

## L 7 KA 94/10

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

1. Instanz  
SG Berlin (BRB)  
Aktenzeichen  
S 71 KA 522/09  
Datum  
22.09.2010

2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
L 7 KA 94/10  
Datum  
26.09.2012

3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 22. September 2010 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt 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 eine sachlich-rechnerische Richtigstellung.

Der Kläger ist seit April 1986 als Arzt niedergelassen und nimmt seit November 1997 im B als Facharzt für Innere Medizin an der vertragsärztlichen Versorgung (hausärztlicher Bereich) teil. Er ist seit vielen Jahren berechtigt, die Zusatzbezeichnungen "Psychoanalyse" und "Psychotherapie" zu führen und verfügt über eine Abrechnungsgenehmigung der Beklagten für psychosomatische Leistungen.

Im Rahmen der Honorarberechnung für das Quartal I/08 lehnte die Beklagte die Vergütung von Leistungen nach den Gebührenordnungsnummern (GO-Nrn.) 35100 in 80 Fällen und 35110 in 328 Fällen ab. Stattdessen vergütete sie dem Kläger Leistungen nach der GO-Nr. 03235 in 220 Fällen. Insgesamt ermittelte die Beklagte für den Kläger bei 221 Behandlungsfällen ein Honorar in Höhe von 24.113,08 EUR brutto, d.h. vor Abzug der Verwaltungskosten und der vom Kläger eingezogenen Praxisgebühren.

Die Leistungen der GO-Nrn. 35100 und 35110 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) wurden bis Ende 2007 mit jeweils 405 Punkten und ab 2008 mit jeweils 430 Punkten bewertet. Die Leistungslegenden lauteten in den Quartalen IV/07 bis I/09 weitgehend übereinstimmend:

35100 Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände Obligater Leistungsinhalt - Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände, - Schriftlicher Vermerk über ätiologische Zusammenhänge, - Dauer mindestens 15 Minuten Fakultativer Leistungsinhalt - Beratung bei Säuglingen und Kleinkindern auch unter Einschaltung der Bezugsperson(en) Die Gebührenordnungsposition 35100 ist nur von Vertragsärzten berechnungsfähig, die über die Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen.

[ ]

Die Gebührenordnungsposition 35100 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08521 berechnungsfähig.

35110 Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen Obligater Leistungsinhalt - Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen, - Systematische Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion, - Dauer mindestens 15 Minuten Fakultativer Leistungsinhalt - Systematische Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion, bei Säuglingen und Kleinkindern auch unter Einschaltung der Bezugsperson(en)

Die Gebührenordnungsposition 35110 ist nur von Vertragsärzten berechnungsfähig, die über die Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen.

Die Gebührenordnungsposition 35110 ist bis zu dreimal am Tag berechnungsfähig.

[ ]

Die Gebührenordnungsposition 35110 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08521 berechnungsfähig.

Für das Jahr 2008 enthielt der EBM in Teil III ("arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen") Kapitel 3 ("hausärztlicher Versorgungsbereich") einen Unterabschnitt 3.2.2 ("Qualitätszuschlag") mit folgendem Wortlaut:

### 3.2.2 Qualitätszuschlag

1. Der Qualitätszuschlag des Abschnitts 3.2.2 kann nur in Behandlungsfällen berechnet werden, in denen eine der Versichertenpauschalen nach den Nrn. 03110 bis 3112 oder nach den Nrn. 03120 bis 03122 berechnungsfähig ist.
2. Der Qualitätszuschlag des Abschnitts 3.2.2 kann unabhängig von der tatsächlichen Erbringung der zugehörigen Leistung berechnet Kassenärztliche Bundesvereinigung KBV Geschäftsführung des Bewertungsausschusses nach [§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) werden, sofern die bei der jeweiligen Gebührenordnungsposition genannten Bedingungen erfüllt sind.
3. Der Qualitätszuschlag nach der Nr. 03235 ist in Berufsausübungsgemeinschaften, Arztpraxen mit angestellten Ärzten und medizinischen Versorgungszentren nur in Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen eine der Versichertenpauschalen nach den Nrn. 03110 bis 03112 oder 03120 bis 03122 berechnet wird.

