

L 7 KA 71/09

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
7

1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 83 KA 433/06

Datum
14.01.2009
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 71/09

Datum
01.08.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 14. Januar 2009 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens, mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen, die diese selbst tragen. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars des Klägers im Quartal III/04.

Der Kläger ist Facharzt für Orthopädie und seit April 1991 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Mit Bescheid vom 24. Januar 2005 legte die Beklagte dem Kläger für das Quartal III/04 zustehende Honorar auf insgesamt 29.313,05 Euro fest. Mit seinem hiergegen erhobenen Widerspruch trug er vor, die veränderten Arztzahlen, einschließlich psychologischer Psychotherapeuten, fänden keine angemessene Berücksichtigung bei Bemessung der Honorartöpfe im Haus- bzw. Facharztbereich bzw. im Verhältnis zu einander. Die Anzahl der Hausärzte sei maßgeblich gesunken. Der Widerspruch richte sich vor allem gegen die Absenkung des Punktwertes bzw. der Fachgruppenquote als Folge der Anhebung des Mindestpunktwertes für die genehmigungspflichtige Psychotherapie zu Lasten des fachärztlichen Vergütungsanteils.

Mit Bescheid vom 4. Juli 2006 wies die Beklagte den Widerspruch zurück und führte zur Begründung im Wesentlichen aus: Der Kläger habe das Honorar erhalten, das ihm nach Maßgabe der Vergütungsvereinbarungen und des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) zugestanden habe. Die Honorierung der psychotherapeutischen Leistungen müsse aus dem fachärztlichen Vergütungsanteil erfolgen. Die Fachgruppenquote sei auf Grund des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Vergütung der Psychotherapie und wegen des Absinkens der trennungsrelevanten Gesamtvergütung gesunken. Ab dem Quartal IV/00 betrage der fachärztliche Anteil an der trennungsrelevanten Gesamtvergütung für Primärkassen 56,62 Prozent und für die Ersatzkassen 63,60 Prozent. Zwischen den Zeiträumen der Jahre 2002 bis 2004 sei es zu einem Rückgang der Hausärzte um 6,59 Prozent gekommen, während der Anteil der Fachärzte um 3,58 Prozent gestiegen sei. Eine wesentliche Änderung sei jedoch erst ab einer Veränderung von mehr als zehn Prozent anzunehmen, sodass die Notwendigkeit einer veränderten Aufteilung der trennungsrelevanten Gesamtvergütung nicht gegeben sei.

Mit seiner hiergegen erhobenen Klage hat der Kläger sein Begehren weiter verfolgt. Er hat vorgebracht, die Leistungen der psychologischen Psychotherapeuten seien gesondert und vorab aus der Gesamtvergütung herauszurechnen, bevor die trennungsrelevante Vergütung für den Hausarzt-/Facharztanteil berechnet werde. Die Verringerung der Hausarztanzahl seit dem Ausgangsjahr 1996 sei nicht hinreichend berücksichtigt worden. Die Gruppe der psychologischen Psychotherapeuten gehöre nicht zu derjenigen der Fachärzte. Der enorm gewachsene Bereich der psychologischen Leistungen dürfe nicht im Wege der Quersubventionierung zu Lasten der Fachärzteschaft finanziert werden. Selbst die von der Beklagten angegebene Verringerung der Hausarztanzahl um 6,59 Prozent sei erheblich und erfordere eine Neuberechnung der Vergütungsanteile. Notwendig sei eine kontinuierliche, jährliche Anpassung.

