
S 11 KA 357/98

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Sachsen
Sozialgericht	Sächsisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	1
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 11 KA 357/98
Datum	18.10.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	L 1 KA 4/01
Datum	31.03.2004

3. Instanz

Datum	-
-------	---

- I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 18. Oktober 2000 wird zurückgewiesen.
- II. Der Kläger hat der Beklagten die außergerichtlichen Kosten der Rechtsverteidigung auch im Berufungsverfahren zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe der vertragsärztlichen Vergütung in den Abrechnungsquartalen III/97, II und IV/98.

Der Kläger ist Facharzt für Allgemeinmedizin und nimmt an der vertragsärztlichen Versorgung teil. In den streitigen Abrechnungsquartalen hat ihm die Beklagte unter Anwendung des zum 01.07.1997 in Kraft getretenen Abschnitts A.I. Teil B des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für Ärztliche Leistungen (EBM) die folgenden Vergütungsbescheide erteilt:

Quartal Bescheiddatum Vergütung (DM) III/97 27.01.1998 45.754,34 II/98 27.10.1998 48.199,73 IV/98 27.04.1999 53.209,23

Hinsichtlich des qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets "Psychosomatik/Äbende Verfahren" hat sie die folgenden Quotierungen vorgenommen:

Quartal Praxisbudget Zusatzbudget

ÄPZ Quot. ÄPZ Quot. III/97 147.034,8 75,12 23.046 35,44 II/98 125.595,9 78,36
13.474 49,44 IV/98 87.633,4 84,31 33.646 29,38

(Anm: ÄPZ = Äberschreitungspunktzahl; Quot. = Quotierung [v. H.]). Im Bereich des Zusatzbudgets Allergologie (ÄPZ: 1.190) nahm sie ebenfalls eine Quotierung (86,73 v. H.) vor.

Die Widersprüche, mit denen der Kläger unter Hinweis auf Vergütungseinbußen die Unangemessenheit der vertragsärztlichen Vergütung gerügt hat, blieben ohne Erfolg. Die Beklagte hat auf die Verbindlichkeit des EBM hingewiesen. Die auf der Grundlage von Facharztfonds vorgenommene Vergütungsverteilung verletze den Grundsatz der Verteilungsgerechtigkeit nicht. Wegen der Einzelheiten wird auf die Widerspruchsbescheide vom 15.07.1998, 24.02.1999 und vom 14.07.1999 Bezug genommen.

Die jeweils rechtzeitig erhobenen Klagen hat das Sozialgericht zur gemeinsamen Entscheidung verbunden und auf mündliche Verhandlung mit Urteil vom 18.10.2000 abgewiesen. In den Entscheidungsgründen ist ausgeführt, die Einföhrung der Praxisbudgets sei rechtmäßig. Die auf dem HVM (i. d. F. vom 31.05.1997 ab III/97; i. d. F. vom 08.11.1997 ab I/98 und i. d. F. vom 09.05.1998 ab III/98) nach Facharztfonds vorgenommene Vergütungsverteilung, getrennt nach budgetierten und unbudgetierten Arztgruppen, sei ebenfalls nicht zu beanstanden. Das Vorbringen des Klägers begründe den Anspruch auf ein höheres vertragsärztliches Honorar nicht. Auch eine Inzidenzkontrolle der vom Kläger angegriffenen Regelungen zur Festlegung der Gesamtvergütungshöhe scheide aus. Dem einzelnen Vertragsarzt stehe kein subjektives Recht eine Festlegung der Höhe oder der Veränderung der Gesamtvergütung zu. Wegen der Einzelheiten der Begründung wird auf die erstinstanzliche Entscheidung Bezug genommen.

Gegen das am 31.01.2001 zugestellte Urteil richtet sich die am 28.02.2001 eingelegte Berufung.

Der Kläger ist der Meinung, die Beklagte habe die Gesamtvergütungszahlungen fehlerhaft ermittelt. Sie habe mit den Krankenkassen in den Jahren 1996 Vergütungsvereinbarungen getroffen, die nicht den gesetzlichen Vorgaben entsprochen hätten. Daher hätten die von den gesetzlichen Krankenkassen errichteten Gesamtvergütungen deutlich unter den Beträgen gelegen, die sich bei einer korrekten Ermittlung der Gesamtvergütungshöhe ergeben hätten. Insoweit beruft sich der Kläger auf den zum 01.01.1991 in Kraft getretenen Rahmengesamtvertrag, der für den Bereich der früheren Primärkassen unter anderem die folgende und für den Bereich der Ersatzkassen eine deckungsgleiche Bestimmung enthielt:

Â§ 10 Anpassung der VergÃ¼tung

Die Partner dieses Vertrages prÃ¼fen unmittelbar nach Auswertung der Abrechnungsergebnisse des jeweiligen Abrechnungsquartals deren Auswirkungen auf die VergÃ¼tungssituation der zugelassenen und ermÃ¤chtigten Ã¶rzte und Ã¤rztlich geleiteten Einrichtungen sowie auf die âAusgabenbelastung der am Gesamtvertrag beteiligten Krankenkassen. Auf der Grundlage dieser ÃberprÃ¼fung werden erforderlichenfalls auch innerhalb der Geltungsdauer dieses Vertrages Ãnderungen der vergÃ¼tungsrechtlichen Vorschriften vereinbart, wobei fÃ¼r den Fall, dass die HÃ¶he der GesamtvergÃ¼tung einen Anteil von 20 v. H. der um die Verwaltungskosten reduzierten Einnahmen der am Gesamtvertrag beteiligten Krankenkassen nicht erreicht oder Ã¼berschreitet, Ã¼ber eine Anpassung der VergÃ¼tungssÃ¤tze zu verhandeln ist. Der Punktwert von 6,1 Pfennigen bleibt unberÃ¼hrt.

Der KlÃ¤ger trÃ¤gt dazu vor, dass der Anteil der Ausgaben fÃ¼r die ambulante Ã¤rztliche Versorgung in den ostdeutschen BundeslÃ¤ndern im Jahr 1992 lediglich 14 v. H. ausgemacht habe. So weit ihm bekannt sei, sei die Beklagte hinsichtlich einer Nachverhandlung untÃ¤tig geblieben. Weil der tatsÃ¤chliche Anteil der Ausgaben (14 v. H.) fÃ¼r die ambulante Ã¤rztliche Versorgung die ZielgrÃ¶Ãe von 20 v. H. deutlich unterschritten habe, bestehe ein Anspruch auf Nachverhandlung der GesamtvergÃ¼tungshÃ¶he des Jahres 1992, das, weil es die Basis fÃ¼r die GesamtvergÃ¼tungsvereinbarungen der Folgejahre gewesen sei, auch die HÃ¶he der GesamtvergÃ¼tung des Jahres 1998 betreffe. Die Gesamtvertragspartner hÃ¤tten in den Jahren 1996 bis 1998 die gesetzlichen Vorgaben ([Â§ 85 Abs. 3 SGB V](#)) nicht beachtet, sondern bei der Vereinbarung der VerÃ¤nderungsraten sich vielmehr an der zum 31.12.1995 ausgelaufenen Regelung ([Â§ 85 Abs. 3 b SGB V](#)) orientiert. Daher seien die GesamtvergÃ¼tungszahlungen in den Jahren 1996 bis 1998 um rund 30 Mio. DM gesunken. Zutreffend sei aber eine Orientierung an den in [Â§ 85 Abs. 3 SGB V](#) genannten Kriterien (VerÃ¤nderung der Praxiskosten, der fÃ¼r die vertragsÃ¤rztliche TÃ¤tigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit, Art und Umfang der Ã¤rztlichen Leistungen, soweit diese auf einer gesetzlichen oder satzungsmÃ¤Ãigen Leistungsausweitung beruhen, Grundsatz der BeitragssatzstabilitÃ¤t). Insoweit macht der KlÃ¤ger eine ErhÃ¶hung der Praxiskosten und eine VerÃ¤nderung der fÃ¼r die vertragsÃ¤rztliche TÃ¤tigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit geltend. SchlieÃlich rÃ¤gt er, das Sozialgericht habe in der angefochtenen Entscheidung zu Unrecht die Meinung vertreten, dass der einzelne Vertragsarzt im Rahmen einer Inzidenzkontrolle sich nicht darauf berufen dÃ¼rft, dass die GesamtvergÃ¼tungshÃ¶he zu niedrig festgesetzt gewesen sei. Wegen der Einzelheiten des Berufungsvorbringens wird auf die BerufungsbegrÃ¼ndung vom 09.04.2002 nebst Anlagen Bezug genommen (Bl. 26 ff. d. A.).