[ ]

Qualitätszuschlag für besondere Qualifikationen

03235 Qualifikation Psychosomatik, 20 Punkte

einmal im Behandlungsfall (kurativ-ambulant)

Der Qualitätszuschlag nach der Nr. 03235 ist nur berechnungsfähig, wenn der Arzt über eine Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarungen verfügt und seitens der Kassenärztlichen Vereinigung eine Genehmigung zur Abrechnung des Zuschlags erteilt wurde.

Die Gebührenordnungsposition 03235 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35100 und 35110 berechnungsfähig.

Ferner wurden die GO-Nrn. 35100 und 35110 u.a. dahin ergänzt, dass sie im Behandlungsfall nicht neben der GO-Nr. 03235 abgerechnet werden können.

Den auf die Absetzung der o.g. Leistungen beschränkten Widerspruch des Klägers gegen den Honorarbescheid für das Quartal I/08 wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 24. März 2009 zurück.

Zur Begründung seiner Klage hat der Kläger vorgebracht: Um seine Spezialisierung - Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie - in der Inneren Medizin weiter ausüben zu können, habe er sich bei der Aufteilung in einen haus- und einen fachärztlichen Versorgungsbereich gezwungenermaßen für die hausärztliche Versorgung entscheiden müssen, da er Leistungen im Bereich dieser Spezialisierungen als fachärztlicher Internist nicht mehr hätte erbringen dürfen. Seine Praxis sei seit langen Jahren geprägt durch einen hohen Anteil psychosomatischer Patienten. Da er überwiegend zeitgebundene, zuwendungsintensive Leistungen erbringe, verfüge er folgerichtig auch nur über eine unterdurchschnittliche Patientenzahl. Mit Einführung des EBM 2008 sei es ihm unmöglich gemacht worden, seine Praxis in dieser speziellen Ausprägung weiterhin auszuüben, da er die GO-Nrn. 35100 und 35110 als Hausarzt nicht mehr habe abrechnen dürfen. Der stattdessen mögliche Qualitätszuschlag Psychosomatik für Hausärzte nach der GO-Nr. 03235 bedeute eine Vergütung von 1 EUR je Patient. Dies sei rechtswidrig und verletze ihn in seinen Grundrechten aus [Art. 12](#) und [14](#) Grundgesetz (GG). Den Bestimmungen der Weiterbildungsordnung Berlin sei zu entnehmen, dass die psychosomatische Medizin zum Kernbereich des Status des Allgemeinarztes zähle. Besonders widersinnig sei, dass Facharztgruppen die psychosomatischen Nummern nach EBM 2008 abrechnen könnten, wenn sie nur die entsprechende Zusatzqualifikationen aufwiesen, auch wenn diese überhaupt keinen Bezug zu ihrem Facharztgebiet habe, wie z. B. bei Chirurgen oder Augenärzten. Dies sei eine auch nicht durch höherrangige Gründe des Allgemeinwohls begründbare rechtswidrige Einschränkung seiner hausärztlichen Tätigkeit. Typischerweise seien es kleine Praxen mit unterdurchschnittlichen Patientenzahlen, die die - zeitgebundenen - psychosomatischen Leistungen in höherer Anzahl erbrächten. Großen Hausarztpraxen würden demgegenüber die Psychosomathonorare pauschal "hinterher geworfen", ohne dass überhaupt danach gefragt werde, ob die Psychosomatik jeweils gemacht worden sei. Dies verletze den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Der Normgeber habe seinen Irrtum allerdings korrigiert, indem er ab dem Jahre 2009 die bis Ende 2007 geltende Regelung wieder eingeführt habe. Dies helfe ihm - dem Kläger - aber aus anderen Gründen nun nicht mehr, weil zum 1. Januar 2009 ein neues Vergütungssystem mit Regelleistungsvolumen und Rückbezug auf das Jahr 2008 eingeführt worden sei. Während sein Honorar in den vier Quartalen des Jahres 2008 zwischen 23.331,12 EUR und 25.374,09 EUR geschwankt habe, betrage sein Regelleistungsvolumen im Jahre 2009 zwischen 7.026,37 und 7.694,80 EUR. Er habe somit einen Honorarverlust von 2/3 zu verkraften. Die Qualitätszuschläge würden jedem Hausarzt unabhängig von einer Fortbildung gewährt.

