- und Handlungsverpflichtung nicht verletzt, da die Punktwertentwicklung erstmals im Quartals I/1997 als dauerhaft und vom Umfang her als relevant anzusehen sei.

Im Berufungsverfahren hat die Klägerin in Ergänzung ihres Vorbringens aus dem Widerspruchs- und Klageverfahren ausgeführt, dass aufgrund der bestehenden Ermächtigungen ausschließlich Leistungen im Auftrag von niedergelassenen Ärzten erbracht würden, so dass sie für eine Mengenentwicklung oder Leistungsausweitung nicht zur Verantwortung gezogen werden könne. Im Übrigen sei es bedenklich, dass bei entsprechender Unterversorgung im niedergelassenen Bereich Ermächtigungen weiter ausgesprochen würden, jedoch die Beklagte den Honorar topf nicht anpasse. Weiterhin müsse Berücksichtigung finden, dass aus dem Honorartopf Krankenhäuser/Institute alle Leistungen nach demselben Punktwert vergütet würden unabhängig davon, ob es sich um internistische, pädiatrische, radiologische oder strahlentherapeutische Leistungen handele. Im Übrigen bestehe auch schon aufgrund der Regelungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) eine Ungleichbehandlung zu Lasten der ermächtigten Institute, da die Ordinationsgebühr lediglich 180 Punkte betrage, während niedergelassene Ärzte für dieselbe Leistung bis zu 420 Punkte erhielten; zudem werde von der Beklagten nicht anerkannt, dass die Klägerin als ermächtigtes Krankenhaus die Ziffer 2 EBM (sogenannte Konsultationsgebühr) abrechnen könne.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 26.06.2002 abzuändern und die Beklagte unter Aufhebung ihrer Bescheide vom 23.01.97 und 16.10.1997 zu verurteilen, über die Honorierung erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hält das erstinstanzliche Urteil für zutreffend.

Im Termin am 11.12.2001 hat der Senat im Parallelverfahren [L 11 KA 97/00](#) darauf hingewiesen, dass Bedenken an der Rechtmäßigkeit der Bildung des streitigen Honorartopfes insofern bestünden, als daraus auch Notfalleleistungen an Krankenhäusern jeglicher Art vergütet würden, die nach der Vertragslage in Nordrhein mit 90 % der Vergütung für Vertragsärzte abzugelten seien; weiterhin würden aus diesem Topf auch die Leistungen im Rahmen von Ermächtigungen von Instituten an Universitätskliniken bedient. Nach der Entscheidung des BSG vom 13.05.1998 enthalte [§ 120 Abs. 3 SGB V](#) keine Beschränkung des Anwendungsbereiches nur auf die Leistungen, die Gegenstand einer sogenannten Poliklinikerermächtigung nach [§ 117 Satz 1 SGB V](#) seien.

Dazu hat die Beklagte ausgeführt, eine Vergütung der Leistungskomplexe Notfalleleistungen jeglicher Art und Leistungen aus

Institutsermächtigungen aus getrennten Honorartöpfen liefe der Systematik des HVMs der Beklagten zu wider. An der Befugnis der Beklagten zu dieser Honorarverteilung und damit an der Rechtmäßigkeit könne unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des BSG nicht gezweifelt werden, auch wenn aus dem Honorartopf Institute/Krankenhäuser bestimmte Leistungen, nämlich Notfallleistungen, nach der nordrheinischen Vertragslage mit 90 % der Vergütung für Vertragsärzte abzugelten seien. Das BSG habe etwa in seiner Entscheidung vom 29.09.1993 (B 6 KA 65/91 R) ausgeführt, dass der Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung gerade nicht bedeute, dass die Leistungen nach ihrer Art und ihrem Umfang stets gleichmäßig, d.h. mit einem für alle Leistungen einheitlichen Punktwert vergütet werden müssen. Die Leistungen aus Notfallbehandlungen an Kliniken und aus Institutsermächtigungen an Kliniken würden nach ihrer Art und ihrem Umfang nicht so wesentliche spezifische Unterschiede aufweisen, dass es sachlich gerechtfertigt wäre, sie lediglich wegen der unterschiedlichen Vergütungssystematik und damit auch Vergütungshöhe aus unterschiedlichen Honorartöpfen zu vergüten. Für die Beklagte sei zur Zeit nicht mit Sicherheit

