

## S 2 KA 439/01

Land  
Rheinland-Pfalz  
Sozialgericht  
SG Mainz (RPF)  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
2  
1. Instanz  
SG Mainz (RPF)  
Aktenzeichen  
S 2 KA 439/01  
Datum  
10.12.2003  
2. Instanz  
LSG Rheinland-Pfalz  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
1. Die Klage wird abgewiesen.  
2. Der Kläger hat der Beklagten deren außergerichtliche Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Der als hausärztlicher Kinderarzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Kläger wendet sich gegen die Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale I/2000 bis IV/2000.

In dem gegen die vorgenannten Honorarbescheide angestrebten Widerspruchsverfahren hat der Kläger im Wesentlichen bemängelt, dass die nach den Bestimmungen des Gesundheitsstrukturgesetzes vorgesehene Verteilung der Gesamtvergütung im Bereich der hausärztlichen Versorgung seitens der Beklagten fehlerhaft umgesetzt worden sei. Anstelle der Bildung von Fachgruppentöpfen für die hausärztlich tätigen Internisten, Allgemeinärzte bzw praktischen Ärzte und hausärztlich und fachärztlich tätigen Kinderärzte hätte diese Gruppe der hausärztlich tätigen Ärzte im Zusammenhang mit der Verteilung der Gesamtvergütung zu einer Einheit zusammengefasst werden müssen. Dies umso mehr als die Tätigkeitsmerkmale und Abrechnungsbestimmungen dieser Ärzteguppe nahezu übereinstimmen würden. Als Folge dieser Vereinheitlichung müssten, was durch die erfolgte Bildung von Fachgruppentöpfen nicht gewährleistet sei, innerhalb dieser Gruppe der hausärztlich tätigen Ärzte für gleiche Leistungen auch gleiche Honorare vergütet werden.

Die Beklagte hat die Widersprüche hinsichtlich der Honorarbescheide für die Quartale I/2000 bis III/2000 durch Widerspruchsbescheid vom 10. September 2001 und hinsichtlich des Quartals IV/2000 durch Widerspruchsbescheid vom 27. September 2001 zurückgewiesen. Die Begründung dieser Widerspruchsentscheidungen ist im Wesentlichen gleich lautend, insbesondere ist zum einen die bestehende Gestaltungsfreiheit der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Ausgestaltung von Honorarverteilungsregelungen betont worden. Grenzziehungen würden sich insoweit hinsichtlich der Beachtung und Einhaltung von höherrangigen Rechtsnormen ergeben. Was die hier im maßgeblichen Honorarverteilungsmaßstab vorgenommene Bildung von Honorartöpfen innerhalb der Gruppe der hausärztlich tätigen Ärzte angehe, so bedürfe es zum anderen einer sachlichen Rechtfertigung. Diese leite sich vornehmlich aus dem fachlich differierenden Leistungsspektrum der in der Gruppe der hausärztlich tätigen Ärzte zusammengefassten Fachgruppen ab. Nachvollziehbar sei dies durch das Verhältnis der erbrachten Leistungen in Beziehung zu ihrer Relation als Leistungen des Praxis- und Zusatzbudgets sowie den budgetierten Leistungen. Mit der vorgenommenen Bildung von Honorartöpfen sollte dabei Vorsorge getroffen werden, dass durch eine unterschiedliche Mengendynamik das Honorargefüge zu Lasten einer anderen hausärztlichen Arztgruppe nicht beeinflusst werde.

Der Kläger hat daraufhin am 28. September 2001 und am 4. Oktober 2001 jeweils Klage erhoben, die das Gericht durch Beschlüsse vom 4. Februar 2002 und 10. Dezember 2003 mit dem Ziel einer gemeinschaftlichen Entscheidung zu einer Klage verbunden hat.

