

S 4 KA 2452/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
SG Stuttgart (BWB)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
4

1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 4 KA 2452/10

Datum
18.12.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
-

Datum
-

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Ein Vertragsarzt trägt das Risiko der Rentabilität bei selbstgewählter Spezialisierung innerhalb eines Fachgebiets
2. Ein Vergleich der Honorierung stationärer Operationen mit ambulanten Operationen scheidet von vornherein aus, da die Vergütungssysteme grundsätzlich nicht vergleichbar sind.
- I. Die Klage wird abgewiesen. II. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens. III. Der Streitwert wird auf 70.000 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten streitig ist die Höhe der Vergütung von Leistungen des ambulanten Operierens in den Quartalen II-IV/2005, I-IV/2006, II-IV 2007 und I-IV/2008.

Die Klägerin betrieb im streitgegenständlichen Zeitraum als BGB-Gesellschaft eine Orthopädische Gemeinschaftspraxis, die in Pforzheim an der vertragsärztlichen Versorgung teilnahm. Prof. Rieser und die anderen Partner der Gemeinschaftspraxis führten im streitbefangenen Zeitraum in großer Zahl ambulante Operationen an Patienten durch, die im Anschluss daran stationär in die Arcus-Sportklinik aufgenommen wurden. Die Arcus-Sportklinik ist eine Privatklinik in der Rechtsform einer GmbH, bei der Prof. Rieser Mehrheitsgesellschafter ist.

Mit ihren Widersprüchen wandte sich die Klägerin gegen die Honorarbescheide für die Quartale II-IV/2005, I-IV/2006, II-IV 2007 und I-IV/2008 und die dort enthaltene Vergütung der Leistungen des ambulanten Operierens.

Die Widersprüche wurden von der Beklagten mit zwei Widerspruchsbescheiden vom 24.3.2010 zurückgewiesen. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, die Honorarbescheide seien auf der Grundlage von gesamtvertraglichen Vereinbarungen sowie Abrechnungs- und Honorarverteilungsregelungen festgesetzt worden, die mit höherrangigem Recht vereinbar seien. Zudem wies sie darauf hin, dass betreffend AOK, VdAK/AEV, BKK und IKK feste Punktwerte für das ambulante Operieren nach Abschnitt 31.1. bis 31.4 EBM vereinbart worden seien. Diese Einzelleistungen würden außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung mit einem festen vertraglich vereinbarten Punktwert vergütet.

Gegen die Bescheide hat die Klägerin am 23.4.2010 Klage zum Sozialgericht Stuttgart erhoben. Die Klage ist erstmals am 9.3.2012 begründet worden. Die Klägerin hat ein Privatgutachten der AHP Consult GmbH zur Nichtangemessenheit der Punktzahlen im orthopädischen Teil des Kapitels 31 des ab dem 2. Quartal 2005 gültigen EBM und zu den Punktwertvereinbarungen der Gesamtvertragspartner in Baden-Württemberg von Herrn Pfalzgraf vorgelegt ...

Die Klägerin führt aus, sie habe sich auf ambulante Operationen spezialisiert. Trotz der außergewöhnlich hohen Qualität, die sie für die Versorgung der gesetzlich krankenversicherten Patienten zur Verfügung stelle, sei die Leistungserbringung im Ergebnis defizitär. Das wirtschaftliche Überleben der Praxis sei nur dadurch gesichert, dass die Praxis über einen überdurchschnittlichen Anteil an Privatpatienten verfüge. Das grundsätzliche Defizit aus der Behandlung gesetzlich versicherter Patienten sei für die Klägerin nicht mehr hinnehmbar und müsse korrigiert werden. Sie habe bereits alle Optimierungs- und Rationalisierungsmöglichkeiten ausgeschöpft, um die Kostenstruktur zu verbessern. Das strukturelle Defizit der Leistungserbringung bleibe jedoch bestehen. Die Klägerin ist der Auffassung, dass sie einen Anspruch auf höhere Bewertung der abgerechneten Punktzahlvolumina für ambulante Operationen habe. Sie habe Anspruch auf Teilhabe an der von den Krankenkassen entrichteten Gesamtvergütung. Dieser Teilhabeanspruch konkretisiere sich dann zu einem subjektiven Recht auf Erhöhung der Vergütung, wenn der Betrieb einer wirtschaftlich tragfähigen Praxis aufgrund der Festlegung der Gesamtvertragspartner nicht (mehr) möglich sei. So läge der Fall hier. Die Klägerin meint, sie könne aufgrund der für die ambulanten Operationen notwendigen

