

L 7 KA 260/03

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

7

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 71 KA 13/02

Datum

20.08.2003

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 7 KA 260/03

Datum

27.06.2007

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 20. August 2003 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe der vertragsärztlichen Vergütung in den Quartalen I/1998, II/1998, I/1999 und IV/1999.

Die Klägerin, Fachärztin für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie, nimmt seit 15. September 1997 an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Bis zum 31. Dezember 1997 war sie zunächst ermächtigt. Ab 1. Januar 1998 ist sie als fachärztliche Internistin zur vertragsärztlichen Versorgung in B zugelassen.

Bei der Honorierung der von der Klägerin erbrachten Leistungen erkannte die Beklagte in den Honorarbescheiden für das Quartal I/1998 von 792.120,2 angeforderten Punkten 545.556 Punkte, für das Quartal II/1998 von 766.607,4 angeforderten Punkten 517.203, für das Quartal I/1999 von 1.141.083,8 angeforderten Punkten 744.549 Punkte und für das Quartal IV/1999 von 1.256.571 angeforderten Punkten 897.159 Punkte an. Die Kürzungen in den Quartalen I/1998 und II/1998 sowie I/1999 und IV/1999 beruhten insbesondere auf der Kürzung der GO-Nummer 17 (Gesprächsleistungen) sowie GO-Nummer 60 (Ganzkörperstatus), die die Beklagte nach dem insoweit gleichlautenden Bestimmungen des § 10 a Abs. 1 Satz 1 ihrer Honorarverteilungsmaßstäbe in den Fassungen vom 1. Januar 1998, 1. April 1998, 1. Januar 1999 sowie vom 1. Oktober 1999 einer Budgetierung unter Rückgriff auf die Teilbudgets für "Fachärztliche Internisten" und "Pneumologen" in den Allgemeinen Bestimmungen A I 5 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in der ab dem 1. Juli 1996 gültigen Fassung (EBM 1996) unterzog. Die Überschreitungen betragen bei den Gesprächsleistungen in den vier streitigen Quartalen 1.098,75%, 414,81 %, 147,87 % und 105,33 % und beim Ganzkörperstatus 882,09 %, 385,34 %, 408,86 % und 324,74 %.

Mit ihren gegen die Honorarbescheide für die oben genannten Quartale erhobenen Widersprüchen wandte sich die Klägerin gegen die Budgetierungsmaßnahme der Beklagten innerhalb des Honorarverteilungsmaßstabes. Der am 1. Juli 1997 in Kraft getretene EBM, (EBM 1997) sehe keine Budgetierung der Leistungen der fachärztlichen Internisten und Pneumologen vor, so dass die Budgetierungsmaßnahmen im HVM unzulässig seien. Das I. Quartal 1998 sei ihr erstes Quartal als niedergelassene Vertragsärztin gewesen. Da sie am Beginn ihrer Praxisarbeit gestanden habe, sei der überwiegende Anteil der Patienten für sie neu gewesen, so dass sie zu Beginn des Patientenkontaktes ausführlichere Gespräche und Untersuchungen habe durchführen müssen. Mit Widerspruchsbescheid vom 17. September 2001 wies die Beklagte die Widersprüche als unbegründet zurück. Es sei richtig, dass die Klägerin als fachärztliche Internistin nicht zu den in den allgemeinen Bestimmungen A I Teil B 1.5 EBM aufgeführten Fachgruppen gehöre, die den zum 1. Juli 1997 eingeführten Budgetierungsregelungen im EBM unterlägen. Gleichwohl sei die Klägerin den mengenbegrenzenden Regelungen des § 10 a der hier anwendbaren HVM der Beklagten unterworfen. Die Einführung der Teilbudgets sei rechtlich nicht zu beanstanden. Da u. a. für die fachärztlichen Internisten zum 1. Juli 1997 (Einführung der Praxisbudgets) noch keine ausreichenden Daten für die Berechnung des Kostensatzes vorlegen hätten, habe die Beklagte aus Gründen der Gerechtigkeit gegenüber denjenigen Fachgruppen, die ab dem 1. Juli 1997 einem Praxisbudget unterlegen hätten, für die fachärztlichen Internisten und Pneumologen die Beibehaltung der zum 1. Juli 1996 im EBM eingeführten Teilbudgets über den 1. Juli 1997 hinaus beschlossen (Beschluss vom 12. Juni 1997). Somit seien sieben verschiedene Teilbudgets verblieben, vor denen die Klägerin nur die Teilbudgets "Gesprächsleistungen" und "Ganzkörperstatus" überschritten habe. Der Klägerin stehe kein Anspruch auf Vergütung der Leistungen in einer bestimmten Höhe zu. Vielmehr könne die Beklagte nur die festgesetzte Gesamtvergütung unter Berücksichtigung einer proportionalen Verteilung an die Vertragsärzte weitergeben. Es sei zulässig, im HVM gesonderte arztgruppenbezogene Honorarkontingente zu bilden.