feststellbar, ob eine Datenlage herstellbar sei, die eine Differenzierung der abgerechneten Institutsermächtigungen an Krankenhäusern einerseits und an Universitätskliniken andererseits ermögliche, um alle Leistungen aus Institutsermächtigungen an Universitätskliniken mit einem Abschlag von insgesamt 30 % zu vergüten. Die Beklagte begründe die Vergütung von Leistungen aus Institutsermächtigungen an Krankenhäusern aus dem Honorartopf "Institute/ Krankenhäuser" und die Vergütung von Leistungen aus persönlichen Ermächtigungen an Krankenhäusern aus dem jeweiligen Fachgruppentopf mit einer durch die Art der Ermächtigung bedingten unterschiedlichen Qualifikation.

Die Verwaltungsakten der Beklagten haben vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen. Auf den Inhalt dieser Akten und den der Streitakten wird - insbesondere hinsichtlich des Vorbringens der Beteiligten - ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin ist begründet.

Die angefochtenen Honorarbescheide der Beklagten sind rechtswidrig, da sie den Anspruch der Klägerin auf Einhaltung des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit verletzen. Die Beklagte hat eine Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senates vorzunehmen.

Honorarverteilungsregelungen einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) sind in erster Linie an den gesetzlichen Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) zu messen. Zentrale Bedeutung kommt dabei der Bestimmung des [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) zu, nach der bei der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistung des Kassenarztes zugrunde zu legen sind. Dieser Vorschrift kann nicht die Forderung entnommen werden, die Leistungen müßten nach ihrer Art und ihrem Umfang stets gleichmäßig, d.h. mit einem für alle Leistungen einheitlichen Punktwert honoriert werden. Im Hinblick auf die berufsregelnde Tendenz von Honorarverteilungsvorschriften darf die KV die Verteilung allerdings nicht nach freiem Ermessen gestalten; sie ist vielmehr an den Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung gebunden. Dieser besagt, dass die ärztlichen Leistungen prinzipiell gleichmäßig zu vergüten sind. Der normsetzenden Körperschaft bleibt jedoch ein Spielraum für sachlich gerechtfertigte Abweichungen von diesem Grundsatz, der es ihr ermöglicht, ihrem Sicherstellungsauftrag und ihren sonstigen vertraglichen und gesetzlichen Verpflichtungen gerecht zu werden. In Anwendung dieser Grundsätze hat das BSG bereits mehrfach Honorarverteilungsregelungen gebilligt, mit denen die KVen auf die durch [§ 85 Abs. 3 a bis c SGB V](#) vorgenommene Begrenzung des Anstiegs der Gesamtvergütung reagiert haben. Insbesondere ist es zulässig, im HVM feste fachgruppenbezogene Honorarkontingente zu bilden, auch wenn das zur Folge haben kann, dass bei unterschiedlicher Mengenentwicklung in einzelnen ärztlichen Fachgebieten die gleichen Leistungen für Vertragsärzte aus unterschiedlichen Fachgebieten unterschiedlich hoch vergütet werden; [§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#) gestattet ausdrücklich eine "nach Arztgruppen unterschiedliche" Honorarverteilung (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 24 m.w.H.](#)) Außer gesonderten Honorartöpfen nach Arztgruppen oder Versorgungsgebieten können darüber hinaus auch die Bildung von Honorartöpfen nach Leistungsbereichen oder Mischsysteme mit Honorartöpfen sowohl für bestimmte Leistungsbereiche als auch nach Arztgruppen zulässig sein (BSG, Urteile vom 09.09.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) und [B 6 KA 61/97 R](#)).

Nach Auffassung des Senates kann unter Berücksichtigung dieser Rechtsprechung des BSG durch die Beklagte durchaus eine Bildung eines eigenen Honorartopfes für Krankenhäuser/Institute erfolgen, um damit Verschiebungen, die sich aus unterschiedlichen Mengenentwicklungen ergeben, entgegenzuwirken.