Mit Urteil vom 14. Januar 2009 hat das Sozialgericht Berlin die Klage abgewiesen und die Berufung unter Zugrundelegung eines Streitwertes von 500,00 Euro zugelassen. Zur Begründung hat das Sozialgericht im Wesentlichen ausgeführt: Die Beklagte habe die Vergütung der Leistungen der psychologischen Psychotherapeuten zu Recht dem fachärztlichen Vergütungsanteil entnommen. Ein dritter Versorgungsanteil für die psychotherapeutische Versorgung könne entgegen der Auffassung des Klägers von Gesetzes wegen nicht gebildet werden. Weil die psychologischen Psychotherapeuten nicht zu der vom Gesetz klar definierten Gruppe gehörten, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehme, seien sie der fachärztlichen Versorgung zuzurechnen. Auch die Rüge der fehlenden Anpassung der Verteilung der

Gesamtvergütung an die Veränderung der Hausarztzahl greife nicht durch. Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses seien, gemessen an den gesetzlichen Vorgaben, rechtlich nicht zu beanstanden. Insbesondere habe der Bewertungsausschuss eine den Vorgaben des [§ 85 Abs. 4a Satz 3 SGB V](#) entsprechende Regelung zur Berücksichtigung der Veränderungen der Zahl der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte getroffen. An die Vorgaben des Bewertungsausschusses habe die Beklagte sich gehalten. Die gesetzlichen Regelungen beabsichtigten insbesondere, dass ein angemessener Anteil an der Gesamtvergütung für die hausärztliche Versorgung zur Verfügung gestellt werde. Schließlich sei auch für die vom Kläger behauptete Gefährdung der fachärztlichen ambulanten Versorgung nichts ersichtlich, denn in Berlin drohe keine Unterversorgung mit fachärztlichen ambulanten Leistungen.

Den Antrag der Beteiligten, die Revision gegen diese Entscheidung zuzulassen, hat das Sozialgericht mit Beschluss vom 18. März 2009, dem Kläger zugestellt am 31. März 2009, zurückgewiesen.

Zur Begründung seiner am 28. April 2009 erhobenen Berufung führt der Kläger nur noch an, zwischen dem Quartal III/96 und dem streitigen Quartal III/04 sei eine relevante Leistungsverlagerung vom hausärztlichen hin zum fachärztlichen Bereich erfolgt (Minderung der Gesamtfallzahl der hausärztlichen Leistungserbringer um etwa 10 Prozent, Minderung der Anzahl der hausärztlichen Leistungserbringer um 12 Prozent, Anstieg der Gesamtfallzahl der fachärztlichen Leistungserbringer um etwa 8 Prozent, psychologische Psychotherapeuten jeweils herausgerechnet). Die daraus resultierende Mehrarbeit der Fachärzte werde bei der Vergütung nicht hinreichend berücksichtigt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 14. Januar 2009 sowie den Honorarbescheid der Beklagten für das Quartal III/04 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4. Juli 2006 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, über seinen Honoraranspruch für das Quartal III/04 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden,

hilfsweise, durch Einholung einer Auskunft der Beklagten festzustellen, dass eine Leistungsverlagerung vom hausärztlichen in den fachärztlichen Bereich zwischen den Quartalen III/96 und III/04, und zwar anhand der von den verschiedenen Versorgungsbereichen abgerechneten Punktzahlen, stattgefunden hat. Dabei sollen die psychologischen Psychotherapeuten unberücksichtigt bleiben. Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Der Beigeladene zu 1) hat sich nicht geäußert.

Die Beigeladene zu 2) hat vorgebracht: Selbst wenn man das vom Kläger angeführte Zahlenmaterial zugrunde lege, führe dies zu keiner Verpflichtung des Bewertungsausschusses zur Anpassung der haus- bzw. fachärztlichen Anteile an der budgetierten Gesamtvergütung für das Quartal III/04. Ein Rückgang der Anzahl der Hausärzte gegenüber der der Fachärzte führe nicht automatisch zu einer Anpassung des Trennungsfaktors. Als sachlichen Grund für eine Anpassung der Gesamtvergütungsanteile habe der Bewertungsausschuss ausschließlich einen Wechsel zwischen dem hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich gesehen. Eine Veränderung der Gesamtvergütungsanteile zu Gunsten des fachärztlichen Vergütungsanteils komme daher ausschließlich unter der Voraussetzung in Betracht, dass der Honoraranteil, der von ehemaligen Hausärzten, die in den fachärztlichen Versorgungsbereich gewechselt seien, größer gewesen sei, als der Anteil, der von den bisherigen Fachärzten in den hausärztlichen Versorgungsbereich mitgenommen worden sei. Diese Vorgehensweise habe das Bundessozialgericht in seiner Entscheidung vom 29. August 2007 ([B 6 KA 36/06](#)) bestätigt.