Mit ihrer vor dem Sozialgericht Berlin erhobenen Klage führt die Klägerin aus: Der Bewertungsausschuss habe den EBM mit Wirkung ab 1. Juli 1997 geändert und für die fachärztlichen Internisten ausdrücklich eine Praxisbudgetierung abgelehnt. Diese Entscheidung sei für die Beklagte verbindlich, so dass die im HVM erfolgten Maßnahmen unzulässig seien. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG) gehe grundsätzlich davon aus, dass die Honorarverteilungsregelungen dem Maßstab aus [Art. 12](#) in Verbindung mit [Art. 3 Grundgesetz \(GG\)](#) unter dem Gesichtspunkt der Honorarverteilungsgerechtigkeit unterlägen. Ein der Budgetierungsregelung zu Grunde liegender rechtfertigender Grund sei von der Beklagten nicht dargelegt worden.

Mit Urteil vom 20. August 2003 hat das Sozialgericht Berlin die Klage abgewiesen. § 10 a HVM der Beklagten beachte das im § 85 Abs. 4 Satz 3 Sozialgesetzbuch/Fünftes Buch - SGB V - in der bis zum 31. Dezember 1999 geltenden Fassung des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) vom 20. Dezember 1988 ([BGBl. I S. 2477](#)) angesprochene Gebot der leistungsproportionalen Vergütung. Es sei sehr wohl zulässig, Leistungen, die nicht der Budgetierung in Praxisbudgets unterworfen seien, einer Budgetierung durch den HVM zu unterwerfen.

Gegen das ihr am 18. September 2003 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 20. Oktober 2003 Berufung eingelegt. Zur Begründung führt sie aus: Zum 1. Juli 1996 sei für einzelne EBM-Leistungen eine Teilbudgetierung im EBM eingeführt worden. Mit Wirkung vom 1. Juli 1997 sei man im EBM auf das System der Praxisbudgetierung unter Wegfall der Teilbudgets übergegangen. Für den Fachbereich der fachärztlichen Internisten im Bereich der Pneumologen seien weder Praxis- noch Zusatzbudgets zum 1. Juli 1997 im EBM eingeführt worden. Die Beklagte habe in § 10 a HVM eine Teilbudgetierung unter Rückgriff auf den EBM 1996 für fachärztliche Internisten und Pneumologen eingeführt. Dieser Rückgriff des § 10 a HVM auf die Regelung des bis 30. Juni 1997 geltenden EBM 1996 hinsichtlich der Teilbudgets sei unzulässig, da dieser mit Ablauf vom 31. Dezember 1996 ohne Wirkung gewesen sei. § 10 a HVM sei daher rechtswidrig. Vielmehr sei hier der neue EBM ab 1. Juli 1997 zu beachten, wonach die Fachgruppe der Klägerin keiner Budgetierung unterliege. Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG seien die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) im Rahmen der Honorarverteilung an die Vorgaben des EBM gebunden. Auch unter Bezugnahme auf das Urteil des BSG vom 8. März 2000 sei es der KV zwar möglich, mengensteuernde Regelungen zu erlassen, jedoch dürften diese keineswegs im Widerspruch zum EBM stehen, der insoweit höherrangiges Recht darstelle. Die Regelungen des jeweils gültigen EBM seien vorgreiflich und verbindlich gegenüber Maßnahmen der Honorarverteilung.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 20. August 2003 aufzuheben und die Beklagte unter Änderung der Honorarbescheide für die Quartale I/1998, II/1998, I/1999 und IV/1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. September 2001 zu verpflichten, über den Honoraranspruch der Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hält mengenbegrenzende Regelungen im HVM für die im EBM nicht budgetierten - so genannten freien - Leistungen für zulässig.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen. Diese haben dem Gericht vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 143](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte Berufung ist zulässig, insbesondere ist sie fristgemäß erhoben worden. Nach [§ 151 Abs. 1 SGG](#) ist die Berufung innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils einzulegen. Für das am 18. September 2003 zugestellte Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 20. August 2003 begann die Frist zur Einlegung der Berufung nach [§ 64 Abs. 2 SGG](#) am 19. September 2003 und endete am 18. Oktober 2003. Da der 18. Oktober 2003 jedoch ein Sonnabend war, endete die Frist mit Ablauf des 20. Oktober 2003 ([§ 64 Abs. 3 SGG](#)), so dass die Berufungsfrist gewahrt ist.

Die Berufung ist jedoch unbegründet.

