B 6 KA 58/98 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
-
Datum
13.07.1994
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
-
Datum
18.03.1998
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 58/98 R
Datum
25.08.1999
Kategorie
Urteil
Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Hamburg vom 18. März 1998 wird zurückgewiesen. Der Kläger hat die außergerichtlichen Kosten der Beklagten für das Revisionsverfahren zu erstatten. Im übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

Gründe:

I

Streitig ist die Höhe der vertragsärztlichen Vergütung.

Der Kläger ist seit 1986 als Arzt für Innere Medizin in H. -W. zur kassen- bzw vertragsärztlichen (nunmehr einheitlich: vertragsärztlichen) Versorgung zugelassen.

Mit seinem Widerspruch gegen den Honorarbescheid der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) für das Quartal II/1992, in dem das Honorar auf 105.431,26 DM festgesetzt worden war (Bescheid vom 25. November 1992), machte er geltend, das ihm nach korrekter Anwendung der Honorarverteilungsregelungen der Beklagten zustehende Honorar sei unangemessen niedrig. Seine Praxis sei aufgrund ihrer Lage durch eine besonders ungünstige Patientenstruktur gekennzeichnet. Im Verhältnis zum H. Durchschnitt sei ein erheblich größerer Teil seiner Patienten bei Primärkassen versichert. Das habe zur Folge, daß er in deutlich geringerem Umfang als andere H. Vertragsärzte von den im Vergleich zu den Primärkassen höheren Punktwerten im Ersatzkassenbereich profitieren könne. Zahlreiche seiner Patienten seien ausländischer Herkunft, und im übrigen bestehe im Hinblick auf das soziale Umfeld seiner Praxis ein besonderer psychosozialer Behandlungsbedarf. Da zudem gerade im Hinblick auf die Sozialstruktur seines Stadtteils kaum Privatpatienten die Praxis aufsuchten, sei zwangsläufig die Relation von Honorarumsatz und Ertrag besonders ungünstig. Da die Existenz der Praxis am bisherigen Standort gefährdet sei, sei die Beklagte verpflichtet, durch Maßnahme der Honorarverteilung die besondere Strukturschwäche seiner Praxis auszugleichen. Die Beklagte wies den Widerspruch zurück.

Das Sozialgericht hat die im Laufe des Verfahrens ergangenen und vom Kläger mit derselben Begründung angefochtenen Honorarbescheide für die Quartale III/1992 bis IV/1993, in denen Honorar in vergleichbarer Höhe gezahlt worden war, in das Verfahren einbezogen und die Klage insgesamt abgewiesen (Urteil vom 13. Juli 1994).

Das Landessozialgericht hat die Berufung zurückgewiesen. Das Fehlen eines kassenartenübergreifenden Ausgleichs zugunsten strukturschwacher Praxen sei sowohl mit einfachem Gesetzesrecht wie mit Verfassungsrecht, insbesondere mit den grundrechtlichen Gewährleistungen der Art 3 Abs 1, 12 Abs 1 und 14 Abs 1 Grundgesetz (GG) vereinbar (Urteil vom 18. März 1998).

Mit seiner Revision rügt der Kläger eine Verletzung der Vorschriften über die Honorarverteilung, über die angemessene Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen sowie über die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch die KÄV und schließlich einen Verstoß gegen Art 3 Abs 1, 12 Abs 1 und 14 GG. In seiner Praxis betrage der Anteil der bei Primärkassen versicherten Patienten 80 % gegenüber 20 % Ersatzkassenversicherten. In anderen Stadtteilen H. sei die Verteilung genau umgekehrt; das durchschnittliche Verhältnis betrage etwa 50 % zu 50 %. Wegen der im Ersatzkassenbereich durchweg höheren Punktwerte seien die Einnahmen seiner Praxis geringer; dem stünden indessen keine Einsparmöglichkeiten bei den Praxiskosten gegenüber. Diese Situation habe zur Folge, daß der Ertrag seiner Praxis in den Jahren 1992 und 1993 nur 26 % und im Jahre 1994 nur 21 % der Einnahmen betragen habe, während sich diese Quote bei den Internisten im Durchschnitt auf 41,4 % belaufe. Der signifikant höhere Primärkassenanteil schlage demnach mit einem Verlust in Höhe von 10 % bis 20 % der Gesamtbetriebseinnahmen gegenüber dem Durchschnitt seiner Arztgruppe zu Buche.

Er, der Kläger, habe im Zusammenwirken mit anderen in W. an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte versucht, im Wege der honorarpolitischen Gestaltung auf strukturelle Ausgleichsmaßnahmen seitens der Beklagten hinzuwirken. Entsprechende Anträge der Ärzte des "Kreises 18" (W. und Umgebung) seien jedoch von der Vertreterversammlung abgelehnt worden. Die Auffassung der Beklagten, § 85 Abs 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gestatte keinen kassenartenübergreifenden Ausgleich zugunsten strukturschwacher Praxen, treffe nicht zu. Das Gegenteil ergebe sich vielmehr aus Satz 5 dieser Vorschrift, wonach eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten unterschiedliche Vergütung vorgesehen werden könne. Die Beklagte habe im Hinblick auf die geschilderten strukturellen Unterschiede der Arbeitsbedingungen der einzelnen Praxen eine Ermessensentscheidung darüber zu treffen, ob für bestimmte Versorgungsgebiete eine besondere Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen erfolgen solle. Von diesem Ermessen habe sie keinen Gebrauch gemacht. Die Auffassung des Berufungsgerichts, dieser Ermessensnichtgebrauch sei gerichtlich nicht überprüfbar, könne nicht zutreffen.

