
Datum: 18.03.2015
Gericht: Sozialgericht Düsseldorf
Spruchkörper: 33. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 33 KA 416/11
ECLI: ECLI:DE:SGD:2015:0318.S33KA416.11.00

Nachinstanz: Bundessozialgericht, B 6 KA 33/15 R
Sachgebiet: Vertragsarztangelegenheiten
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:

Die Klage wird abgewiesen. Die Kosten des Verfahrens trägt die Klägerin.

Tatbestand: 1

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der Honorarfestsetzung für die Quartale III/2010 und IV/2010 hinsichtlich der Kontingentierung der pathologischen Leistungen des Kapitals 19 EBM. 2

Klägerin ist eine Berufsausübungsgemeinschaft, der 3 in X niedergelassene und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Fachärzte für Pathologie angehören. Der Vergütung der pathologischen Leistungen des Kapitals 19 EBM legte die Beklagte die sich aus der sogenannten Kontingentierung freier Leistungen ergebenden Punktwerte von 3,0483 bzw. 2,9265 Cent zugrunde. Die Klägerin legte daraufhin gegen die Abrechnungsbescheide für die genannten Quartale vom 25.01.2011 und 26.04.2011 jeweils Widerspruch ein, zu deren Begründung sie im Wesentlichen geltend machte, für eine Kontingentierung von freien Leistungen und eine Vergütung dieser Leistungen mit einem floatenden bzw. angepassten Punktwert auf Grundlage eines Vergütungsvolumens des Jahres 2008 liege keine Ermächtigungsgrundlage vor. Insoweit verstoße diese mittelbare Honorarbegrenzungsregelung, auf deren Grundlage die Beklagte Honorarzuwächse der Klägerin einbehalten habe, gegen höherrangiges Recht. Die Widerspruchsstelle der Beklagten wies die Widersprüche mit Widerspruchsbescheid vom 19.10.2011, auf dessen 3

Inhalt wegen der Begründung verwiesen wird, zurück.

Hiergegen richtet sich die rechtzeitig erhobene Klage, zu deren Begründung die Klägerin ihren Vortrag aus dem Widerspruchsverfahren wiederholt. 4

Die Kläger beantragt, 5

die Quartalskonto/Abrechnungsbescheide für die Quartale III/2010 und IV/2010 vom 25.01.2011 und 26.04.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.10.2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, über die Honorarfestsetzung für die genannten Quartale unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden. 6

Die Beklagte beantragt, 7

die Klage abzuweisen. 8

Die Beklagte hält die angefochtenen Bescheide für rechtmäßig. 9

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den übrigen Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, ergänzend Bezug genommen. 10

Entscheidungsgründe: 11

Die Klage ist zulässig, aber nicht begründet. Die Klägerin ist durch die angefochtenen Abrechnungsbescheide nicht beschwert im Sinne des § 54 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG), weil diese nicht rechtswidrig sind. Die Vergütung der pathologischen Leistungen des Kapitels 19 EBM ist nicht zu beanstanden, denn ein Anspruch auf eine unquotierte Vergütung dieser Leistungen zum Orientierungspunktwert besteht nicht. Die Kontingentierung der sogenannten freien Leistungen beruht auf gesamtvertraglichen Regelungen, die wiederum auf Vorgaben des Bewertungsausschusses zurückgehen. Die maßgeblichen Bestimmungen auf beiden Regelungsebenen verstoßen nicht gegen höherrangiges Recht. 12

Nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26.03.2010 zu Teil F Abschnitt II Ziffer 1, Satz 2, können Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen vergütet werden, einer Steuerung unterzogen werden, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen (z.B. durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken, wobei dies auch für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gilt, welche von Arztgruppen erbracht werden, die – wie die Fachgruppe der Pathologen – nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen. Auf dieser Grundlage haben die Gesamtvertragspartner in §§ 3 Satz 6, 7 Abs. 2 c des nordrheinischen HVV in der in den streitigen Quartalen geltenden Fassung vereinbart, dass unter anderem auch die Vergütung der pathologischen Leistungen des Kapitels 19 EBM nach der regionalen Euro- Gebührenordnung mit einem Punktwert von 3,5048 Cent erfolgt, es sei denn, dass die mit diesem Punktwert bezahlbare Leistungsmenge die jeweils gebildeten eigenständigen Kontingente überschreitet. In diesem Fall wird die Leistungsmenge abweichend von der regionalen Euro- und Gebührenordnung nach dem EBM, multipliziert mit dem sich rechnerisch ergebenden Punktwert vergütet. Dieser Punktwert errechnet sich durch Division der jeweils gebildeten eigenständigen Kontingente durch den entsprechenden Leistungsbedarf des aktuellen Abrechnungsquartals, der der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliegt. Rechtliche Bedenken gegen diese 13