Mit Urteil vom 22. September 2010 hat das Sozialgericht Berlin die auf Nachvergütung der Leistungen nach den GO-Nrn. 35100 und 35110 gerichtete Klage abgewiesen und dies im Wesentlichen wie folgt begründet: Dem Bewertungsausschuss sei bei der ihm übertragenen Aufgabe der Konkretisierung des Inhaltes der gemäß [§ 85 Abs. 4 Satz 6 bis 8](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zu treffenden Regelung ein Gestaltungsspielraum eingeräumt, der erst dann überschritten sei, wenn der Ausschuss seine Regelungskompetenz überschreite oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausübe. Hierfür gebe es im vorliegenden Fall keine Anhaltspunkte. Das mit der Einführung der Gebührenordnungsposition 03235 verfolgte Ziel, einer Leistungsmengenausweitung entgegen zu wirken, sei legitim. Dass die bis Ende 2007 und seit Anfang 2009 geltenden Regelungen möglicherweise sachgerechter seien, führe nicht zu Abrechnungsmöglichkeiten des Klägers

entgegen den verbindlichen Vorgaben des Bewertungsausschusses. In seinen Grundrechten sei der Kläger nicht verletzt. Wenn einzelne Leistungspositionen, die er zum Schwerpunkt seiner Tätigkeit gemacht habe, für ihre punktemäßigen Beurteilungen herabgestuft würden, so führe dies nicht zu einer Betroffenheit in grundrechtlich geschützten Positionen.

Gegen dieses ihm am 4. Oktober 2010 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung des Klägers vom 3. November 2010. Zu deren Begründung verweist der Kläger auf sein erstinstanzliches Vorbringen und führt ergänzend aus: Es sei sinnwidrig, wenn den betroffenen Ärzten der Qualitätszuschlag für alle Patienten gewährt werde. Es übersteige die Regelungs- und Bewertungskompetenz des Bewertungsausschusses, wenn er Leistungen, die zum Wesenskern eines Facharztprofils (hier: Hausarztinternisten/Allgemeinärzte) gehörten und für die eine Abrechnungsgenehmigung und eine Mindestzeit erforderlich seien, in eine Regelung überführe, nach der die Leistungen unter keinen Umständen mehr wirtschaftlich zu erbringen seien. Die Einführung eines Zuschlages auf eine nicht honorierte ärztliche Leistung stelle keine Leistungsmengenbegrenzung dar. Diese bestehe vielmehr darin, dass die Mindestdauer für diese Leistung 15 Minuten betrage. Es sei ihm - dem Kläger - auch nicht anderweitig möglich, seine Patientenkielentel schlichtweg einfach zu verändern und eine andere Art internistischer Hausarztpraxis aufzumachen. Solche Vorgänge brauchten Jahre und seien nur geeignet, wenn auch eine ausreichende Anzahl von Berufsjahren für den Aufbau einer "anderen" Praxis zur Verfügung stehe. Ein Wechsel in den fachärztlichen Versorgungsbereich zur Erbringung psychotherapeutischer Leistungen sei nicht möglich. Zwangsläufig habe er sich auf Leistungen der so genannten Antragspsychotherapie verlegt, was aber sein Arztbild als Internist mit Psychosomatik völlig verfälsche. Um zu verhindern, dass mit der Streichung der Leistungsvergütung für Psychosomatik seine Praxis langsam in den Ruin gefahren werde, habe er Gegenmaßnahmen ergriffen. Während er früher von 7:30 Uhr bis 18:00 Uhr gearbeitet habe, tue er dies nun von 7:00 Uhr bis 19:00 Uhr; nur am Freitag ende seine Praxistätigkeit meist schon um 16:00 Uhr (früher 15:00 Uhr). Die Arbeit mit psychisch und psychosomatisch erkrankten Patienten lasse sich aber nicht rationalisieren. Im streitigen Quartal seien ihm selbst bei ungünstiger Berechnung (15 Minuten je Leistung) über 90 Arbeitsstunden nicht vergütet worden.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 22. September 2010 aufzuheben und den Honorarbescheid der Beklagten für das Quartal I/08 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. März 2009 zu ändern und ihm Leistungen nach der EBM-Ziffer 35100 in 80 Fällen und nach der EBM-Ziffer 35110 in 328 Fällen nachzuvergüten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält - ebenso wie der Beigeladene zu 2) - das angefochtene Urteil für zutreffend.