Die Beklagte dürfe die ihr von Krankenkassen einer einzelnen Kassenart zufließenden Vergütungsanteile nicht nur für die Versorgung der Versicherten dieser Kassenart verwenden und sei berechtigt, aus den höheren Vergütungen für die Behandlung von Versicherten der Ersatzkassen die Behandlung der Versicherten der Primärkassen zu subventionieren. Die Ersatzkassen müßten ebenfalls ein Interesse daran haben, daß die ärztlichen Leistungen auch in strukturschwachen Versorgungsgebieten insgesamt angemessen honoriert würden. Dort sei andernfalls infolge des Abwanderns von Praxen die vertragsärztliche Versorgung generell nicht mehr sichergestellt.

Aus Art 12 Abs 1 GG ergebe sich schließlich eine Verpflichtung der Beklagten, zugunsten der betroffenen Ärzte einen kassenartenübergreifenden Ausgleich durchzuführen. Richtig sei, daß der freiberuflich tätige Vertragsarzt keinen Anspruch darauf habe, daß die KÄV ihm das wirtschaftliche Risiko seiner Praxistätigkeit abnehme. Voraussetzung für den die Freiberuflichkeit kennzeichnenden Wettbewerb der Ärzte untereinander sei aber, daß die Rahmenbedingungen, unter denen sich das wirtschaftliche Risiko realisiere, vergleichbar seien. Dies sei indessen bei sehr unterschiedlich strukturierten Versorgungsgebieten mit der Folge einer stark vom Durchschnitt abweichenden Verteilung der Patienten einzelner Praxen auf die Primärkassen bzw Ersatzkassen nicht gewährleistet. Diese ungleichen Startbedingungen durch Instrumente der Honorarverteilung auszugleichen, entspreche einem wettbewerbsorientierten Verhalten.

Der Kläger beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 13. Juli 1994 und das Urteil des Landessozialgerichts Hamburg vom 18. März 1998 aufzuheben, den Honorarabrechnungsbescheid vom 25. November 1992 (Quartal II/1992) in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. März 1993 sowie die Honorarabrechnungsbescheide vom 23. Februar 1993 (Quartal III/1992), vom 26. Mai 1993 (Quartal IV/1992), vom 25. August 1993 (Quartal I/1993), vom 24. November 1993 (Quartal II/1993), vom 22. Februar 1994 (Quartal III/1993) und vom 25. Mai 1994 (Quartal IV/1993) zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts einen neuen Bescheid über eine höhere angemessene Vergütung im Rahmen einer kassenübergreifenden Honorarumverteilung für die Quartale II/1992 bis IV/1993 zu erteilen.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Sie vereinbare in getrennten Gesamtverträgen mit ihren Gesamtvertragspartnern je einen Gesamtvertrag über eine eigenständige Gesamtvergütung. Diese für jeden Gesamtvertragspartner in anderer Höhe vereinbarte Gesamtvergütung werde nach den Bestimmun0gen des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) verteilt. Dadurch sei sichergestellt, daß die Mittel eines Gesamtvertragspartners auch nur für die ambulante Versorgung von Versicherten der Krankenkassen dieses Partners aufgewendet würden. Die der KÄV in § 85 Abs 4 Satz 5 SGB V eingeräumte Befugnis, eine nach Arztgruppen- und Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung vorzunehmen, sei nicht dahin zu verstehen, daß eine Verpflichtung zu einem kassenartenübergreifenden Ausgleich für strukturschwache Praxen bestehe. Das vertragsärztliche Vergütungssystem habe notwendigerweise zur Konsequenz, daß bei unterschiedlichen Gesamtvergütungen und unterschiedlichem Leistungsaufkommen die Punktwerte differieren könnten, und zwar nicht nur zwischen den verschiedenen Gesamtvertragspartnern, sondern auch je nach Abrechnungsquartal. Dem Kläger stehe kein Rechtsanspruch auf eine höhere als die sich aus den dargestellten Regelungen ergebende Vergütung zu. Auch unter Sicherstellungsgesichtspunkten könne sein Verlangen keinen Erfolg haben. Sollten die von ihm geschilderten Konsequenzen in der Realität zu Sicherstellungsproblemen in bestimmten Bezirken der F. und H. H. führen, wofür es derzeit keine Anhaltspunkte gebe, stünden ihr - der Beklagten - die im Gesetz und in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte vorgesehenen Gestaltungsmöglichkeiten zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrags zur Verfügung.

Die Beigeladenen zu 4) und 5) beantragen ebenfalls,
die Revision zurückzuweisen.

Sie verweisen auf die historischen Gründe für die im Ersatzkassenbereich höheren Pauschalen und sind der Auffassung, die Einführung eines gesonderten kassenartenübergreifenden Strukturausgleichs durch einen HVM sei gesetzlich nicht vorgesehen.

