BUNDESSOZIALGERICHT

Beschluss

in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 4/07 B

L 7 KA 36/01 *25 (LSG Berlin-Brandenburg)
S 1 KA 330/99 (SG Potsdam)

.....,

Klägerin und Beschwerdeführerin,

Prozessbevollmächtigte: .....

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg,
Gregor-Mendel-Straße 10/11, 14469 Potsdam,

Beklagte und Beschwerdegegnerin.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat am 23. Mai 2007 durch den Vorsitzenden Richter Dr. E n g e l m a n n , die Richter Dr. W e n n e r und Dr. C l e m e n s sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. M e r z und Dr. K o r s c h a n o w s k i
beschlossen:

Die Beschwerde der Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 22. November 2006 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin hat die außergerichtlichen Kosten der Beklagten auch für das Beschwerdeverfahren zu erstatten.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

G r ü n d e :

I

1 Die klagende ärztlich geleitete Gesundheitseinrichtung iS des § 311 Abs 2 SGB V begehrt höheres Honorar für das Quartal III/1997.

2 Widerspruch, Klage und Berufung sind erfolglos geblieben. Das Landessozialgericht (LSG) hat die Bestimmungen gebilligt, mit denen die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) die Vergütung der Leistungen ärztlich geleiteter Einrichtungen nach § 311 Abs 2 SGB V geregelt hat. Danach wurden alle von der Klägerin erbrachten Leistungen aus einem einheitlichen Honorartopf für Einrichtungen nach § 311 Abs 2 SGB V vergütet, dem ein Honorarkontingent entsprechend der zurückgehenden Zahl der in ärztlich geleiteten Einrichtungen iS des § 311 Abs 2 SGB V tätigen Ärzte zugewiesen war. Das LSG hat ebenfalls als rechtmäßig angesehen, dass das rechnerisch auf jeden in einer Einrichtung iS des § 311 Abs 2 SGB V angestellten Arzt entfallende vertragsärztliche Honorar geringer war als das durchschnittliche Honorar je zugelassenem Vertragsarzt. Die Beklagte habe berücksichtigen dürfen, dass das Patientenaufkommen in Einrichtungen nach § 311 Abs 2 SGB V zurückgehe. Zu Recht habe sich die Beklagte bei der Honorarverteilung an den Vorschriften in Bundesmantelverträgen orientiert, wonach alle Behandlungen eines Patienten in einem Quartal in einer Einrichtung nach § 311 Abs 2 SGB V als ein "Fall" zu werten seien (Urteil vom 22.11.2006).

3 Mit ihrer Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision in diesem Urteil macht die Klägerin die grundsätzliche Bedeutung der zu entscheidenden Rechtsfragen geltend *(Zulassungsgrund gemäß § 160 Abs 2 Nr 1 SGG)*.

II

4 Die Beschwerde hat keinen Erfolg. Die Klägerin hat die grundsätzliche Bedeutung der von ihr als entscheidungserheblich angesehenen Rechtsfragen zwar in einer den Begründungsanforderungen des § 160a Abs 2 Satz 3 SGG entsprechenden Weise dargelegt. Diesen Fragen kommt jedoch keine grundsätzliche Bedeutung mehr zu.

5 Die Vorschriften im HVM der Beklagten, die für das streitbefangene Quartal III/1997 gegolten haben und deren Vereinbarkeit mit Bundesrecht die Klägerin in einem Revisionsverfahren klären lassen will, gelten seit dem 1.1.2002 nicht mehr. Seit diesem Zeitpunkt existiert kein eigener Honorarfonds mehr für Einrichtungen nach § 311 Abs 2 SGB V. Bei Rechtsfragen zu ausgelaufenem Recht muss für eine grundsätzliche Bedeutung entweder auf dessen Grundlage noch eine erhebliche - für eine bundesrechtliche Klärung bedeutsame - Zahl von Fällen zu