Die Beigeladenen stellen keine Anträge.

Das vertragsärztliche Honorar des Klägers hat sich in den Jahren 2006 bis 2010 wie folgt entwickelt:

2006 2007 2008 2009 2010 1. Quartal 28.852,67 28.072,16 24.113,08 25.331,04 25.097,82 2. Quartal 26.215,45 27.982,25 25.341,65 27.515,01 27.369,65 3. Quartal 25.400,72 27.459,50 23.331,12 24.513,59 22.833,46 4. Quartal 26.935,06 29.245,64 25.374,09 27.675,67 -

Wegen des Sach- und Streitstandes im Einzelnen sowie wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakte sowie die beigezogene Verwaltungsakte, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung war, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Zu Recht hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Die angegriffenen Bescheide sind rechtmäßig, da der Kläger die Leistungen nach den GO-Nrn. 35100 und 35110 des EBM in der 2008 geltenden Fassung (EBM 2008) nicht abrechnen durfte.

1) Die Präambel zu Teil III Kapitel 3 des EBM 2008 umriss den Leistungsrahmen des hausärztlichen Versorgungsbereichs u.a. durch die in Ziffer 1, 3 und 5 enthaltenen Bestimmungen wie folgt:

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können - unbeschadet der Regelung gemäß 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - ausschließlich von - Fachärzten für Allgemeinmedizin, - Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin, - Praktischen Ärzten, - Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, - Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß [§ 73 Abs. 1a SGB V](#) erklärt haben, berechnet werden.

3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01210, 01211, 01214 bis 01222, 01310 bis 01312, 01410 bis 01416, 01430, 01435, 01436, 01600 bis 01602, 01611, 01620 bis 01623, 01707, 01711 bis 01722, 01730 bis 01732, 01734, 01740, 01758, 01820 bis 01822, 01828, 01950 bis 01952, 02300 bis 02302, 02310 bis 02313, 02500, 02501, 02510 bis 02512 und 02520.

5. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30430, 30800, 30900, 31912, 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33040 bis 33044, 33050 bis 33052, 33060 bis 33062, 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092, 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142 und 35150 sowie Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1, 30.2, 30.3, 30.5, 30.6, 30.7, 31.1, 31.4.2, 32.1, 32.2, 35.2, 35.3 und 36.6.2.

Durch die fehlende Erwähnung des Abschnitts 35.1, der u.a. die GO-Nrn. 35100 und 35110 beinhaltet, unter Ziffer 5 der Präambel wird deutlich, dass alle an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte – hierzu zählt auch der Kläger – im Jahre 2008 von der Abrechnung dieser Leistungen ausgeschlossen sein sollten. Dies ist zwischen den Beteiligten auch nicht umstritten.

Verwirrend erscheinen könnte in diesem Zusammenhang allenfalls, dass zusätzlich zu diesem unmissverständlich geregelten Abrechnungsausschluss in die Leistungslegenden Bestimmungen aufgenommen wurden, wonach die GO-Nrn. 35100 bzw. 35110 einerseits und die GO-Nr. 03235 andererseits nicht nebeneinander abgerechnet werden können. Dieser Bestimmungen bedurfte es jedoch, um sicherzustellen, dass in Berufsausübungsgemeinschaften oder Medizinischen Versorgungszentren, in denen Haus- und Fachärzte vertreten sind, bei der Behandlung desselben Patienten durch mehrere Ärzte nur entweder der Qualitätszuschlag oder die Einzelleistungen vergütet werden.

2) Dieser Ausschluss ist rechtmäßig. Insbesondere verstößt er nicht gegen höherrangiges Recht.