Der KlÃ¤ger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 18.10.2000 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, den Honorarbescheid fÃ¼r das dritte Quartal 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.07.1998, den Honorarbescheid fÃ¼r das zweite Quartal 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.02.1999, den Honorarbescheid fÃ¼r das vierte

Quartal 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.07.1999 aufzuheben und die Vergütungsansprüche des Klägers in den Quartalen III/1997, II/1998 und IV/1998 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie stützt sich auf die Gründe der angefochtenen Entscheidung und ist der Ansicht, dass der Kläger keinen Anspruch auf eine bestimmte Höhe der vertragsärztlichen Vergütung herleiten könne. Vorsorglich trägt sie vor, dass sich die vom Kläger vorgelegte Praxiskostenstatistik nicht spezifisch auf Sachsen ausrichte. Überdies gehe es darin um die Jahre 1996 und 1997; es sei zu bezweifeln, dass die Statistik für den streitgegenständlichen Zeitraum repräsentativ sei. Dies gelte auch für die Aussagekraft der Arbeitszeitstatistik. Wegen der Einzelheiten der Berufungserwiderung wird auf den Schriftsatz vom 05.07.2003 (Bl. 58 f. d. A.) Bezug genommen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten aus beiden Rechtszügen und der beigezogenen Verwaltungsakten verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist statthaft und auch im übrigen zulässig, jedoch unbegründet. Die angefochtene Entscheidung des Sozialgerichts ist nicht zu beanstanden. Die streitgegenständlichen Bescheide, mit denen die Beklagte die Vergütungsansprüche des Klägers in den Vergütungsquartalen II/97, II/98 und III/98 festgestellt hat, erweisen sich als rechtmäßig. Der Kläger hat in diesen streitgegenständlichen Quartalen keine Ansprüche auf eine höhere vertragsärztliche Vergütung.

Der Kläger macht geltend, er habe Anspruch auf Nachverhandlung der Gesamtvergütungshöhe des Jahres 1992, das, weil es die Basis für die Gesamtvergütungsvereinbarungen der Folgejahre gewesen sei, auch die Höhe der Gesamtvergütung des Jahres 1998 betreffe, weil die Gesamtvertragspartner in den Jahren 1996 bis 1998 die gesetzlichen Vorgaben ([§ 85 Abs. 3 SGB V](#)) nicht beachtet hätten. Dieser Vortrag rechtfertigt den behaupteten Anspruch nicht.

Das Vorbringen des Klägers ist aus Rechtsgründen unerheblich. Es besteht weder ein subjektiver Anspruch des Vertragsarztes gegenüber der KV auf "Nachverhandlung" noch darauf, worauf das Berufungsvorbringen zielt, die Sach- oder Rechtswidrigkeit von Gesamtvertragsverhandlungen im Rahmen eines die Vergütungsverteilung betreffenden Rechtsstreits i. S. einer Inzidenzkontrolle zu prüfen.

Honorarverteilungsregelungen einer KV sind an den gesetzlichen Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) i. V. m. dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, der sich aus [Art 12](#) i. V. m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) ergibt, zu messen (vgl. nur [BSGE 73, 131](#),

135 f = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 4](#); [BSGE 81, 213](#), 217 f. = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 23](#); seitdem st. Rspr.). Zentrale Bedeutung kommt dabei der Bestimmung des [Â§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) zu, nach der bei der Verteilung der GesamtvergÃ¼tung Art und Umfang der Leistung des Kassenarztes zugrunde zu legen sind. Die VergÃ¼tung aller vertragsÃ¤rztlichen Leistungen mit einem einheitlichen Punktwert entspricht dem Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars, an den nach der gefestigten Rechtsprechung des BSG, die sich der erkennende Senat auch im vorliegenden Fall zu eigen macht, die KVen im Rahmen der Honorarverteilung gebunden sind. Danach sind die Ã¤rztlichen Leistungen prinzipiell gleichmÃ¤Ãig zu vergÃ¼ten. der normsetzenden KÃ¶rperschaft verbleibt jedoch ein Spielraum fÃ¼r sachlich gerechtfertigte Abweichungen von diesem Grundsatz, der es ihr ermÃ¶glicht, ihrem Sicherstellungsauftrag und ihren sonstigen vertraglichen und gesetzlichen Verpflichtungen gerecht zu werden (grundlegend erneut [BSGE 73, 131](#), 135 f. = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 4](#)).