Spezialisierung auch keine anderen, höher bewerteten Leistungsbereiche für eine Mischkalkulation heranziehen. Da sie eine der stationären Operation vergleichbarer Leistung ambulant erbringt, sollten sich die Punktwertvereinbarungen an den Vergütungen im stationären Bereich orientieren.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung der streitgegenständlichen Honorarbescheide in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 24.3.2010 zu verurteilen, der Klägerin höhere Honorare zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie beruft sich auf die angefochtenen Bescheide.

Bezüglich der weiteren Einzelheiten des Rechtsstreits wird auf die Gerichtsakte, sowie die beigezogene Akte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die fristgemäß erhobene Klage ist zulässig, aber unbegründet.

Gegenstand des Rechtsstreits sind die Honorarbescheide für die Quartale II-IV/2005, I-IV/2006, II-IV 2007 und I-IV/2008 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 24.3.2010.

Die Bescheide sind rechtmäßig und verletzen demnach die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf höheres Honorar für die von den Ärzten der Gemeinschaftspraxis durchgeführten ambulanten Operationen bei gesetzlich versicherten Patienten.

Rechtsgrundlage für den Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Zahlung vertragsärztlichen Honorars ist [§ 85 Abs. 4 S. 1 bis 3 SGB V](#) in der im jeweils streitigen Quartal geltenden Fassung i.V.m. den Regelungen des Honorarverteilungsvertrages (HVV) der Beklagten. 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 HVV zu.

Grundlage der Bewertung von ärztlichen Leistungen und damit Grundlage für die Honorierung ist der für das jeweilige Quartal gültige einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), den die Kassenärztliche Bundesvereinigung gem. [§ 87 Abs. 1 SGB V](#) mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen (jetzt GKV-Spitzenverband) durch Bewertungsausschüsse vereinbart.

Es ist zwischen den Beteiligten unumstritten, dass die Beklagte die für die streitgegenständlichen Quartale geltenden Honorarvorschriften richtig umgesetzt hat. Streitig vielmehr ist, ob die Bewertung ambulanter Operationsleistungen durch den Bewertungsausschuss fehlerhaft ist und sich ein Individualanspruch auf höheres Honorar aus [§ 72 SGB V](#) i.V.m. [Art. 12 GG](#) ergibt.

Nach [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) bestimmt der EBM den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Dabei erschöpft sich die Funktion des EBM nicht darin, einzelne ärztliche Leistungen unter Berücksichtigung medizinischer, betriebswirtschaftlicher und sonstiger Gesichtspunkte zu bewerten. Vielmehr hat der EBM auch das ärztliche Leistungsverhalten zu steuern. Dabei kommt dem Bewertungsausschuss gesetzgeberische Gestaltungsfreiheit zu, die von den Gerichten nur sehr eingeschränkt überprüft werden kann. Überprüft werden kann nur, ob die Grenzen der Rechtsetzungsbefugnis durch den Normgeber überschritten wurden. Dies wäre nur dann der Fall, wenn sich zweifelsfrei feststellen lässt, dass die Entscheidung des Bewertungsausschusses von sachfremden Erwägungen getragen ist. Grundsätzlich ist jedoch beim EBM von einem umfassenden und als ausgewogen zu unterstellenden Tarifgefüge auszugehen. (vgl. BVerfG SozR 4-2500 § 87 Nr. 6; BSG [B 6 KA 33/01 R](#)).