a) Umfang und Grenzen der Gestaltungsmöglichkeiten des Bewertungsausschusses bei der Aufstellung des EBM ergeben sich einerseits aus den inhaltlichen Vorgaben und Zielsetzungen in [§ 87 Abs 2 SGB V](#) und zum anderen aus der Funktion des EBM innerhalb des vertragsärztlichen Vergütungssystems. Nach [§ 87 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) hat der Bewertungsmaßstab den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges Verhältnis zueinander festzulegen. Dabei sollen die Leistungsbeschreibungen und -bewertungen, wie sich aus [§ 87 Abs 2 Satz 2 SGB V](#) ergibt, dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung Rechnung tragen und in regelmäßigen Zeitabständen entsprechend überprüft und angepasst werden. Die Bedeutung des EBM beschränkt sich aber nicht auf die Funktion eines bloßen Leistungs- und Bewertungsverzeichnisses. Der Bewertungsmaßstab ist vielmehr Teil eines aus mehreren Elementen bestehenden komplexen Vergütungssystems, das unterschiedlichen und teilweise gegenläufigen gesetzlichen Zielvorgaben gerecht werden muss. Innerhalb dieses Systems bestimmt er zum einen als Vergütungsmaßstab die Höhe der Gesamtvergütung, sofern diese nach Einzelleistungen berechnet wird ([§ 85 Abs 2 Satz 2 SGB V](#)); zum anderen schafft er die Voraussetzungen für eine leistungsgerechte Verteilung der Gesamtvergütung unter die Vertragsärzte, wie sie das Gesetz in [§ 85 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) vorschreibt. Die vertraglichen Vereinbarungen über die Gesamtvergütung, der EBM und die Regelungen in den Honorarverteilungsmaßstäben der KVen müssen so ineinander greifen, dass die Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen einerseits eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ermöglicht und andererseits den Vertragsärzten eine angemessene Vergütung sichert ([§ 72 Abs 2 SGB V](#)). Nicht nur unter der Geltung einer echten Einzelleistungsvergütung, sondern auch dann, wenn diese Ziele bei einer budgetierten oder pauschalierten Gesamtvergütung über die Honorarverteilung umgesetzt werden müssen, stellt der EBM ein wesentliches und unverzichtbares Steuerungsinstrument dar. Da die Honorarverteilung der autonomen Satzungsgewalt der einzelnen regionalen KVen unterliegt, können Vergütungsgrundsätze, die aus Sachgründen für den gesamten Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung einheitlich geregelt werden müssen oder zweckmäßigerweise einheitlich geregelt werden sollten, nur über den EBM verwirklicht werden.

Hieraus folgt zunächst, dass sich der gesetzliche Auftrag des Bewertungsausschusses nicht in einer Leistungsbewertung nach betriebswirtschaftlichen oder sonstigen kalkulatorischen Gesichtspunkten erschöpft, sondern die Möglichkeit einschließt, über die Definition und Bewertung ärztlicher Verrichtungen auch eine Steuerung des Leistungsverhaltens zu bewirken. Darüber hinaus kann der EBM die ihm innerhalb des vertragsärztlichen Vergütungssystems zukommende Aufgabe aber nur erfüllen, wenn der Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses über die bloße Möglichkeit der Aufnahme neuer bzw. der Abwertung, Höherbewertung oder Streichung vorhandener Einzelleistungspositionen hinausreicht. Durch rein numerische Bewertungskorrekturen kann das Leistungsverhalten der betroffenen Ärzte nur sehr unspezifisch beeinflusst werden; gezielte Strukturveränderungen lassen sich mit diesem Mittel allein nicht bewirken. Im Hinblick auf die Steuerungsfunktion, die dem EBM als bundesweit für alle Kassenarten verbindlicher Vergütungsgrundlage zukommt, ist es deshalb zulässig, über ergänzende Bewertungsformen wie Komplexgebühren, Gebührenpauschalen, Abstufungsregelungen und ähnliche mengen- oder fallzahlenbegrenzende Maßnahmen die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu fördern und Verteilungseffekte mit dem Ziel einer angemessenen Vergütung der ärztlichen Leistungen, auch im Verhältnis der Arztgruppen zueinander, anzustreben (Bundessozialgericht - BSG -, Urteil vom 20. März 1996, Az.: [6 RKA 51/95](#), veröffentlicht in Juris).