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

entscheiden sein, oder die Überprüfung der Rechtsnorm bzw ihrer Auslegung muss aus anderen Gründen fortwirkende allgemeine Bedeutung haben *(vgl zB BSG SozR 1500 § 160a Nr 19 und BSG, Beschluss vom 22.3.2006 - B 6 KA 46/05 B -, juris, mwN)*. Keine dieser Voraussetzungen ist gegeben. Ärztlich geleitete Einrichtungen nach § 311 Abs 2 SGB V gibt es in nennenswertem Umfang lediglich noch im Bezirk der Beklagten, sodass von daher ein Bedürfnis nach bundeseinheitlicher Klärung der maßgeblichen Grundsätze für die Vergütung von Leistungen solcher Einrichtungen nicht besteht. Aber auch andere Gesichtspunkte, die eine bundesrechtlich fortwirkende Bedeutung begründen könnten, sind nicht ersichtlich. Die von der Klägerin dafür vorgebrachten Erwägungen greifen nicht durch.

6 Soweit die Klägerin der Auffassung ist, in dem von ihr angestrebten Revisionsverfahren könnten Rechtsfragen geklärt werden, die sich im Zusammenhang mit der Vergütung von Leistungen in medizinischen Versorgungszentren iS des § 95 Abs 1 Satz 2 SGB V stellen, trifft das nicht zu. Ungeachtet der erheblichen - insbesondere historischen - Unterschiede zwischen Einrichtungen nach § 311 Abs 2 SGB V und medizinischen Versorgungszentren könnten aus dem von der Beschwerde angestrebten Revisionsurteil Folgerungen für die Berücksichtigung von medizinischen Versorgungszentren in HVMen der KÄVen von vornherein nur abgeleitet werden, wenn in heutigen HVMen Vorschriften existierten, wonach alle in Medizinischen Versorgungszentren erbrachten Leistungen aus einem einheitlichen, festen Honorarkontingent zu vergüten sind. Indessen ist weder von der Klägerin dargelegt worden noch für den Senat ersichtlich, dass solche Honorarverteilungsregelungen gegenwärtig bestehen und dass alle in Medizinischen Versorgungszentren erbrachten Leistungen auch dann aus einem einheitlichen Honorarkontingent vergütet werden, wenn in diesen Versorgungszentren Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen und Versorgungsbereiche iS des § 73 Abs 1 Satz 1 SGB V tätig sind. Daher kann nicht angenommen werden, die Klärung der von der Klägerin aufgeworfenen Fragen zur Vergütung von Leistungen in ärztlich geleiteten Einrichtungen nach § 311 Abs 2 SGB V könnte fortwirkende Bedeutung für die Vergütung von Leistungen in medizinischen Versorgungszentren haben.