Das Gericht ist nicht davon überzeugt, dass der Bewertungsausschuss bzgl. der Bewertung ambulanter Operationen seine Grenzen überschritten hat. Zwar bleibt unklar, welche und in welchem Umfang Beurteilungsrundlagen bei der Bewertung zugrunde lagen. Zudem haben die Kläger schlüssig vorgetragen, dass bei ihr eine reine Spezialisierung auf ambulante Operationen mit einem erhöhten ambulanten Beratungsbedarf vor diesen Operationen für sich alleine nicht wirtschaftlich realisierbar ist. Jedoch darf bei der Bewertung von Leistungen einer Facharztgruppe (hier orthopädische Leistungen) nicht nur auf einen Teilbereich abgestellt werden, sondern auf das gesamte Spektrum der wesentlichen Leistungen des gesamten Fachgebiets. Denn jeder zugelassene Facharzt hat alle wesentlichen Leistungen des Fachgebiets anzubieten und zu erbringen. Er hat keinen Anspruch auf Berücksichtigung selbst gewählter Behandlungsausrichtung, individueller Praxisstrukturen und individueller Kostenstrukturen. Spezialisiert sich ein Arzt innerhalb seines Gebietes auf wenige ausgewählte Leistungen mit der Folge, dass ein wirtschaftlicher Ausgleich zwischen einer größeren Zahl unterschiedlicher Leistungen nicht mehr möglich ist, so muss er das Risiko der mangelnden Rentabilität der von ihm betriebenen Spezialpraxis tragen (BSG [B 6 RKA 6/96](#)).

So liegt der Fall bei der Klägerin. Sie hat sich mit der Gemeinschaftspraxis so weit spezialisiert, dass sie auch das wirtschaftliche Risiko der Spezialisierung tragen muss. Wenn die Kläger ausführen, dass von Patienten und der Politik die Spezialisierung immer mehr gefordert werde, so ist dies solange irrelevant, solange der Bewertungsausschuss dies nicht im EBM umsetzt.

Ein Anspruch auf höheres Honorar kann die Klägerin auch nicht aus [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) i.V.m. [Art. 12 GG](#) herleiten. Nach [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) müssen die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden. Grundsätzlich enthält [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) kein subjektives Recht von Leistungserbringern auf ein konkretes Honorar. Vielmehr erfolgt die Vergütung nach den Regeln der [§§ 85 SGB V](#) ff. Ein solches subjektives Recht auf höheres Honorar lässt sich unter Berücksichtigung der Berufsausübungsfreiheit des [Art. 12 GG](#) erst dann begründen, wenn durch die zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen, etwa in einer Arztgruppe, und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden Vertragsärzte, gefährdet wird (BSG [B 6 KA 30/03](#), BSG [B 6 KA 44/03](#)). Dabei ist auf die gesamte betroffene Arztgruppe abzustellen und es sind auch

sonstige Verdienstmöglichkeiten, z.B. durch die Behandlung privat Versicherter oder aufgrund stationärer Operationen, zu berücksichtigen. Anhaltspunkte dafür, dass ein Systemversagen im Bereich der Beklagten für die Fachgruppe der Fachärzte für Orthopäde im streitgegenständlichen Zeitraum eingetreten sein könnte, sind weder von der Klägerin dargelegt noch aus dem übermittelten Privatgutachten entnehmbar noch in anderer Weise ersichtlich. Letztlich spricht auch die Gesamtkonstellation bei der Klägerin mit der Kombination aus ambulanter Beratung der Patienten in der Gemeinschaftspraxis und überwiegender stationärer Operation durch dieselben Ärzte in der Klinik nicht dafür, dass sich die ärztliche Tätigkeit der betroffenen Ärzte wirtschaftlich nicht mehr rechnet.

Ein Vergleich der Honorierung stationärer Operationen mit ambulanter Operationen scheidet von vornherein aus, da die Vergütungssysteme grundsätzlich nicht vergleichbar sind.

Nach alledem kann die Klage keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 197a SGG](#), [154 Abs.1 VwGO](#) und berücksichtigt, dass die Klage nicht erfolgreich war.

Der Streitwert ergibt sich gem. [§ 52 Abs. 2 GKG](#) aus dem Regelstreitwert von 5.000 EUR je streitgegenständlichem Quartal, da der Sach- und Streitstand für die Bestimmung des Streitwerts keine genügenden Anhaltspunkte bietet. Gegenständlich sind 14 Quartale.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-02-11