Regelungen bestehen nicht. Dass auch die sogenannten freien, nicht den Regelleistungsvolumen unterliegenden Leistungen einer Mengensteuerung durch Quotierung bzw. Kontingentierung unterzogen werden können, hat das Bundessozialgericht im Urteil vom 17.07.2013 – B 6 KA 45/12 R – entschieden und eingehend begründet. Dem schließt sich die Kammer aus eigener Überzeugung an und verweist zur Vermeidung von Wiederholungen auf die Ausführungen des Bundessozialgerichts.

Auch der Umstand, dass vorliegend nicht nur einzelne Leistungsbereiche wie Akupunktur, besondere Inanspruchnahmen oder dringende Besuche, sondern die pathologischen Leistungen des Kapitel 19 EBM insgesamt einer Kontingentierung unterworfen werden, rechtfertigt keine andere Beurteilung. Bereits für die Zeit vor Einführung der Regelleistungsvolumen hat das Bundessozialgericht in ständiger Rechtsprechung auch eine Honorarverteilung unter Bildung von Honorartöpfen bzw. Honorarkontingenten für einzelne Fachgruppen und/oder Leistungsbereiche als rechtmäßig angesehen. Die darin liegende Abweichung vom Grundsatz leistungsproportionaler Verteilung (§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V) wird vor allem durch das Ziel sachlich gerechtfertigt, die Folgen der gesetzlichen Festlegung von Obergrenzen für die Erhöhung der Gesamtvergütungen in den unterschiedlichen Arztgruppen bzw. Leistungsbereichen gleichmäßig umzusetzen. Dadurch soll verhindert werden, dass sich der Anteil einer Arztgruppe an den Gesamtvergütungen trotz konstant bleibenden Behandlungsbedarfs der Patienten nur deshalb verändert, weil andere Arztgruppen mithilfe medizinisch nicht gerechtfertigter Mengenausweitungen ihre Anteile am insgesamt abgerechneten Leistungsvolumen erhöhen. Bei der Bildung von Honorarkontingenten kann auch an die Verhältnisse in einem früheren Quartal angeknüpft werden. Auch steht der Zuordnung zu einem Honorarkontingent nicht entgegen, dass Leistungen betroffen sind, die überweisungsgebunden sind; vielmehr können auch Leistungen erfasst werden, die einer Mengenausweitung nicht zugänglich sind. Ebenso können Fachgruppen einem Honorarkontingent zugeordnet werden, deren Angehörige vorwiegend oder ausschließlich auf Überweisung tätig werden (vgl. BSG Urteil vom 23.03.2011 – B 6 KA 6/10 R -). Hieran anknüpfend führt das Bundessozialgericht auch im Urteil vom 17.07.2013 aus, die vom Bewertungsausschuss den Gesamtvertragspartnern ermöglichte Mengensteuerung der nicht von Regelleistungsvolumen erfassten Leistungen diene der Sicherung einer insgesamt angemessenen Vergütung aller vertragsärztlicher Leistungen. Eine feste, begrenzte Gesamtvergütung schließe die Vergütung aller vertragsärztlicher Leistungen mit einem garantierten Punktwert aus. Mengenbegrenzungen oder Quotierungen seien unvermeidlich und jeder Garantiepreis für bestimmte, mengenmäßig nicht begrenzte Leistungen führe bei entsprechender Mengenentwicklung zwangsläufig zu einer Absenkung der Vergütung anderer Leistungen.