Die Beklagte hat jedoch bei der jeweiligen Bildung des streitigen Honorartopfes in mehrfacher Hinsicht gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit verstoßen. So hat die Beklagte bei der Topfbildung im HVM vom 01.07.1996 auf den Honoraranteil des Quartals IV/1995 und bei der Topfbildung im HVM vom 01.01.1997 auf die Vergütungen für punktzahlbewertete ambulante Leistungen aller Leistungserbringer in den Quartalen I/1996 und II/1996 abgestellt und so den entsprechenden prozentualen Anteil im Verhältnis der (nach Vorwegabzügen) zu verteilenden Gesamtvergütung errechnet. Dabei hat die Beklagte jedoch bereits nicht berücksichtigt, dass für ambulante Notfallbehandlungen im Krankenhaus eine Verpflichtung bestand, eine Vergütung von 90 % der Vergütung der Vertragsärzte zu zahlen. Dies hat zur Folge, dass der entsprechende Honorartopf insoweit ein unzureichendes Volumen hatte. Ein weiterer Gesichtspunkt dafür, dass die Beklagte bei der Bildung des Honorartopfes diese Vergütungsverpflichtung unberücksichtigt gelassen hat, ist der Umstand, dass die Beklagte bis Januar 2001 noch eine derartige Verpflichtung bestritten hat. Erst durch die Entscheidungen der Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit (zuletzt BSG, Urteil vom 31. Januar 2001 - [B 6 KA 33/00 R](#)) ist die Beklagte verpflichtet worden, für Notfallbehandlungen in Krankenhäusern eine der vertraglichen Verpflichtung entsprechende Vergütung zu zahlen.

Die streitige Honorartopfbildung erfolgte auch insoweit unter Verletzung des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit, als die Beklagte die Leistungen im Rahmen von Ermächtigungen von Instituten an Universitätskliniken aus diesem Honorartopf vergütet. Denn die Beklagte hat bei der Honorartopfbildung unberücksichtigt gelassen, dass hinsichtlich dieser von Universitätskliniken im Rahmen ihrer Institutsermächtigungen erbrachten Leistungen nicht eine Auszahlung von 100 % des Honorars in Betracht kommt. Zwar mag in die Überlegung eingeflossen sein, dass gemäß [§ 120 Abs. 3 Satz 2](#) erster Halbsatz SGB V in der in den streitigen Quartalen geltenden Fassung bei Leistungserbringung durch öffentlich geförderte Krankenhäuser ein Investitionskostenabschlag von 10 % vorzunehmen ist. Jedoch ist keinesfalls berücksichtigt worden, dass darüber hinaus gemäß [§ 120 Abs. 3 Satz 2](#) zweiter Halbsatz SGB V ein weiterer Abschlag von 20 % für Forschung und Lehre zu erfolgen hat. Nach der Entscheidung des BSG vom 13.05.1998 ([B 6 KA 41/97 R](#)) enthält [§ 120 Abs. 3](#) Sätze 1 und [2 SGB V](#) keine Beschränkung des Anwendungsbeereiches nur auf die Leistungen, die Gegenstand einer sogenannten Poliklinik-

ermächtigung nach [§ 117 Satz 1 SGB V](#) sind. Vielmehr ist nach Auffassung des Senates dieser weitere 20prozentige Honorarabschlag für Forschung und Lehre auch dann zu berücksichtigen, wenn die ambulanten Leistungen nicht in einer Poliklinik, sondern in sonstigen Abteilungen einer Universitätsklinik erbracht werden. Denn ebenso wie bei der Leistungserbringung in Polikliniken ist bei der Leistungserbringung in anderen Abteilungen von Universitätskliniken zu berücksichtigen, dass auch insoweit die Leistungserbringung zugunsten der gesetzlich Krankenversicherten in die universitären Aufgaben von Forschung und Lehre einfließen und bei der Leistungserbringung Personal und Sachmittel genutzt werden, für die der Träger der Universitätsklinik auch hinsichtlich der ambulanten Behandlung einen nicht unerheblichen Kostenanteil trägt.

Der Senat braucht dagegen nicht zu entscheiden, ob bei einer Leistungserbringung durch persönlich ermächtigte Ärzte einer Universitätsklinik nicht ebenfalls ein entsprechender Honorarabschlag von insgesamt 30 % zugrunde zu legen ist. Auch für diese Leistungserbringung gilt, dass auch die persönliche Leistungserbringung durch den an einer Universitätsklinik tätigen Arzt zumindest teilweise in seine universitären Verpflichtungen von Forschung und Lehre mit einfließt. Weiterhin gilt auch hier, dass bei der Leistungserbringung Personal und Sachmittel zur Verfügung stehen, die vom Klinikträger im Wesentlichen übernommen werden.

Die Kostenentscheidung erfolgt aus [§§ 183](#) und [193 SGG](#) in der Fassung bis zum 01.01.2002.

Wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache war die Revision zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-09-25