Wegen des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird im Übrigen auf den Inhalt der Gerichtsakte und das Vorbringen der Beteiligten Bezug genommen, der, soweit wesentlich, Gegenstand der Erörterung in der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung war.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, hat jedoch keinen Erfolg. Zu Recht hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Neubescheidung seines Honoraranspruchs für das Quartal III/04, denn Gründe für eine Rechtswidrigkeit dieses Honorarbescheides sind nicht ersichtlich.

1. Rechtsgrundlage für einen Anspruch des Klägers auf Zahlung höheren vertragsärztlichen Honorars ist [§ 85 Abs. 4](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V, hier anzuwenden in der ab 1. Januar 2000 geltenden Fassung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 [GKVRefG 2000] vom 22. Dezember 1999, [BGBl. I, S. 2626](#)). Danach steht jedem Vertragsarzt ein Anspruch auf Teilhabe an den von den Krankenkassen an seine Kassenärztliche Vereinigung entrichteten Gesamtvergütungen entsprechend Art und Umfang der von ihm erbrachten und abrechnungsfähigen Leistungen nach Maßgabe der Verteilungsregelungen im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) zu. Gemäß dem durch das GKVRefG 2000 mit Wirkung vom 1. Januar 2000 eingefügten zweiten Halbsatz des [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) hat die Kassenärztliche Vereinigung die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung im Sinne von [§ 73 Abs. 1 bis 1c SGB V](#) zu verteilen. Dies bedeutet, dass zur Vergütung hausärztlicher Leistungen nur das Honorarkontingent für den hausärztlichen Versorgungsbereich zur Verfügung steht und fachärztliche Leistungen ausschließlich aus dem strikt getrennten Honorarkontingent für die fachärztliche Versorgung finanziert werden dürfen. Punktwertausgleichende Stützungsmaßnahmen zwischen beiden Versorgungsbereichen sind nicht zulässig. Vertragsärzte, die - wie der Kläger als Orthopäde - an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen, können mithin nur die leistungsproportionale Teilhabe am Honorarkontingent der Fachärzte beanspruchen (vgl. zu alldem Bundessozialgericht, Urteil vom 29. August 2007, [B 6 KA 36/06 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 13).

2. Zu Recht hat das Sozialgericht in seinem mit der Berufung angegriffenen Urteil entschieden, dass die Beklagte die Vergütung der Leistungen der psychologischen Psychotherapeuten dem fachärztlichen Honorarkontingent entnehmen durfte. Weil die Ausführungen des Sozialgerichts auf Bl. 4 des Urteils hierzu erschöpfend und zutreffend sind und der Kläger, der diesen Aspekt in Widerspruchs- und

Klagebegründung noch zentral verfolgt hatte, sein Berufungsvorbringen hierauf nicht mehr stützt, nimmt der Senat zur Vermeidung von Wiederholungen insoweit Bezug auf die Gründe der erstinstanzlichen Entscheidung ([§ 153 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz [SGG]). Im Übrigen hat der Senat auch schon in seinem rechtskräftigen Urteil vom 14. September 2011 ([L 7 KA 86/08](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 40) vorausgesetzt, dass aufgrund der eindeutigen Regelungen in [§ 73 SGB V](#) die Vergütung der psychologischen Psychotherapeuten aus dem Honorarkontingent der Fachärzte zu entnehmen ist.

3. Mit seiner Berufung verfolgt der Kläger nur noch die Rüge, zwischen dem Quartal III/96 und dem streitigen Quartal III/04 sei eine relevante Leistungsverlagerung vom hausärztlichen hin zum fachärztlichen Bereich erfolgt, was eine Aufstockung des fachärztlichen Honorarkontingents hätte nach sich ziehen müssen. Auch mit dieser Annahme geht der Kläger fehl.