Dass dies der Intention des Gesetzes entspricht, kann angesichts der mit Wirkung zum 1. Januar 2009 erfolgten Neufassung und Erweiterung des [§ 87 SGB V](#) durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26. März 2007 ([BGBl. I S. 378](#)) nicht zweifelhaft sein. In Anknüpfung an die Vorgabe des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 ([BGBl. I S. 2266](#)), wonach u.a. Komplexgebühren als Zusammenfassung mehrerer ärztlicher Leistungen zu schaffen waren, sollte eine neu zu schaffende Euro-Gebührenordnung die von Budgets und floatenden Punktwerten geprägte Honorarsystematik ablösen und hierfür – nach unterschiedlichen Kriterien für den hausärztlichen und fachärztlichen Bereich entwickelte – Pauschalvergütungen in Kombination mit einer überschaubaren Zahl von Einzelleistungsvergütungen vorsehen. Dies sollte auch dem Bürokratieabbau und höherer Transparenz dienen (GKV-WSG-Entwurf, [BT-Drs. 16/3100, S. 88](#), 91). Flankiert werden können diese Pauschalen durch Zuschläge, wenn die Versorgung der Versicherten mit besonderen Qualifikationsanforderungen verbunden ist (z.B. bei der Palliativversorgung), während Einzelleistungen nur noch für besonders zu fördernde Leistungen (z.B. Prävention) vorgesehen sind (GKV-WSG-Entwurf, a.a.O., S. 88, 127).

[§ 87 Abs. 2b SGB V](#) erhielt daher folgenden Wortlaut:

Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen der hausärztlichen Versorgung sind als Versichertenpauschalen abzubilden; für Leistungen, die besonders gefördert werden sollen, können Einzelleistungen oder Leistungskomplexe vorgesehen werden. Mit den Pauschalen nach Satz 1 werden die gesamten im Abrechnungszeitraum üblicherweise im Rahmen der hausärztlichen Versorgung eines Versicherten erbrachten Leistungen einschließlich der anfallenden Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen vergütet. Die Pauschalen nach Satz 1 können nach Morbiditätskriterien wie Alter und Geschlecht differenziert werden, um mit dem Gesundheitszustand verbundene Unterschiede im Behandlungsaufwand der Versicherten zu berücksichtigen. Zudem können Qualitätszuschläge vorgesehen werden, mit denen die in besonderen Behandlungsfällen erforderliche Qualität vergütet wird.

Die Zusammenfassung von einzelnen Gebührenpositionen zu Leistungskomplexen und Pauschalen soll eine Zergliederung des EBM in immer mehr Einzelleistungspositionen verhindern. Dahinter steht das Bestreben, durch die Bildung von Komplexgebühren, mit denen die bei

bestimmten typischen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen anfallenden Leistungen pauschal abgegolten werden, der Tendenz zu Leistungsausweitungen und einem damit verbundenen Punktwertverfall entgegenzuwirken (BSG a.a.O.).

b) Diese Grundsätze hat der Bewertungsausschuss beachtet, als er mit Wirkung zum 1. Januar 2008 die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte von der Abrechnung der GO-Nrn. 35100 und 35110 ausschloss und stattdessen mit der GO-Nr. 03235 einen Qualitätszuschlag für die psychosomatische Versorgung einführte. Diese Ärzte wurden durch die EBM-Änderung auch nicht generell schlechter gestellt. Während nach der Rechtslage bis 2007 (und ab 2009) eine zeitgebundene Leistung für jeden Abrechnungsfall individuell zu erbringen und für die Abrechnung der GO-Nr. 35100 zusätzlich ein "schriftlicher Vermerk über ätiologische Zusammenhänge" anzufertigen war, besteht der Anspruch auf den Qualitätszuschlag 03235 unabhängig von der psychosomatischen Versorgung im Einzelfall, ohne Zeitbindung und ohne Dokumentationsobliegenheit. In einer durchschnittlichen hausärztlichen Praxis in Berlin mit ca. 800 Behandlungsfällen im Quartal (vgl. Gesundheitsberichterstattung Berlin – Basisbericht 2008, Daten des Gesundheits- und Sozialwesens, Hrsg.: Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, S. 461, Tabelle 7.2.31, verfügbar über <http://www.berlin.de/sen/gessoz/index.html> sowie die Stichworte "Gesundheit" und "Gesundheitsberichterstattung", recherchiert am 18. September 2012) führt allein die GO-Nr. 03235 zu 16.000 Punkten; hierfür müssten nach der bis 2007 und ab 2009 geltenden Rechtslage in ca. 37 Behandlungsfällen Leistungen nach den GO-Nrn. 35100 oder 35110 erbracht und ggf. auch dokumentiert werden. Es erscheint nachvollziehbar, dass hierdurch die durchschnittliche hausärztliche Praxis besser gestellt wird. Zugleich wird erkennbar, dass sich für eine stark auf psychosomatische Leistungen ausgerichtete Hausarztpraxis – wie die des Klägers – die Abrechnungssituation verschlechtert. Die Rechtmäßigkeit einer EBM-Regelung hängt jedoch nicht davon ab, wie sie sich auf eine einzelne Vertragsarztpraxis auswirkt. Denn der Bewertungsausschuss ist nicht nur berechtigt, sondern verpflichtet, an typische Sachverhalte anzuknüpfen und dafür generalisierende Regelungen zu schaffen. Besonderen in der Vergangenheit gewachsenen Praxissituationen kann allenfalls durch Ausnahmeregelungen Rechnung getragen werden (BSG, Urteil vom 15. Mai 2002, Az.: [B 6 KA 22/01 R](#), veröffentlicht in Juris).