Rechtsgrundlage der Honorarverteilung ist [§ 85 Abs. 4 Satz 1](#) und 2 SGB V. Danach verteilt die KV die Gesamtvergütung an die Vertragsärzte. Sie wendet dabei den im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten HVM an. Die Honorarverteilung muss sich dabei an Art und Umfang der Leistungen orientieren ([§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#)). Des Weiteren soll eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenarztes verhütet werden und es kann ferner eine unterschiedliche Verteilung nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten erfolgen ([§ 85 Abs. 4](#) Sätze 4 und [5 SGB V](#)).

Die Regelung des § 10 a Abs. 1 HVM als Honorarbegrenzungsregelung ist an diesen gesetzlichen Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) in Verbindung mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, der sich aus [Art. 12 Abs. 1](#) in Verbindung mit [Art. 3 Abs. 1 GG](#) ergibt, zu messen. Ziel ist es, eine ordnungsgemäße - d.h. ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche - vertragsärztliche Versorgung zu gewährleisten. Die Honorarverteilung muss somit dafür Sorge tragen, dass in allen ärztlichen Bereichen ausreichender finanzieller Anreiz besteht, vertragsärztlich tätig zu werden (BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004, [B 6 KA 30/03 R](#), [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#)).

Grundsätzlich ist die KV im Rahmen der ihr nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) obliegenden Honorarverteilung berechtigt, die Gesamtvergütung nach festen, arztgruppenbezogenen Kontingenten zu verteilen ([SozR 3-2500 § 85 Nr. 11](#); stRspr) oder gesonderte Vergütungskontingente für bestimmte Leistungen zu bilden ([SozR 3-2500 § 85 Nr. 2b](#); stRspr). Dabei ist sie im Rahmen der ihr nach § 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V obliegenden Honorarverteilung an die gesetzlichen Vorgaben sowie an die Bestimmungen des EBM-Ä gebunden. Der auf der Grundlage des [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) als Satzung zu beschließende HVM einer KV darf nicht gegen die Vorschriften des auf der Grundlage des [§ 87 Abs. 1 SGB V](#) erlassenen Bewertungsmaßstabes verstoßen. Dieser ist nach [§ 87 Abs. 1 SGB V](#) Bestandteil des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä), der wiederum in seiner Rechtsqualität Vorrang vor regionalen Gesamtverträgen und den Satzungen der KV hat (BSG, Urteil vom

28. Januar 2004, [B 6 KA 25/03 R](#), [SozR 4-2500 § 85 Nr. 7](#) m.w.N).

Diese Grundsätze hat die Beklagte in ihren der Honorierung der streitigen Quartale zu Grunde zu legenden HVM beachtet. Entgegen dem Vorbringen der Klägerin verstößt § 10 a Abs. 1 HVM in den Fassungen vom 1. Januar 1998, 1. April 1998, 1. Januar 1999 und 1. Oktober 1999 nicht gegen höherrangiges Recht, insbesondere nicht gegen [§ 85 Abs. 4 SGB V](#). Auch wenn der EBM – Stand 1. Juli 1997 – die Fachgruppe der Klägerin von den hier vorgesehenen Praxis- und Zusatzbudgets (A I Teil B 1.5) ausnahm, war die Beklagte berechtigt, in ihren HVM für die von der Klägerin erbrachten Leistungen eine Budgetierung unter Übernahme der Teilbudgets des EBM 1996 vorzusehen. Bei der hier maßgeblichen Regelung des § 10 a Abs. 1 HVM handelt es sich um ein zulässiges Instrumentarium zur Mengenbegrenzung und zur Stabilisierung der Punktwerte für die Fachgruppe der Klägerin.