II

Die Revision des Klägers ist nicht begründet.

Der Kläger hat, wie die Vorinstanzen zutreffend entschieden haben, keinen Anspruch auf ein höheres als das in den angefochtenen Bescheiden festgesetzte Honorar. Für den von ihm geltend gemachten Anspruch auf einen kassenartenübergreifenden Ausgleich zugunsten strukturschwacher Praxen besteht keine gesetzliche Grundlage. Das gilt sowohl für die drei streitbefangenen Quartale des Jahres 1992 als auch für die vier streitbefangenen Quartale des Jahres 1993.

Ein Anspruch des Klägers gegen die Beklagte, einen kassenartenübergreifenden Honorarausgleich im Wege der Honorarverteilung vorzunehmen, besteht für die Quartale II/1992 bis IV/1992 schon deshalb nicht, weil in diesem Zeitraum das Honorar für die Behandlung von Versicherten aus dem Ersatzkassenbereich nicht nach Maßgabe der Bestimmungen des HVM der Beklagten zu verteilen war. Die Ersatzkassen sind erst durch das zum 1. Januar 1993 in Kraft getretene Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) in das Gesamtvergütungssystem

einbezogen worden (vgl BSG SozR 3-2500 § 95 Nr 9 S 34 mwN). In der Zeit vom 1. Januar 1989 bis zum 31. Dezember 1992 wurde die Vergütung der an der Versorgung von Versicherten der Ersatzkassen teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen gemäß § 82 Abs 3 Satz 1 SGB V idF des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) in den Verträgen nach § 83 Abs 3 SGB V (idF des GRG) geregelt. Nach der letztgenannten Vorschrift schließen die Verbände der Ersatzkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KÄBV) mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen Verträge über die vertragsärztliche Versorgung, wobei die Vorschriften der § 83 Abs 2 und § 82 Abs 1 sowie § 85 SGB V entsprechend gelten. Die Vergütung der an der Versorgung von Versicherten der Ersatzkassen beteiligten Ärzte ist somit in bundesweit geltenden Verträgen zwischen den Beigeladenen zu 4) und 5) sowie der KÄBV geregelt worden. Die Honorarverteilungskompetenz der KÄV gemäß § 85 Abs 4 SGB V hat sich deshalb vor Inkrafttreten des GSG nicht auf die Ersatzkassenhonorare erstreckt.

Dem tragen die Vorschriften des Arzt-/Ersatzkassenvertrages (EKV-Ä) Rechnung. Nach § 14 Abs 1 EKV-Ä in der ab 1. Oktober 1990 geltenden Fassung erfolgte im Ersatzkassenbereich die Vergütung des Vertragsarztes auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabs nach Einzelleistungen nach Maßgabe der für die Ersatzkassenpraxis geltenden Gebührenordnungen und den Bestimmungen des geltenden Honorarvertrages. Die Vertragskassen entrichteten die Vergütung für die Versorgung ihrer Versicherten mit befreiender Wirkung in einem Betrag an die KÄBV nach Maßgabe des geltenden Honorarvertrages (§ 14 Abs 2 EKV-Ä). Die KÄBV leitete die auf die einzelnen KÄVen entfallenden Beträge an diese weiter. Da die Vergütung allein für die vertragsärztliche Versorgung der Ersatzkassenversicherten geleistet wurde, war die einzelne KÄV gehindert, im Wege der Honorarverteilung Vergütungsbestandteile, die ihr von den Ersatzkassen über die KÄBV zugeleitet wurden, für die Honorierung ärztlicher Leistungen zu verwenden, die nicht der Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen dienten. Dies wird auch durch die Regelung des § 21 Abs 12 EKV-Ä aF bestätigt, wonach die Berücksichtigung der vertragsärztlichen Tätigkeit für die Ersatzkassenversicherten bei Honorarverteilungsregelungen für andere Versicherungsträger unzulässig ist.

Die (auch) in § 21 Abs 12 EKV-Ä zum Ausdruck kommende, bis Ende 1992 bestehende strikte Trennung der Vergütung der ärztlichen Leistungen je nach Kassenbereich ist rechtlich nicht zu beanstanden. Sie spiegelt die geschichtlich gewachsenen Unterschiede zwischen Primär- und Ersatzkassen wider. Nachdem diese im Laufe der Zeit nur noch aus ihrer Entstehung erklärbar, in der Sache aber immer weniger gerechtfertigt waren, sind sie durch gesetzgeberische Maßnahmen in den vergangenen Jahren mehr und mehr beseitigt worden. Bereits seit dem 1. Januar 1977 konnten Ärzte und Zahnärzte nur noch für die kassen- und die vertragsärztliche Tätigkeit (alten Rechts) zugelassen werden. Lediglich diejenigen Ärzte, die vor dem 1. Januar 1977 an der Versorgung von Versicherten der Ersatzkassen beteiligt waren, konnten die Bindung dieser Tätigkeit an die kassenärztliche Zulassung noch lösen (vgl BSGE 78, 175, 180 = SozR 3-5407 Art 33 § 3a Nr 1). Seit Inkrafttreten des GSG wird nur noch eine einheitliche Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung (neuen Rechts) erteilt, die den Vertragsarzt berechtigt und verpflichtet, Versicherte aller Krankenkassen einschließlich der Ersatzkassen zu versorgen (§ 95 Abs 3 SGB V).