Zur Begründung macht der Kläger mit umfangreichen Rechtsausführungen im Wesentlichen geltend, dass die in § 9 Abschnitt 3 des maßgeblichen Honorarverteilungsmaßstabes (im Folgenden: HVM) der Beklagten vorgeschriebene Verteilung bzw Unterteilung der hausärztlichen Gesamtvergütung in Vergütungsanteile der hausärztlich tätigen Internisten, der hausärztlich und fachärztlich tätigen Kinderärzte und der Allgemeinärzte/praktischen Ärzte sowie die unter § 9 Abschnitt 4 bzw Abschnitt 5.4 getroffene weitergehende Punktwertkorridorregelung fehlerhaft seien.

Zum einen würden mit diesen Vorgaben das Gebot der leistungsproportionalen Verteilung und das Gebot der Verteilungsgerechtigkeit nicht ausreichend beachtet. Zum anderen würden diese Vorgaben den Anforderungen, die in der Rechtsprechung an Regelungen der Berufsausübung gemäß [Art 12 Abs 1 GG](#) mit Blick auf Zumutbarkeit, Gerechtigkeit und Erforderlichkeit sowie Gleichbehandlung gestellt

würden, nicht gerecht. Als Beleg hierfür haben die Prozessbevollmächtigten des Klägers beispielhaft tabellarisch die unterschiedliche Vergütung bestimmter qualifikationsgebundener Leistungen (Primärkassen) in den ersten drei Quartalen des Jahres 2000 für hausärztliche Kinderärzte, hausärztliche Internisten und Allgemeinärzte aufgezeigt. Mit einer weiteren Tabelle, mit denen das Gesamtnettohonorar aller Ärzte und die Anteile davon der hausärztlichen Internisten, Kinderärzte und Allgemeinärzte im Vergleich der Quartale IV/99 und IV/2000 gegenübergestellt wurde, haben sie aufgezeigt, dass dabei die Honoraranteile der Kinderärzte gesunken, demgegenüber aber bei den Allgemeinmedizinerinnen und hausärztlichen Internisten gestiegen sind.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

die Beklagte unter Abänderung der Honorarbescheide für die Quartale I/2000 bis IV/2000 und den hierzu ergangenen Widerspruchsbescheiden vom 10. September und 27. September 2001 zu verpflichten, die Honorarabrechnung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut durchzuführen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat zu den umfangreichen Rechtsausführungen des Klägers erwidert und dabei vor allem die in den angegriffenen Widerspruchsbescheiden vertretene Rechtsauffassung nochmals eingehend erläutert. In diesem Zusammenhang hat sie auch darauf hingewiesen, dass die vom Kläger bemängelten Rückgänge des prozentualen Anteils an der hausärztlichen Gesamtvergütung auch durch den Wegfall der Arztzahldynamisierungsregelung Ende 1999 bedingt sei, die zudem die Fachgruppe der Kinderärzte im internen Vergleich der hausärztlichen Fachgruppen in den streitigen Quartalen stärker betroffen hat. Im Verlaufe der mündlichen Verhandlung hat der Terminsvertreter der Beklagten hierzu statistische Unterlagen zur Gerichtsakte gereicht.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze und die in diesem Zusammenhang zur Gerichtsakte gereichten statistischen Unterlagen, auf den übrigen Inhalt der Gerichtsakte sowie auf den Inhalt der beigezogenen und zum Verhandlungsgegenstand gemachten Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage führt in der Sache nicht zum Erfolg.

Die angefochtenen Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale I/2000 bis IV/2000 in Gestalt der hierzu ergangenen Widerspruchsbescheide vom 10. September und 27. September 2001 sind rechtmäßig. Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Beklagten in den Fassungen vom 12. April und 24. Mai 2000, wie er den streitgegenständlichen Honorarbescheiden zu Grunde gelegt worden ist, ist rechtlich nicht zu beanstanden.