Abweichend vom EBM dürfen Arztgruppen weder von der Budgetierung ausgenommen werden noch dürfen die Bereiche der budgetierten und der nicht budgetierten Leistungen anders als im EBM-Ä festgelegt werden (BSG, Urteil vom 8. März 2000, [B 6 KA 7/99 R](#), [SozR 3-2500 § 87 Nr. 23](#)). Die Existenz verbindlicher Honorierungsvorgaben durch dem EBM schließt gleichwohl nicht aus, dass die KV kraft ihrer Gestaltungsfreiheit im Rahmen der Honorarverteilung mengensteuernde Regelungen treffen darf, um ihrer Verantwortung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ([§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) gerecht zu werden. Allein der Umstand, dass einzelne Arztgruppen von Budgetierungsmaßnahmen nicht erfasst werden und Ärzte aller Arztgruppen in mehr oder weniger großem Umfang unbudgetierte Leistungen erbringen führt nicht dazu, dass mit der Einführung der Budgets im EBM die Verantwortung der KV für eine den gesetzlichen Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) genügende Honorarverteilung aufgehoben oder verdrängt wird. Vor allem hat die Einführung von Praxisbudgets im EBM zum 1. Juli 1997 nichts an der insgesamt begrenzten Gesamtvergütung für alle vertragsärztlichen Leistungen im Sinne des [§ 85 Abs. 1 SGB V](#) geändert. Nach wie vor besteht die Situation, dass ein begrenzter Geldbetrag für die Vergütung aller von den Vertragsärzten in einem bestimmten Zeitraum erbrachten und abgerechneten Leistungen zur Verfügung steht, was wiederum zur Folge hat, dass der "Preis" der einzelnen ärztlichen Leistung erst feststeht, wenn bekannt ist, wie viele Leistungen welcher Art und damit wie viele Punkte insgesamt von den Vertragsärzten abgerechnet werden. Praxisbudgets reduzieren lediglich den Anreiz zur immer weiteren Vermehrung der abrechenbaren Leistungen, weil das Honorar des Arztes für die Leistungen des budgetierten Bereichs allein durch das Produkt aus arztgruppenbezogener Fallpunktzahl und Zahl der Behandlungsfälle bestimmt wird. Da aber auch für die Leistungen des budgetierten Bereichs keine festen bzw. vereinbarten Punktwerte gelten, andererseits aber gerade die Stabilisierung des Punktwertes ein maßgebliches Ziel bei der Einführung der Praxisbudgets war, ist es auch nach dem 1. Juli 1997 Aufgabe der KV, im Rahmen der Honorarverteilung das Notwendige und Mögliche zur Gewährleistung ausreichender Punktwerte zu tun, um auf regionaler Ebene eintretende unerwünschte Verwerfungen zwischen einzelnen Arztgruppen und auch innerhalb einer Arztgruppe zu verhindern. Daher stehen der KV auch nach dem 1. Juli 1997 im Grundsatz alle diejenigen Honorarverteilungsregelungen zur Verfügung, die das BSG in ständiger Rechtsprechung (Urteil vom 29. September 1993, [SozR 3-2500 § 85 Nr. 4](#); Urteil vom 9. September 1998, [SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#); Urteil vom 3. März 1999, [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)) für zulässig gehalten hat, soweit die Bestimmungen über die Praxisbudgets im EBM keine abweichenden Vorgaben enthalten (BSG a.a.O.; BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004, [B 6 KA 44/03 R](#), [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#)).

Die Beklagte war somit berechtigt, in ihren HVM auch die nicht durch den EBM 1997 budgetierten Leistungen mengenbegrenzenden Regelungen zu unterwerfen. Es begegnet keinen rechtlichen Bedenken, dass die Beklagte hierzu auf bewährte Maßnahmen eines außer Kraft getretener EBM zurückgegriffen hat, die nunmehr nicht als bundesrechtliche Norm, sondern als landesrechtliche Satzungsbestimmung die Honorarverteilung bestimmte. Denn der am 1. Juli 1997 in Kraft getretene EBM enthält weder ein ausdrückliches noch aus dem Regelungssystem der Budgetierungsmaßnahmen abzuleitendes Verbot an den HVM-geber die außer Kraft getretenen (EBM-) Teilbudgets im Rahmen der Honorarverteilung als Honorarverteilungsmaßnahme fortgelten zu lassen, zumal an der Rechtmäßigkeit der Teilbudgets selbst im Hinblick auf den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit keine Bedenken bestehen (vgl. BSG Urteil vom 8. März 2000, [B 6 KA 16/99 R](#), [SozR 3-2500 § 83 Nr. 1](#)).

Die Beklagte war dabei auch nicht gehalten, die nunmehr in § 10 a HVM geregelten Teilbudgetierungen im Einzelnen aufzuführen. Sie konnte vielmehr auf den EBM 1996 verweisen (vgl. BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004, [B 6 KA 44/03 R](#), [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#)).

Schließlich sind auch die weiteren von der Rechtsprechung des BSG für Honorarverteilungsmaßnahmen geforderten Voraussetzungen gewahrt: Ein Wachstum der Punktmenge je Fall und der Fallzahl war nicht schlechthin ausgeschlossen. § 10 a Abs. 1 HVM selbst sah eine 10%ige Erhöhung des nach dem EBM 1996 (A I 5.1. und 5.2.) ermittelten Punktwertes vor. Des Weiteren legte § 10 a Abs. 4 HVM fest, dass bei einer Praxisübernahme erst bei Überschreitung der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe eine Einbeziehung in die Abstufungsregelungen durch die Teilbudgets erfolgt. § 10 a Abs. 6 HVM eröffnete darüber hinaus die Möglichkeit einer Einzelfallentscheidung, wenn Gründe vorlagen, die einen Vergleich zum Vorjahresquartal nicht zuließ, so dass die mengensteuernde Regelung auch die erforderliche Härtefallregelung besaß.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt dem Ausgang in der Hauptsache.

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil ein Grund nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#) nicht vorliegt.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2007-08-21