Die Unterschiede zwischen den Kassenbereichen haben sich nicht nur auf die Vergütung der ärztlichen Leistungen ausgewirkt. Zu der in mancher Hinsicht vergleichbaren Situation unterschiedlicher Beitragssätze der Versicherten je nach Kassenzugehörigkeit bei grundsätzlich bestehender Kassenwahlmöglichkeit für Angestellte und verpflichtender Zuordnung zu einer bestimmten Kasse für Arbeiter hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) 1994 in Übereinstimmung mit dem Bundessozialgericht für die achtziger Jahre entschieden, daß darin (noch) keine verfassungswidrige Ungleichbehandlung liege. Zur Begründung hat das BVerfG vor allem auf das historisch gewachsene System einer gegliederten gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland und die kontinuierlichen Bemühungen des Gesetzgebers hingewiesen, sachlich nicht mehr gerechtfertigte Unterschiede nach und nach zu beseitigen und zB durch Ausgleichsmaßnahmen zwischen Krankenkassen und die Einführung des freien Kassenwahlrechts (§ 173 SGB V in der ab 1. Januar 1996 geltenden Fassung gemäß Art 35 Abs 6 GSG) für eine Angleichung insbesondere der Beitragssätze zu sorgen (BVerfGE 89, 365 = SozR 3-2200 § 385 Nr 4 sowie BSGE 58, 134 = SozR 2200 § 385 Nr 14). Da der Gesetzgeber durch das GSG bereits ab 1993 auch die Honorierung der ärztlichen Leistungen in den verschiedenen Kassenbereichen angeglichen hat, müssen aus den vom BVerfG angeführten allgemeinen Erwägungen die zuvor bestehenden Unterschiede für die Vergangenheit auch insoweit hingenommen werden. Bis zum 31. Dezember 1992 ist der geltend gemachte Anspruch des Klägers auf Kompensation der wirtschaftlichen Konsequenzen eines geringeren Anteils von Versicherten der Ersatzkassen in seiner Praxis bei höheren Ersatzkassenhonoraren auch aus diesen Gründen nicht gegeben.

Ein Rechtsanspruch des Klägers auf einen kassenartenübergreifenden Honorarausgleich besteht auch für die Zeit ab dem 1. Januar 1993 nicht. Zwar sind die Ersatzkassen durch das GSG in das System der regionalisierten Gesamtvergütung einbezogen worden (vgl im einzelnen BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 17 S 109 f). Damit verfügt die KÄV über die rechtliche Möglichkeit, die Vergütung aller vertragsärztlichen Leistungen im Rahmen ihres HVM auf der Grundlage des § 85 Abs 4 SGB V zu regeln (vgl KassKomm-Hess, § 85 SGB V RdNr 70 zur Einbeziehung der Ersatzkassen in das Gesamtvergütungssystem). Eine Verpflichtung der KÄV, die Gesamtvergütung iS des § 85 Abs 4 Satz 1 SGB V über alle Kassenarten hinweg und auch im Hinblick auf die früheren Primär- und Ersatzkassen einheitlich zu verteilen und so unterschiedliche Punktwerte für identische Leistungen je nach Versichertenstatus generell auszuschließen, war aber gleichwohl nicht gegeben (vgl Hess aaO RdNr 70).

Gegen eine solche Verpflichtung zur einheitlichen Verteilung spricht bereits, daß nach § 82 Abs 2 Satz 2 SGB V die Verhandlungen über die Vergütungsverträge zwischen Krankenkassen einschließlich der Ersatzkassen und KÄVen getrennt oder gemeinsam geführt werden können. Der Begründung des Entwurfs der Fraktionen von CDU/CSU, F.D.P. und SPD zum GSG vom 5. November 1992 ist zu entnehmen, daß über den bisher, also bis Ende 1992 geltenden Rechtszustand notwendig getrennter Vergütungsverhandlungen je Kassenart hinausgehend nunmehr gemeinsame Verhandlungen ermöglicht werden sollten, um so die Verhandlungsposition der Kassen zu stärken (vgl BT-Drucks 12/3608 S 85). Deshalb ist die Regelung des § 21 Abs 12 EKV-Ä in der ab dem 1. Oktober 1990 geltenden Fassung über die Unzulässigkeit der Berücksichtigung der vertragsärztlichen Tätigkeit alten Rechts bei Honorarverteilungsmaßstäben anderer Kostenträger mit Inkrafttreten des GSG obsolet geworden. Demgemäß enthält die die Vorgaben des GSG umsetzende, am 1. Juli 1994 in Kraft getretene Neufassung des EKV-Ä eine vergleichbare Regelung nicht mehr. Eine Verpflichtung der Kassen, nur gemeinsam und einheitlich zu verhandeln und abzuschließen, ist im Gesetz aber ausdrücklich nicht normiert worden. Ob insoweit dem Wettbewerb der Kassen untereinander tatsächlich mehr Raum gelassen werden sollte (so KassKomm-Hess § 82 SGB V RdNr 13), mag auf sich beruhen. Es wäre jedenfalls widersprüchlich, wenn eine KÄV mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen getrennte Gesamtvergütungsvereinbarungen schließen darf, die etwa auf der Grundlage einer Kopfpauschale hinsichtlich der Höhe differieren können, dann aber im Rahmen der Honorarverteilung gezwungen wäre, unabhängig von der Kassenart einheitliche Verteilungspunktwerte vorzuschreiben. Die Höhe der Gesamtvergütung bezogen auf den einzelnen Versicherten oder den einzelnen Behandlungsfall hätte dann keinerlei Einfluß auf die Höhe der Vergütung der ärztlichen Leistungen, was dem Sinn der Regelung des § 82 Abs 2 Satz 2 SGB V, nämlich