Nach den insoweit hier einschlägigen Regelungen in § 9 Abschnitt 2.3 und Abschnitt 3 erfolgt nach Berücksichtigung von Rückstellungen und Abzweigungen bestimmter Vergütungsanteile die Verteilung der Gesamtvergütung entsprechend [§ 85 Abs 4](#) und 4 a SGB V bzw. entsprechend den hierzu ergangenen Beschlüssen des Bewertungsausschusses getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung. Hinsichtlich des hausärztlichen Versorgungsbereichs bestimmt Abschnitt 3.1 bis 3.3 bzw. 3.4 zunächst, dass dort näher bezeichnete Abzüge und Zuführungen vorgenommen werden; gemäß Abschnitt 3.3 bzw. 3.5 wird sodann der verbleibende Anteil verteilt in Anteile für die hausärztlich tätigen Internisten, hausärztlich und fachärztlich tätigen Kinderärzte und Allgemeinärzte/praktische Ärzte. Die Berechnung der hausärztlichen Gesamtvergütungsanteile und der Punktwerte ist sodann unter § 9 Abschnitt 4 und 5 näher geregelt. Schließlich sieht Abschnitt 5.3 bzw. 5.4 noch eine Sonderregelung dergestalt vor, dass sich der errechnete Punktwert einer Fachgruppe nur noch innerhalb einer Toleranzgrenze von 10 vH über oder unter dem für die Fachgruppen errechneten durchschnittlichen Punktwert bewegen darf, andernfalls ist der der jeweiligen Fachgruppe zur Verfügung stehende Honoraranteil bis zur Erreichung dieser für den Punktwert bestimmten Grenzen anzuheben oder abzusenken.

Die dargestellten Regelungen stehen mit höherrangigem Recht in Einklang. Der maßgebliche HVM der Beklagten ist an den gesetzlichen Vorgaben des [§ 85 Abs 4 SGB V](#) iVm dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit zu messen. Dieser Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ergibt sich aus [Art 12](#) iVm [Art 3 Abs 1 Grundgesetz \(GG\)](#). Zentrale Bedeutung kommt dabei der Bestimmung des [§ 85 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) zu, wonach bei der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistungen des Vertragsarztes zu Grunde zu legen sind. Dieser Vorschrift kann indes nicht die Forderung entnommen werden, die Leistungen müssten nach Art und ihrem Umfang stets gleichmäßig, dh mit einem für alle Leistungen einheitlichen Punktwert honoriert werden. Das Gesetz schließt vielmehr eine Aufteilung der Gesamtvergütung in Teil- oder Praxisbudgets, aber auch in Honorartöpfe mit der Folge, dass die vertragsärztlichen Leistungen nicht mehr entsprechend dem EBM im selben Verhältnis, sondern, abhängig von der Mengenentwicklung im jeweiligen Leistungsbereich, unterschiedlich hoch vergütet werden, nicht grundsätzlich aus (vgl zum Vorstehenden auch: BSG, Urteil vom 28. Januar 1998, Az.: [B 6 KA 96/96 R](#) und BSG, Urteil vom 26. Juni 2002, Az.: [B 6 KA 28/01 R](#), jeweils mwN aus der Rechtsprechung).

Zu betonen ist in diesem Zusammenhang allerdings, dass der den Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Ausgestaltung ihres HVM eingeräumte weite Gestaltungsspielraum im Hinblick auf die berufsregelnde Tendenz von Honorarverteilungsvorschriften Begrenzungen ausgesetzt ist. Insbesondere sind die Kassenärztlichen Vereinigungen insoweit an den Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung gebunden, der besagt, dass die ärztlichen Leistungen prinzipiell gleichmäßig zu vergüten sind. Der normsetzenden Körperschaft bleibt jedoch gleichwohl ein Spielraum von sachlich gerechtfertigten Abweichungen von dem Grundsatz, der es ihr ermöglicht, ihrem Sicherstellungsauftrag und ihren sonstigen vertraglichen und gesetzlichen Verpflichtungen gerecht zu werden. Bereits gemäß [§ 85 Abs 4 Satz 5 SGB V](#) in der bis zum In-Kraft-Treten des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-GRG 2000 vom 22. Dezember 1999, [BGBl I, Seite 2626](#)) konnte der jeweilige Verteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigungen eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung vorsehen. Gemessen hieran ist es danach aber grundsätzlich zulässig, wenn die Beklagte in ihrem HVM gesonderte Honorartöpfe für verschiedene Fachgruppen bildet, um Vorsorge dagegen zu treffen, dass durch eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Fachgruppen das Honorargefüge ungerechtfertigt zu Gunsten einzelner