Die Aufteilung der von den Krankenkassen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung mit befreiender Wirkung entrichteten, nicht nach Versorgungsbereichen differenzierten Gesamtvergütungen in ein hausärztliches und ein fachärztliches Honorarkontingent nimmt die Kassenärztliche Vereinigung auf der Grundlage ihres HVM vor (hier auf der Grundlage von §§ 8, 8a und 8b des HVM i.d.F. vom 1. Oktober 2004). Sie hat dabei die vom Bewertungsausschuss ([§ 87 Abs. 3](#) ff. SGB V) bundeseinheitlich bestimmten Kriterien zur Festlegung des hausärztlichen bzw. fachärztlichen Vergütungsanteils zu beachten ([§ 85 Abs. 4a Satz 1 SGB V](#) in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung). Der Bewertungsausschuss hat solche Vorgaben zur Trennung der Vergütungsanteile mit Beschluss vom 16. Februar 2000 festgelegt (DÄ 2000, A-555) und mit Beschluss vom 20. Juni 2000 (DÄ 2000, A-1920) für den Zeitraum ab 1. Januar 2001 modifiziert. Die Beklagte hat diese Vorgaben des Bewertungsausschusses in §§ 8 bis 8b ihres HVM unverändert übernommen und bei der Berechnung der hausärztlichen und der fachärztlichen Honorarkontingente im hier streitigen Zeitraum zutreffend umgesetzt. Das wird auch vom Kläger nicht in Frage gestellt. Ein Anspruch des Klägers auf erneute Bescheidung seines Honoraranspruchs könnte sich mithin nur ergeben, wenn die vom Bewertungsausschuss beschlossenen Vorgaben für die Trennung der Vergütungsanteile mit höherrangigem Recht nicht vereinbar wären. Dies ist jedoch nicht der Fall (vgl. hierzu Bundessozialgericht, a.a.O., Rdnr. 14 ff.). Insbesondere ist die Vorgabe in den später nicht mehr geänderten Beschlüssen des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000 und vom 20. Juni 2000 (von der Beklagten umgesetzt in §§ 8a Abs. 6 und 8b Abs. 10 des HVM i.d.F. vom 1. Oktober 2004), im Zusammenhang mit Veränderungen in der Zahl der Hausärzte nur Versorgungsbereichswechsel zu berücksichtigen, nicht zu beanstanden (vgl. hierzu und zum Folgenden ausführlich Bundessozialgericht, a.a.O., Rdnr. 18 ff.).

Es ist mit höherrangigem Recht vereinbar, dass der Bewertungsausschuss und in der Folge die Beklagte mit den Regelungen ihres HVM lediglich Versorgungsbereichswechsel als für die Versorgungssituation und deshalb auch für die Honoraraufteilung relevante strukturelle Veränderung in der Zahl der Hausärzte anerkennt, andere denkbare Anlässe für Veränderungen der Zahl an Hausärzten oder der Relation zwischen Haus- und Fachärzten hingegen unberücksichtigt gelassen haben. Hierfür sprechen sachliche Gründe, die geeignet sind, diese Regelung zu rechtfertigen. Allein der - vom Kläger angeführte - Anstieg der Zahl an Fachärzten und die dabei zu beobachtende Leistungsmengenausweitung können einen Honorartransfer von der hausärztlichen in die fachärztliche Versorgung daher nicht rechtfertigen.