getrennte und demnach auch unterschiedliche Gesamtverträge abschließen zu dürfen, zuwiderliefe. Von daher bestehen keine Bedenken dagegen, daß sich im Rahmen der Primärkassen unterschiedliche Verteilungspunktwerte je nach Kassenart ergeben können (noch offengelassen im Senatsurteil vom 13. November 1996, BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 16 S 106). Ebenso waren einzelne Gesamtvertragspartner berechtigt, unter Geltung der Budgetierungsvorschriften des § 85 Abs 3a bis c SGB V idF des GSG je nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit einzelner Krankenkassen bzw Kassenverbände Steigerungen der Gesamtvergütungen zu vereinbaren, die hinter der gesetzlich zugelassenen Obergrenze der Erhöhung zurückbleiben. Die unterschiedliche Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen hat im regionalisierten Krankenkassensystem schon immer und auch notwendigerweise unterschiedlich hohe Vergütungen der gleichen ärztlichen Leistungen im Bundesgebiet zur Folge gehabt, die sich in deutlichen Schwankungen der Auszahlungspunktwerte verwirklicht haben (BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 20 S 128/129). Der Senat hat dementsprechend im Urteil vom 13. November 1996 lediglich die Honorierung ärztlicher Leistungen gegenüber Versicherten solcher Kassen, die nicht Gesamtvertragspartner der KÄV des jeweiligen Arztes sind, mit einem alle Kassenarten übergreifenden Fremdkassenpunktwert als sachwidrig beanstandet (SozR 3-2500 § 85 Nr 16 S 106).

Aus § 82 Abs 2 Satz 2 SGB V ist somit abzuleiten, daß bei nach Kassenarten getrennt vereinbarten Gesamtverträgen die Verteilungspunktwerte je nach Kassenart variieren dürfen. Daraus folgt, daß auch Punktwertdifferenzen zwischen (einzelnen oder allen) Primärkassen und Ersatzkassen nicht kraft Gesetzes ausgeschlossen sind. Die Unterschiede zwischen den Primärkassen und den Ersatzkassen sind nach der vollständigen Einbeziehung der Ersatzkassen in das Gesamtvergütungssystem nicht mehr prinzipiell von anderer Art als diejenigen zwischen den Kassen des Primärkassenbereichs.

Entgegen der Auffassung des Klägers läßt sich eine Verpflichtung der KÄV, eine Ermessensentscheidung hinsichtlich kassenartenübergreifender Ausgleichsmaßnahmen bei vom Durchschnitt abweichenden Anteilen von Primär- und Ersatzkassenpatienten in der einzelnen Praxis zu treffen, auch nicht aus § 85 Abs 4 Satz 8 SGB V idF des GKV-SolG vom 19. Dezember 1998 (BGBl I S 3853) ableiten. Nach dieser Vorschrift kann der HVM eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung vorsehen. Die Regelung ist als § 85 Abs 4 Satz 6 SGB V durch das GRG eingeführt worden; § 368f Abs 1 Reichsversicherungsordnung in der bis Ende 1988 geltenden Fassung enthielt eine vergleichbare Bestimmung noch nicht (vgl Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 85 RdNr 1).

Bedenken bestehen bereits gegen den Ausgangspunkt der Erwägungen des Klägers, wonach der einzelne Arzt verlangen können soll, daß die Vertreterversammlung bei Erlaß eines HVM eine begründete und der gerichtlichen Nachprüfung zugängliche Entscheidung zu treffen habe, ob von den Gestaltungsmöglichkeiten des § 85 Abs 4 Satz 6 SGB V idF des GRG (= Satz 8 idF des GKV-SolG) Gebrauch gemacht werden soll. Hinsichtlich der Gestaltung der Honorarverteilung kommt der KÄV im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben des § 85 Abs 4 SGB V eine eigenständige Gestaltungsfreiheit zu. Der Charakter des HVM als Satzungsregelung, die von der Vertreterversammlung der KÄV im Rahmen der dieser zustehenden Autonomie erlassen wird, schließt aus, den Erlaß des HVM als Gesetzesvollzug seitens einer Verwaltungsbehörde zu verstehen, die von den ihr im Gesetz eingeräumten Handlungsmöglichkeiten ("kann") nach ihrem grundsätzlich der gerichtlichen Überprüfung zugänglichen Ermessen (vgl beispielhaft § 54 Abs 2 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG), § 114 Satz 1 Verwaltungsgerichtsordnung) Gebrauch zu machen hat. Ob eine KÄV die gesetzliche Ermächtigung zu einer nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten differenzierenden Honorarverteilung nutzt, obliegt ihrer normativen Gestaltungsfreiheit und ist insoweit grundsätzlich einer gerichtlichen Nachprüfung entzogen. Die Gerichte können lediglich überprüfen, ob die von der KÄV beschlossene Form der Honorarverteilung den gesetzlichen Vorgaben entspricht. Sie haben aber nicht zu beurteilen, ob die Erwägungen, die die Vertretersammlung zu einer Entscheidung für oder gegen eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten differenzierenden Honorarverteilung bewogen haben, überzeugend sind oder nicht.