Einer Ausnahmeregelung für die klägerische Praxis bedurfte es im vorliegenden Fall aus mehreren Gründen nicht: Zum einen galt die o.g. EBM-Änderung nur für das Jahr 2008, danach wurde die bisherige Abrechnungssituation wieder hergestellt. Zum anderen sank das durchschnittliche Quartalshonorar des Klägers – ausweislich der o.g. Daten der Beklagten – zwar von 28.691,64 EUR im Jahre 2007 auf 25.041,99 EUR für das Jahr 2008, stieg in den Folgejahren jedoch wieder spürbar an (auf 26.761,08 EUR im Jahre 2009 und 25.770,31 EUR im Jahre 2010, allerdings noch ohne das typischerweise ertragsstarke vierte Quartal), sodass – zum dritten – die EBM-Änderung auch nicht zu langfristigen Folgen in der Honorarsituation des Klägers führte. Aus welchen Gründen die Klägerseite letzteres in Abrede stellt, ist für den Senat nicht nachvollziehbar, da die einzige praxisindividuelle Bezugsgröße aus dem Abrechnungsjahr 2008 für die Berechnung des ab 2009 geltenden praxisindividuellen Regelleistungsvolumens die Fallzahl ist.

c) Entgegen der klägerischen Auffassung hat der Bewertungsausschuss seinen normativen Gestaltungsspielraum nicht überschritten. Die Zubilligung eines weiten Gestaltungsspielraums bedeutet nicht, dass der Bewertungsausschuss seine Befugnisse beliebig, etwa zur Durchsetzung honorarpolitischer Interessen einzelner Arztgruppen oder zur Einkommenslenkung, nutzen kann. Die Definition und Bewertung der Leistungen im EBM hat vielmehr sachbezogen zu erfolgen. Eingriffe der Gerichte in das Tarifgefüge des Bewertungsmaßstabs haben daher grundsätzlich zu unterbleiben; das gilt nur dann nicht, wenn der Bewertungsausschuss seine Kompetenzen missbräuchlich ausübt, indem er etwa eine ärztliche Minderheitsgruppe bei der Honorierung bewusst benachteiligt oder sich sonst von sachfremden Erwägungen leiten lässt (BSG, Urteil vom 20. März 1996, [a.a.O.](#)). Speziell solche Regelungen, mit denen über das Anpassungsgebot des [§ 87 Abs 2 Satz 2 SGB V](#) hinaus Leistungs- und Vergütungsstrukturen modifiziert werden sollen, bedürfen der sachlichen Legitimation. Welche Anforderungen dabei an die Legitimationsgrundlage im Einzelnen zu stellen sind, braucht aus Anlass des vorliegenden Rechtsstreits nicht entschieden zu werden. Es reicht jedenfalls aus, wenn – wie im vorliegenden Fall – das Gesetz selbst ausdrücklich einen entsprechenden Umgestaltungsauftrag erteilt oder die Möglichkeit hierzu eröffnet (BSG a.a.O.). d) Die Rechtmäßigkeit der o.g. EBM-Änderung für das Jahr 2008 wird nicht dadurch tangiert, dass durch den im Jahre 2009 geltenden EBM die bis Ende 2007 bestehenden Regelungen wiederhergestellt wurden. Diese neuerliche Änderung wurde durch die ab dem 1. Januar 2009 geltende Rechtslage erforderlich, nach der die für die Honorarverteilung nunmehr zwingenden Regelleistungsvolumina ergänzt wurden durch Fallwertzuschläge zugunsten von Hausärzten für psychosomatische und andere qualifikationsgebundene Leistungen (Ziffer 5 der Anlage 1 zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008). Diese Zuschläge setzten voraus, dass die GO-Nrn. 35100 und 35110 auch für Hausärzte wieder abrechenbar waren.