Die Auffassung des Klägers, eine Nichtberücksichtigung der Steigerung der Zahl der Fachärzte im Vergleich zur gesunkenen Zahl der Hausärzte bei der Aufteilung der Gesamtvergütungen auf den hausärztlichen und den fachärztlichen Bereich bewirke eine einseitige Belastung der Fachärzte und damit einen Verstoß gegen [Art. 3 Abs. 1](#) des Grundgesetzes (GG), trifft nicht zu. Der Kläger beanstandet insoweit im Kern, es sei ungerecht, der tendenziell sinkenden Zahl von Hausärzten einen konstanten Honoraranteil zu belassen, diese mithin im Ergebnis von den Auswirkungen einer zunehmenden Zahl an Vertragsärzten freizustellen, während die Gruppe der Fachärzte die finanziellen Folgen dieser Entwicklung allein tragen müsse. Eine Ungleichbehandlung im Wesentlichen gleich gelagerter Sachverhalte liegt damit jedoch nicht vor. Nach den Regelungen in [§ 85 Abs. 4, 4a SGB V](#) und dem von der Rechtsprechung näher konkretisierten Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit muss auch die Gruppe der Hausärzte das Risiko einer Arztlzahlsteigerung selbst tragen und aus dem für die hausärztliche Versorgung zur Verfügung stehenden Honoraranteil finanzieren. Beiden Leistungsbereichen kommen die regelmäßigen Erhöhungen der Gesamtvergütungen ([§ 85 Abs. 3 i.V.m. § 71 SGB V](#)) entsprechend ihrem Anteil am Versorgungsbedarf gleichermaßen zugute. Hier wie dort können nur festgestellte Veränderungen in der Struktur der Leistungsanspruchnahme durch die Versicherten - d.h. im medizinischen Bedarf - eine Veränderung des Zuschnitts der jeweiligen Anteile bewirken, nicht aber eine bloße Erhöhung der Zahl der jeweiligen Leistungserbringer im Versorgungsbereich. Auch unter Berücksichtigung des Umstands, dass seit vielen Jahren die Zahl der Hausärzte in etwa konstant bleibt bzw. leicht sinkt, während die Zahl der Fachärzte deutlich ansteigt, ist eine Ungleichbehandlung gleicher Sachverhalte nicht festzustellen. Mit der Definition unterschiedlicher medizinischer Versorgungsfunktionen einer hausärztlichen und einer fachärztlichen Tätigkeit und mit der Trennung der ursprünglich gemeinsam verteilten Gesamtvergütungen zum 1. Januar 2000 hat der Gesetzgeber in zulässiger Weise eine Differenzierung innerhalb der Arztberufe vorgenommen (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 18. Juni 1997, [6 RKA 58/96](#) sowie Bundesverfassungsgericht [Kammer], Beschluss vom 17. Juni 1999, [1 BvR 2507/97](#), jeweils bei juris). Dies führt dazu, dass eine Entwicklung, die sich auf die Verhältnisse in der Gruppe der Fachärzte beschränkt, keine Ungleichbehandlung im Verhältnis zu der hiervon nicht betroffenen Gruppe der Hausärzte entfalten kann. Auch insoweit nimmt der Senat gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) zur Vermeidung von Wiederholungen ergänzend auf die zutreffenden Ausführungen der erstinstanzlichen Entscheidung (Bl. 5, 6) Bezug.

Vor diesem Hintergrund musste der Senat auch der hilfsweise formulierten Beweisanregung des Klägers nicht folgen. Mit dem Ansinnen, einer Leistungsverlagerung vom hausärztlichen in den fachärztlichen Bereich anhand abgerechneter Punktzahlen nachzugehen, zielt der Kläger nur auf angebotsinduzierte Veränderungen, während eine Leistungsmengenausweitung an sich gerade nicht ausreichend ist, um den begehrten Honorartransfer zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen zu bewirken. Um eine Rechtswidrigkeit des vom Bewertungsausschuss festgelegten Trennungsfaktors belegen zu können, wäre vielmehr ein Beleg dafür nötig, dass eine relevante Veränderung im Nachfrageverhalten der Versicherten eingetreten ist, und zwar nicht nur in Bezug auf den Bezirk der Beklagten, sondern bundesweit und bei Betrachtung über einen längeren Zeitraum. Hierauf zielt die Beweisanregung des Klägers indessen nicht; zu Ermittlungen ins Blaue hinein hat der Senat sich mangels substantiierter Anhaltspunkte für eine Rechtswidrigkeit des Trennungsfaktors im maßgeblichen Zeitraum nicht veranlasst gesehen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 2 VwGO](#).

Gründe für die Zulassung der Revision, [§ 160 Abs. 2 SGG](#), liegen nicht vor.
Rechtskraft

Aus
Login
BRB
Saved
2013-02-04