Es bedarf hier keiner Entscheidung, ob in besonders gelagerten Konstellationen eine KÄV dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit und insbesondere dem darin enthaltenen Differenzierungsgebot (vgl BSGE 83, 52, 58 = SozR 3-2500 § 85 Nr 28 S 207) nur durch eine nach Arztgruppen und/oder Versorgungsgebieten unterscheidende Honorarverteilung entsprechen könnte. Für die vom Kläger geforderte Durchführung eines kassenartenübergreifenden Honorarausgleichs zugunsten von Praxen mit einem unterdurchschnittlichen Anteil von Versicherten der Ersatzkassen bieten beide Differenzierungstatbestände keine Grundlage. Ärzte, die weniger Ersatzkassenversicherte behandeln als andere, bilden keine "Arztgruppe" im Sinne dieser Vorschrift, die erkennbar an die gesetzliche Konzeption einer nach einzelnen ärztlichen Fachgebieten gegliederten vertragsärztlichen Tätigkeit (vgl BSG SozR 3-2500 § 97 Nr 7 S 27) anknüpft. Unterschiede hinsichtlich der Versichertenstruktur in einzelnen Praxen eines ärztlichen Fachgebiets haben ferner keinen Bezug zu dem Verteilungskriterium "Versorgungsgebiet" iS des § 85 Abs 4 Satz 6 SGB V idF des GRG.

Im Gesetzgebungsverfahren zum GRG ist dieser Begriff nicht erläutert worden. Der Regierungsentwurf enthält in § 93 Abs 4 Satz 6 die später als § 85 Abs 4 Satz 6 SGB V Gesetz gewordene Formulierung (BT-Drucks 11/2237 S 33), doch beschränkt sich die Begründung auf den - nur begrenzt zutreffenden - Hinweis, es werde bisheriges Recht übernommen (aaO S 193). Im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens ist die Regelung weder erläutert noch modifiziert worden (vgl BT-Drucks 11/3320 S 54; BT-Drucks 11/3480 S 58). Im Schrifttum wird ausgeführt, die Differenzierung nach Versorgungsgebieten dürfe besonderen Verhältnissen wie Landpraxen oder notwendigen besonderen Praxisausstattungen Rechnung tragen (Wiegand in: Maaßen/Schermer/Wiegand/Zipperer, GKV-Kommentar, § 85 SGB V RdNr 32) bzw stehe in Verbindung mit speziellen Vergütungsregelungen zugunsten der Hausärzte (Krauskopf, aaO, § 85 RdNr 32). Der Senat hat die Möglichkeit einer nach Versorgungsgebieten unterschiedlichen Honorarverteilung bislang im Zusammenhang mit der Bildung von Honorarkontingenten für einzelne Fachgruppen und Leistungsbereiche (zB Radiologie, Labor) erwähnt (vgl BSGE 83, 1, 2 = BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 26 S 184 sowie Senatsurteil vom 3. März 1999 - B 6 KA 15/98 R -), ohne freilich den Begriff "Versorgungsgebiet" näher zu bestimmen. Eine grundsätzliche Klärung dieses Tatbestandsmerkmals ist auch hier nicht geboten. Nach der Systematik des § 85 SGB V kann es nämlich nur räumlich, also auf bestimmte örtliche Situationen (in diesem Sinne BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 16 S 105), oder gegenständlich, also auf bestimmte Versorgungsformen wie die hausärztliche oder fachärztliche Behandlung, bezogen sein. Ein Bezug zur Versichertenstruktur der Patienten einer Praxis - worauf das Begehren des Klägers hinausläuft - ist jedenfalls ausgeschlossen. Das ergibt sich mittelbar aus § 85 Abs 2 Satz 3 SGB V idF des GKV-SolG, der mit Satz 10 dieser Vorschrift idF des 2. GKV-NOG vom 23. Juni 1997 (BGBl I S 1520) sowie mit Satz 3 idF des GSG identisch ist. Danach ist im Rahmen der Ermittlung der Gesamtvergütung im Verhältnis zwischen Krankenkassenverband und KÄV die Vereinbarung unterschiedlicher Vergütungen für die Versorgung verschiedener Gruppen von Versicherten nicht zulässig. Diese Regelung soll klarstellen, daß Vergütungsvereinbarungen, die für bestimmte Gruppen von Versicherten - zB für die Mitglieder der Krankenversicherung der Rentner - unterschiedliche Vergütungen der Ärzte vorsehen, unzulässig sind (BT-Drucks 12/3608 S 87).