Als Rechtsgrundlage fÃ¼r den geltend gemachten Anspruch kommt mithin ausschlieÃlich das aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) i. V. m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) abzuleitende Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit (vgl. dazu [BSGE 73, 131](#), 139 f. = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 4](#) S. 29; BSG [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 24](#) S. 168; seitdem st. Rspr.) in Betracht. Indessen kann ein solcher Anspruch nicht auf das objektiv-rechtliche Gebot der angemessenen VergÃ¼tung Ã¤rztlicher Leistungen ([Â§ 72 Abs. 2 SGB V](#)) gestÃ¼tzt werden, das im allgemeinen keine subjektiven Rechte des Vertragsarztes begrÃ¼ndet (siehe dazu [BSGE 75, 187](#) = [SozR 3-2500 Â§ 72 Nr. 5](#); [BSGE 77, 279](#), 288 = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 10](#) S. 62 f.; BSG [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 12](#) S. 82; st. Rspr.).

Soweit der KlÃ¤ger â wie dargelegt â behauptet, die Beklagte sei ihren kollektivvertraglichen Befugnissen unzutreffend nachgekommen, kann er sich hierauf nicht mit Erfolg berufen. Diesem Vorgehen steht das vom Gesetz vorgegebene gesamtvertragliche VergÃ¼tungssystem entgegen. Die Krankenkassen vergÃ¼ten danach nicht gesondert jede einzelne Ã¤rztliche Leistung, sondern entrichten mit befreiender Wirkung fÃ¼r die gesamte vertragsÃ¤rztliche Versorgung eine zwischen ihren LandesverbÃ¤nden und der KV vertraglich vereinbarte VergÃ¼tung. Die Partner des Gesamtvertrages, KV einerseits und LandesverbÃ¤nde bzw. VerbÃ¤nde der Krankenkassen andererseits, vereinbaren die HÃ¶he der GesamtvergÃ¼tung sowie deren VerÃ¤nderung unter BerÃ¼cksichtigung von Praxiskosten, Arbeitszeit sowie Art und Umfang der vertragsÃ¤rztlichen Leistungen im Gesamtvertrag ([Â§ 85 Abs. 1, Abs. 3 Satz 1 SGB V](#)). Dabei haben sie den Grundsatz der BeitragsstabilitÃ¤t in Bezug auf das Ausgabevolumen fÃ¼r die Gesamtheit der zu vergÃ¼tenden vertragsÃ¤rztlichen Leistungen zu beachten ([Â§ 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#)). Kommt eine Vereinbarung Ã¼ber die HÃ¶he bzw. die VerÃ¤nderung der GesamtvergÃ¼tung im Wege freier Verhandlungen nicht zustande, kÃ¶nnen KassenverbÃ¤nde und/oder KV das Schiedsamt anrufen ([Â§ 89 Abs. 1 SGB V](#)). Die KV kann auf der Grundlage des [Â§ 85 Abs. 4 SGB V](#) nur die vereinbarte oder die durch Schiedsspruch festgesetzte GesamtvergÃ¼tung an die VertragsÃ¤rzte verteilen. Nachforderungen der KV an die Krankenkassen im Hinblick etwa auf einen Anstieg der erbrachten Leistungen oder der zugelassenen Ãrzte sind grundsÃ¤tzlich ausgeschlossen und mÃ¼ssen in

einem beitragsfinanzierten Krankenversicherungssystem ausgeschlossen sein, weil die Kassen ihrerseits von den Versicherten nachträglich keine höheren Beiträge einziehen können. Die Höhe der Gesamtvergütung ist deshalb kein unabwendbares "Schicksal" (vgl. Isensee, VSSR 1995, 321, 345), sondern vielmehr das auf der Grundlage der gesetzlichen Vorschriften erzielte Ergebnis der Verhandlungen des Partner der vertragsärztlichen Versorgung (so ausdrücklich BSG [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 30](#); st. Rspr.).

Im Übrigen kommt, soweit sich der Kläger auf [Â§ 84 Abs. 3 SGB V](#) bezieht, dieser Vorschrift keine gegenüber dem Vertragsarzt drittschätzende Bedeutung zu. Bereits ausweislich seines Wortlauts wendet sich Â§ 84 Abs. 3 SGB v allein an die Gesamtvertragspartner. Gerade dies macht deutlich, dass der einzelne Vertragsarzt in Bezug auf das kollektive Vergütungsgeschehen ausweislich der vom Gesetzgeber getroffenen Entscheidung keinen rechtlich relevanten Einfluss ausübt.

Von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe wird auch in Bezug auf die Frage der zutreffenden Anwendung von Â§ 2 Abs. 5 HVM abgesehen und auf die Gründe der erstinstanzlichen Entscheidung Bezug genommen ([Â§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Aus den genannten Gründen hat die Berufung keinen Erfolg.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 Abs. 1 SGG](#).

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

Erstellt am: 08.07.2005

Zuletzt verändert am: 23.12.2024