und zum Nachteil anderer Arztgruppen verändert wird. Diese Aussage gilt nicht nur mit Blick auf die gesetzlich in [§ 85 Abs 4 SGB V](#) iVm [§ 73 Abs 1 SGB V](#) vorgegebene Aufteilung in einen fachärztlichen und hausärztlichen Vergütungs- und Versorgungsanteil. Vielmehr ist es nach den bisherigen Darlegungen grundsätzlich auch zulässig, wenn eine Kassenärztliche Vereinigung in ihrem HVM im Rahmen des hausärztlichen Versorgungsanteils eine Aufteilung der Gesamtvergütung in Gestalt der Bildung von Honorarfonds zur Vergütung der ärztlichen Fachgruppen, welche an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, vornimmt. Dies gilt vor allem dann, wenn diese Maßnahme maßgeblich von der Zielsetzung geprägt ist, Vorsorge dagegen zu treffen, dass durch eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen ärztlichen Fachgruppen, welche an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, das Honorargefüge ungerechtfertigt zu Gunsten einzelner und zum Nachteil anderer Leistungserbringer innerhalb dieser Arztgruppe verändert wird.

So liegen die Dinge aber im zu Grunde liegenden Verfahren. Die Beklagte hat in den angegriffenen Bescheiden in sich schlüssig und nachvollziehbar aufgezeigt, dass die Bildung eines hausärztlichen Versorgungsanteils mit eigenständigen Honorarfonds für Allgemeinmediziner/praktische Ärzte, hausärztliche Internisten und Kinderärzte maßgeblich von dieser Zielsetzung geprägt worden ist. Dies liegt angesichts der unterschiedlichen fachlichen Ausrichtungen der Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, auf der Hand. Auch wenn der Gesetzgeber diese als eine Arztgruppe zusammengefasst hat, ist bei einem hausärztlichen Internisten etwa gegenüber dem hausärztlichen Kinderarzt oder Allgemeinarzt mit arztgruppenspezifischen Leistungsbedarfsentwicklungen zu rechnen, so dass mit der vorgenommenen Topfbildung insoweit gerade eine differenzierte Berücksichtigung ermöglicht wird. Hinzu kommt, dass durch die korrigierend wirkende Regelung des Punktwertkorridors gemäß § 9 Abschnitt 5.4 bzw 5.3 des maßgeblichen HVM die in der Obergruppe aller Hausärzte strukturell angelegten sachlichen Gleichheiten aufgegriffen werden und sodann im Rahmen einer als Punktwerteangleichungsverfahren zu bezeichnenden Operation berücksichtigt werden. Gerade im Zusammenspiel zwischen der Bildung von eigenständigen Honorarfonds für Allgemeinmediziner/praktische Ärzte, hausärztliche Internisten und Kinderärzte einerseits sowie der Regelung des Punktwertkorridors andererseits hat die Beklagte im Rahmen ihres HVM ein ausgewogenes Verfahren entwickelt, welches geeignet ist, bei einer gewissen durch die gesetzlichen Regelungen der [§ 85 Abs 4 Satz 1 SGB V](#) und [§ 73 Abs 1a SGB V](#) vorgegebene und hierdurch definierte Gleichheit dennoch in Bezug auf Leistungsmengenentwicklung, Arztzahl- und Fallzahlentwicklung angelegte Ungleichheiten zu evaluieren.