Primär verweist die Vorschrift damit auf die besondere Situation der Krankenversicherung der Rentner (vgl KassKomm-Hess, § 85 SGB V RdNr 34). Darin erschöpft sich ihr Anwendungsbereich jedoch nicht. Sie schließt generell aus, die Vergütung ärztlicher Leistungen etwa nach dem Geschlecht der Versicherten, nach ihrem Status als Pflichtversicherte oder als freiwillige Mitglieder einer Krankenkasse, als Stammversicherte oder als versicherte Familienangehörige oder nach ihren der Beitragsbemessung zugrundeliegenden Einnahmen zu variieren. Soweit die genannten Anknüpfungsmerkmale Einfluß auf die wirtschaftliche Stärke einer Krankenkasse haben, werden diese in bestimmtem Umfang über den Risikostrukturausgleich kompensiert. Nach § 266 SGB V werden zwischen den Krankenkassen jährlich die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden ua in der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder ausgeglichen. Durch den Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner (§§ 268 ff SGB V) wird darüber hinaus sichergestellt, daß die Leistungsaufwendungen für die Rentner und ihre versicherten Angehörigen nicht von der Krankenkasse getragen werden, bei der ein Rentner versichert ist, sondern durch einen Finanzierungsanteil der Krankenkassen im Rahmen des KVdR-Ausgleichs finanziert werden (vgl Wasem in: Maaßen/Schermer/Wiegand/Zipperer, GKV-Kommentar, § 268 SGB V RdNr 2). Die Zahl der bei einer Kasse versicherten Rentner beeinflußt danach die Leistungsfähigkeit dieser Kasse nicht.

Aus der Zusammenschau dieser Vorschriften ergibt sich, daß kraft Gesetzes sowohl die unterschiedliche Belastung der einzelnen Krankenkasse mit den Kosten der Rentnerbehandlung als auch die Unterschiede hinsichtlich der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Kassenmitglieder in speziell geregelten Verfahren ausgeglichen werden. Das schließt wiederum grundsätzlich aus, daß die einzelne KÄV kraft Gesetzes gehalten sein kann, Honorarumverteilungsregelungen einzuführen, die im Kern an den Versichertenstatus (Allgemein-Versicherter bzw Rentner) oder an die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten anknüpfen. Dem typischerweise höheren Leistungsaufwand im Rahmen der Rentnerbehandlung darf zwar durch unterschiedliche Leistungsbewertungen im EBM-Ä Rechnung getragen werden (KassKomm-Hess, § 85 SGB V RdNr 34 sowie BSG SozR 3-2500 § 87 Nr 15 S 61 zum Praxisbudget bei Basislaborleistungen, dessen Berechnung nach Allgemeinversicherten und Rentnern differenziert). Die unterschiedliche Höhe der Grundlohnsumme der einzelnen Krankenkasse bzw Kassenart, soweit sie im Gesamtvertrag berücksichtigt worden ist und sich mittelbar in variierenden Verteilungspunktwerten niederschlägt, ist jedoch kein damit vergleichbarer Umstand. Die Differenzen in der Leistungskraft der einzelnen Kasse bzw Kassenart werden, soweit sie nach der gesetzlichen Konzeption auszugleichen sind und der Kasse nicht als Element des Wettbewerbs zugute kommen sollen, ausschließlich nach den Vorschriften über den Risikostrukturausgleich bzw über den Finanzausgleich im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner berücksichtigt. Seitdem die Ersatzkassen durch das GSG in das System der gesetzlichen Krankenversicherung eingegliedert sind, besteht schon aus diesem Grund keine Verpflichtung der KÄV, Abweichungen in der Zusammensetzung der Patienten einer Praxis nach dem Kriterium der Mitgliedschaft in einer Primär- oder einer Ersatzkasse durch Regelungen der Honorarverteilung auszugleichen.