e) Die im Jahre 2008 geltende EBM-Änderung ist auch verfassungsrechtlich unbedenklich. Die Grundrechte des Klägers werden hierdurch nicht verletzt.

aa) [Art. 14 GG](#) kommt schon deshalb als Prüfungsmaßstab nicht in Betracht, weil beschränkte Abrechnungsmöglichkeiten sich auf die berufliche Tätigkeit insgesamt beziehen und nicht auf deren Ergebnisse (BSG, Urteil vom 28. Oktober 2009, Az.: [B 6 KA 22/08 R](#), veröffentlicht in Juris, m.w.N.).

bb) Aber auch die durch [Art. 12 GG](#) geschützte Berufsfreiheit des Klägers ist nicht verletzt.

(1) Die angegriffenen Abrechnungsbestimmungen betreffen den Kläger nur in seiner Berufsausübungsfreiheit. Die eigentliche Berufstätigkeit als Grundlage der Lebensführung bleibt unberührt. Es geht weder um den Zugang zu einer bestimmten Arztgruppe noch zu einem Planungsbereich, sondern lediglich um die Abrechenbarkeit bestimmter Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Arzt wird jedenfalls so lange nicht in seinem Status betroffen, wie er nicht im Kernbereich seines Fachgebietes eingeschränkt wird (BVerfG, Beschluss vom 8. Juli 2010, Az.: [2 BvR 520/07](#), veröffentlicht in Juris. m.w.N.).

Entgegen der Auffassung des Klägers zählen psychosomatische Leistungen nicht zum Kernbereich eines Facharztes für Innere Medizin. Insoweit sehen zwar sowohl die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin vom 16. Juni 2004, zuletzt geändert durch den 5. Nachtrag vom 19. September 2007, als auch die von der Bundesärztekammer verabschiedete (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) 2003 (in der Fassung vom 25. Juni 2010) vor, dass zu den allgemeinen Inhalten jeder Weiterbildung auch der Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in den psychosomatischen Grundlagen zählen. Ein 80-stündiger Weiterbildungskurs in Psychosomatischer Grundversorgung ist jedoch nur für die Fachgebiete Allgemeinmedizin und Gynäkologie vorgeschrieben. Im Übrigen wird der Bereich der Psychosomatik nur in den Gebieten der psychiatrischen, neurologischen, psychosomatischen sowie der Kinder- und Jugendmedizin erwähnt.

Dass der Kläger als hausärztlich tätiger Facharzt für Innere Medizin demselben Versorgungsbereich angehört wie Fachärzte für Allgemeinmedizin, bewirkt nicht, dass die Kernbereiche beider Fachgebiete verschmelzen. Selbst wenn dies so wäre, kann aus dem Erfordernis eines 80-stündigen Weiterbildungskurses nicht gefolgert werden, psychosomatische Leistungen zählen zum den ärztlichen Status betreffenden Kernbereich der Allgemeinmedizin.

(2) Tangieren die vom Kläger angegriffene EBM-Änderungen somit nur seine Berufsausübungsfreiheit, ist dieser Eingriff verfassungsrechtlich gerechtfertigt, weil er Gemeinwohlinteressen dient und verhältnismäßig ist. Denn die Konzentration des Vergütungssystems auf pauschalierte Leistungen, welche durch Qualitätszuschläge und wenige einzeln zu vergütende Leistungen flankiert werden, dient der Wirtschaftlichkeit im Interesse der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung, weil es das mit erheblichen Unwägbarkeiten verbundene bisherige Honorarsystem mit u.a. floatenden Punktwerten und geringer Transparenz ablöst und der geringere bürokratische Aufwand Ressourcen für die Versorgung der Versicherten freisetzt. Darüber hinaus sind die o.g. EBM-Änderungen für den Kläger auch nicht unzumutbar, wie die oben dargestellte Honorarentwicklung belegt.

3) Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 154 Abs. 1](#) und 2 Verwaltungsgerichtsordnung.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2013-01-15