14

Zu berücksichtigen ist zudem der dem Bewertungsausschuss als Normgeber zukommende Gestaltungsspielraum. Dieser bedeutet insbesondere, dass der Normgeber zur Generalisierung, Pauschalierung, Schematisierung und Typisierung befugt ist (BSG, Urteile vom 28.01.2009 – B 6 KA 50/07 R – und vom 08.12.2010 – B 6 KA 33/09 R -). Dabei ist dem Normgeber gerade bei der Neuregelung komplexer Materien ein besonders weiter Spielraum in Form von Ermittlungs- Erprobungs- und Umsetzungsspielräumen eingeräumt, weil sich häufig bei Erlass der maßgeblichen Vorschriften deren Auswirkungen nicht in allen Einzelheiten übersehen lassen und deshalb auch gröbere Typisierungen und geringere Differenzierung zunächst hingenommen werden müssen. Dieser relativ weiten Gestaltungsfreiheit korrespondiert eine Beobachtungs- und ggfs. Anpassungspflicht des Normgebers, wenn sich im Vollzug von ursprünglich gerechtfertigten Regelungen herausstellt, dass die die Norm legitimierenden Gründe weggefallen oder die Auswirkungen für einzelne Normadressaten unzumutbar geworden sind (BSG, Beschluss vom 11.03.2009 –

15

B 6 KA 31/08 B -). Gleiches gilt für die Gesamtvertragspartner bei der Regelung der Honorarverteilung (BSG, Urteil vom 27.06.2012 – B 6 KA 37/11 R -). Vorliegend ist indes nicht ersichtlich, dass die die Mengensteuerung der nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegenden Leistungen legitimierenden Gründe entfallen seien oder sich deren Auswirkungen etwa für die Gruppe der Pathologen als unzumutbar darstellen könnten. Insbesondere ergibt sich entsprechendes nicht aus dem Ausmaß der mit der Mengensteuerung verbundenen Honorarminderung. Diese entspricht in den streitigen Quartalen bei den Klägern gegenüber einem ohne Mengensteuerung erzielbaren Honorar einer Absenkung von lediglich 6,37 % bzw. 17,6 %.

Ein Anspruch der Klägerin auf eine höhere Vergütung der pathologischen Leistungen folgt auch nicht aus einem Verstoß gegen das Gebot der Angemessenheit der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen. Ein subjektives Recht auf höheres Honorar aus § 72 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit Artikel 12 Grundgesetz kommt erst dann in Betracht, wenn in einem fachlichen und/oder örtlichen Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und deshalb in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist. Bei der Beurteilung, ob eine gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit verstoßende flächendeckend unzureichende Vergütung vertragsärztlicher Leistungen einer bestimmten Arztgruppe vorliegt, sind neben den Einnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit auch die Einnahmen aus privatärztlicher sowie sonstiger Tätigkeit zu berücksichtigen (BSG, Urteil vom 08.12.2010 – B 6 KA 42/09 R-). Dass eine solche Situation hier für die Gruppe der Pathologen eingetreten sein könnte, ist nicht ersichtlich und wird auch von der Klägerin nicht geltend gemacht. 16

Eine Rechtswidrigkeit der Kontingentierung der freien Leistungen folgt auch nicht daraus, dass – wie die Klägerin unter Berufung auf die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 18.08.2010 – B 6 KA 27/09 R – geltend macht – in unzulässiger Weise Honorarzuwächse zur Finanzierung von Ausgleichszahlungen zugunsten anderer Ärzte abgeschöpft würden. Zuzugeben ist der Klägerin allenfalls, dass die Einordnung der Regelung im Beschluss vom 26.03.2010 unter der Überschrift "Konvergenzphase für die Steuerung der Auswirkungen der Umsetzung des Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung, insbesondere Teil F, Beschluss zur Berechnung und zur Anpassung der Arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87 b Absatz 2 und 3 SGB V" eine redaktionelle Unschärfe darstellt. In der Sache handelt es sich jedoch nicht um die Einführung einer Honorarabschöpfung zur Finanzierung sogenannter Konvergenzzahlungen, sondern lediglich um die Fortschreibung der bereits mit Beschluss vom 20.04.2009 ohne jedweden Bezug zu einer "Konvergenzphase" erfolgten Ergänzung der Regelungen des Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses vom 27/28.08.2008 zu Beschlussteil F Nr. 1. Nach Teil B des Beschlusses vom 20.04.2009 wird Teil F Nr. 1 des Beschlusses vom 27/28.08.2008 um einen weiteren Ansatz ergänzt, der lautet: "Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Kostenerstattungen des Kapitels 32, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen vergütet werden, können einer Steuerung unterzogen werden, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen (z.B. durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken. Dies gilt auch für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Kostenerstattungen des Kapitels 32, welche von Arztgruppen erbracht werden, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen". 17

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197 a SGG in Verbindung mit § 154 Abs. 1 VGO. 18