Das Verlangen des Klägers nach einem kassenartenübergreifenden Ausgleich zugunsten "strukturschwacher" Praxen ist auch nicht unter dem Gesichtspunkt der Sicherstellungsverpflichtung der Beklagten (§ 75 Abs 1 SGB V) gerechtfertigt. Der Senat hat bislang noch nicht abschließend entschieden, ob eine KÄV überhaupt kraft ihres Sicherstellungsauftrags berechtigt ist, existenzgefährdete Praxen mit Mitteln der Honorarverteilung zu Lasten anderer Praxen finanziell zu stützen (vgl BSGE 75, 37, 43 = SozR 3-2500 § 85 Nr 7 S 43 mit Nachweisen aus der früheren Rechtsprechung). Das wirtschaftliche Risiko seiner Tätigkeit hat der Vertragsarzt jedenfalls grundsätzlich selbst zu tragen; die KÄV ist nicht gehalten, ihm die Sorge um seine Existenz abzunehmen (BSGE aaO S 45 = SozR aaO S 44 f). Im Urteil vom 20. Januar 1999 (- B 6 KA 46/97 R -, BSGE 83, 205 = SozR 3-2500 § 85 Nr 29) hat der Senat lediglich ausgesprochen, daß die KÄV im Wege der Honorarverteilung den Ärzten einer Arztgruppe, die als Folge eines Punktwertrückgangs im Hinblick auf die besonderen Bedingungen ihrer Tätigkeit (konkret: Erbringung ausschließlich zeitgebundener und genehmigungsbedürftiger psychotherapeutischer Leistungen) benachteiligt sind, unter Gleichbehandlungsgesichtspunkten ermöglichen muß, daß ihre Chancen auf Erzielung eines Einnahmeüberschusses nicht signifikant hinter den entsprechenden Möglichkeiten anderer Arztgruppen zurückbleiben (BSG aaO S 213 = SozR aaO S 220). Im übrigen ist für Stützungsmaßnahmen im Wege der Honorarverteilung allenfalls dann Raum, wenn bei einer Arztgruppe die Versorgung der Versicherten in einem Teilbereich der vertragsärztlichen Versorgung generell gefährdet wäre (BSGE 75, 187, 192 = SozR 3-2500 § 72 Nr 5 S 10). Dafür, daß diese Situation in H. hinsichtlich der Arztgruppe der Internisten eingetreten sein könnte oder unmittelbar droht, bestehen nach den Feststellungen der Vorinstanz keinerlei Anhaltspunkte.

Schließlich beruhen die wirtschaftlichen Schwierigkeiten, die der Kläger für seine Praxis trotz überdurchschnittlich hoher Fallzahlen und überdurchschnittlich hoher Umsätze geltend macht, nicht in erster Linie auf der ungünstigen Verteilung von Primär- und Ersatzkassenversicherten in seiner Praxis. Die angefochtenen Honorarbescheide lassen erkennen, daß in einigen Leistungsbereichen die Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen im Primärkassenbereich günstiger als im Ersatzkassenbereich war. Das beruht zum einen darauf, daß die Punktwerte im Primärkassenbereich je nach Kassenart stark schwankten und vor allem durch durchweg besonders niedrige Punktwerte der AOK Hamburg und besonders hohe, die Ergebnisse im Ersatzkassenbereich durchweg überschreitende Punktwerte der Seekasse gekennzeichnet waren. Die Verteilungspunktwerte der Betriebskrankenkassen überschritten teils diejenigen der Angestellten-Ersatzkassen, teils unterschritten sie sie und lagen in den meisten Bereichen oberhalb der Werte, die im Bereich der Arbeiter-Ersatzkassen zur Verteilung zu verzeichnen waren. Weiterhin ist zu berücksichtigen, daß im Primärkassenbereich andere Formen der Mengenbegrenzung praktiziert wurden als im Ersatzkassenbereich. Das hat bewirkt, daß der Primärkassenpunktwert für einige allgemeine Leistungen niedriger, für bestimmte, im Primärkassenbereich besonders geförderte Leistungen - wie phasenweise das ambulante Operieren -, deutlich höher war als im Ersatzkassenbereich. Wenn aber in einem Kassenbereich die Bandbreite zwischen den am besten und den am schlechtesten honorierten ärztlichen Leistungen größer ist als im anderen Bereich, kann nicht undifferenziert davon ausgegangen werden, die Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen im Ersatzkassenbereich sei stets besser als diejenige im Primärkassenbereich. Je nach Struktur der Praxis sowohl im Hinblick auf die Kassenzugehörigkeit der Patienten als auch im Hinblick auf das spezielle Leistungsangebot des Arztes werden sich deutliche Unterschiede ergeben. Eine Praxis, die sich im hier zu beurteilenden Zeitraum auf ambulante Operationen spezialisiert und einen besonders hohen Anteil von Versicherten der Seekasse betreut hat, dürfte durchweg höhere Punktwerte erzielt haben als eine Praxis, die zu 80 % Versicherte der Ersatzkassen betreut und überdurchschnittlich viele Laborleistungen abgerechnet hat. Die Honorierung dieser Leistungen im Ersatzkassenbereich ist nämlich teilweise mit deutlich niedrigen Punktwerten als im Primärkassenbereich erfolgt. Im Hinblick darauf sowie auf die geringfügigen Fallwertdifferenzen zwischen Primär- und Ersatzkassenbereich (durchweg nur zwischen 6,- DM und 7,- DM) sowie schließlich aufgrund des Umstandes, daß der Kläger im Primärkassenbereich in einzelnen Quartalen sogar höhere Fallwerte abgerechnet hat als im Ersatzkassenbereich, steht damit fest, daß die Differenzierung zwischen beiden Kassenbereichen für die aus der Sicht des Klägers unbefriedigende wirtschaftliche Situation seiner Praxis nicht von entscheidender Bedeutung gewesen ist. Soweit der Kläger bei überdurchschnittlich hoher Fallzahl und Einnahmen von 484.748 DM (1992) sowie 504.116 DM (1993) nach eigenen Angaben nur Erträge von 26 % dieser Beträge erzielt hat, beruht dies nicht auf der Relation von Ersatz- und Primärkassenversicherten.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 1 und 4 SGG.
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2003-08-28