Alles in allem ist deshalb die Bildung eines hausärztlichen Versorgungsanteils mit eigenständigen Honorarfonds für Allgemeinmediziner/praktische Ärzte, hausärztliche Internisten und Kinderärzte vom Gestaltungsspielraum der Kassenärztlichen Vereinigungen gedeckt und rechtlich nicht zu beanstanden, vielmehr entspricht sie sogar in besonderer Weise dem gesetzgeberischen Auftrag in [§ 85 Abs 4, 4 a SGB V](#). Nicht unerwähnt bleiben soll in diesem Zusammenhang auch, dass der normsetzenden Körperschaft bei der Neuregelung komplexer Materien, wie es hier die Umsetzung des gesetzgeberischen Auftrages nach [§ 85 Abs 4 SGB V](#) mit sich gebracht hat, unter dem Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelungen ein etwas weitergehender Gestaltungsspielraum zusteht und unter Umständen auch größere Typisierungen und Generalisierungen zulassen würde, was nach dem bisher gesagten allerdings bei den hier zu überprüfenden HVM-Regelungen der Beklagten nicht der Fall ist. Dies belegen im Übrigen auch die von der Beklagten in den Gründen der angegriffenen Widerspruchsbescheide mitgeteilten Zahlen über die Anwendung der Punktwertkorridorregelung in dem hier zu überprüfenden HVM. Hiernach ist es im Quartal I/2000 in einem Teilbereich zu einer Stützungsmaßnahme in Höhe von 15.021,85 DM zu Gunsten des Klägers sowie im Bereich der unbudgetierten Leistungen in den Quartalen I/2000 und II/2000 zu Abschöpfungen zu Lasten des Klägers in Höhe von 10.805,- DM und 23.259,- DM gekommen. In den Quartalen III/2000 und IV/2000 sind demgegenüber keine Absenkungen bzw Erhöhungen notwendig geworden.

Soweit der Prozessbevollmächtigte des Klägers demgegenüber eine Tabelle zur Gerichtsakte gereicht hat, die zum einen das Gesamtnettohonorar aller Ärzte sowie die daran entfallenen Anteile der hausärztlichen Internisten, Kinderärzte und Allgemeinmediziner im Vergleich der Quartale IV/99 und IV/2000 ergibt und zum anderen belegt, dass der Honoraranteil der Kinderärzte gesunken ist, während er bei den Allgemeinmedizinern und den hausärztlichen Internisten gestiegen ist, vermag die Kammer dieser tabellarischen Übersicht keinen rechtlich erheblichen Aussagewert beizumessen. Dies deshalb, weil das Zahlenwerk für das IV. Quartal 1999 noch unter Geltung der ab Anfang 2000 weggefallenen Regelungen zur Dynamisierung in der Arztzahlentwicklung herrührt, wobei gerade die Arztgruppe der Kinderärzte, der auch der Kläger angehört, 1999 von diesem Regelwerk noch in besonderer Weise profitiert und Stützungsleistungen erfahren hat. Die durch das GKV-GRG 2000 und durch den hier zu überprüfenden HVM der Beklagten geschaffene neue Rechtslage lässt aber einen Vergleich mit den Verhältnissen in dem Quartal IV/2000 nicht als sachgerecht erscheinen. Letzteres gilt im Ergebnis auch für die zur Gerichtsakte gereichte Tabelle, mit der die Vergütung bestimmter qualifikationsgebundener Leistungen (Primärkassen) im Vergleich der Kinderärzte mit anderen Hausärzten für die ersten drei Quartale des Jahres 2000 dargestellt worden ist. Die solcherart dargestellte Vergütung bestimmter kollegationsgebundener Leistungen stellt nur einen geringen Teil der von Kinderärzten und den anderen Teilnehmern an der ärztlichen Versorgung erbrachten Leistungsbereiche dar.

Erweisen sich mithin die angefochtenen Bescheide als rechtmäßig, so war die Klage mit der sich aus [§ 193 SGG](#) aF ergebenden Kostenfolge abzuweisen.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2004-04-14