7 Soweit die Klägerin geltend macht, es sei von grundsätzlicher Bedeutung, ob auch im Rahmen der Honorarverteilung alle in einer Einrichtung nach § 311 Abs 2 SGB V erbrachten Leistungen rechtlich als "ein Behandlungsfall" iS des § 21 Abs 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw § 25 Abs 1 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen (EKV-Ä) zu werten seien, fehlt ebenfalls die Klärungsbedürftigkeit.
§ 21 Abs 1 Satz 7 BMV-Ä und § 25 Abs 1 Satz 7 EKV-Ä bestimmen gleichlautend: "Alle Leistungen, die in einer Einrichtung nach § 311 SGB V oder einem medizinischen Versorgungszentrum bei einem Versicherten pro Quartal erbracht werden, gelten als ein Behandlungsfall." Es liegt auf der Hand und bedarf nicht der Klärung in einem Revisionsverfahren, dass diese normativ verbindliche Regelung grundsätzlich auch für die Honorarverteilung der KÄVen gilt.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Soweit die Klägerin Zweifel hieran daraus ableitet, dass in einer Einrichtung nach § 311 Abs 2 SGB V Leistungen verschiedener Arztgruppen erbracht werden können und die Behandlungsdichte im einzelnen Behandlungsfall deshalb möglicherweise höher ist als bei Behandlungsfällen in einer einzelnen Arztpraxis, führt das nicht zur Klärungsbedürftigkeit der aufgeworfenen Rechtsfrage. Der insoweit eindeutige Wortlaut der maßgeblichen Vorschriften und insbesondere die Bezugnahme auf das medizinische Versorgungszentrum iS von § 95 Abs 1 Satz 2 SGB V lassen erkennen, dass die Partner der Bundesmantelverträge das Problem gesehen haben, dass in derartigen ärztlich geleiteten Einrichtungen für den einzelnen Patienten Leistungen auf verschiedenen Fachgebieten erbracht werden können. Wenn sie dennoch prinzipiell vorgeschrieben haben, dass auch in fachübergreifenden ärztlich geleiteten Einrichtungen alle gegenüber einem Patienten erbrachten Leistungen als ein Behandlungsfall zu bewerten sind, zeigt das, dass die generelle Anwendbarkeit dieser Regelungen auf ärztlich geleitete Einrichtungen nicht ernstlich zweifelhaft ist.
Ob und ggf unter welchen Voraussetzungen in den verschiedenen rechtlichen Konstellationen - zB Honorarverteilung, Wirtschaftlichkeitsprüfung und Mengenzuwachsbegrenzung - ggf den Besonderheiten der Behandlungsintensität in medizinischen Versorgungszentren bzw ärztlich geleiteten Einrichtungen Rechnung zu tragen ist, entzieht sich jedenfalls derzeit einer generellen Festlegung. Eine Entscheidung des Senats, die die Honorarverteilung im Quartal III/1997 in nur einem einzelnen KÄV-Bezirk beträfe und lediglich die überwiegend nur noch in Brandenburg zugelassenen Einrichtungen nach § 311 Abs 2 SGB V zum Gegenstand hätte, wäre nicht geeignet, zu einer einheitlichen Rechtsanwendung im gesamten Bundesgebiet beizutragen.

8 Auch soweit die Klägerin für klärungsbedürftig hält, ob "es zulässig ist, bei der Prüfung der Frage, ob ein Verstoß gegen die Honorarverteilungsgerechtigkeit vorliegt, ausschließlich auf den Fallwert des Leistungserbringers und dessen Entwicklung zurückzugreifen, wenn aufgrund der unterschiedlichen Behandlungsdichte von Patienten unter Berücksichtigung der Definition des Behandlungsfalls sowie unter Beachtung von Praxisbudgets ein unterschiedlicher Punktwert und ein durchschnittlich unterschiedlicher Honoraranspruch des Arztes im Verhältnis zu Ärzten, die in Einrichtungen nach § 311 Abs 2 SGB V angestellt sind, festzustellen ist", ist diese Frage in dieser Form nicht klärungsbedürftig. Aufgrund des Bezugs zu den im hier streitbefangenen Quartal (III/1997) geltenden Praxisbudgets, die zum 30.6.2003 auch im Bezirk der beklagten KÄV wieder aufgegeben worden sind - sodass nur ausgelaufenes Recht in Frage steht -, ist ein auf die Zukunft gerichteter Klärungsbedarf nicht ersichtlich. Im Übrigen lässt die Formulierung der aufgeworfenen Rechtsfrage erkennen, dass sie nur zu beantworten ist, wenn Einzelheiten der Entwicklung von Fallzahlen, Honorarkontingenten, Arztzahlen und Behandlungsausrichtungen von Vertragsärzten einerseits und ärztlich geleiteten Einrichtungen nach § 311 Abs 2 SGB V andererseits verglichen würden. Im Hinblick darauf, dass es außerhalb des Bezirks der Beklagten kaum noch Einrichtungen nach § 311 Abs 2 SGB V gibt, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, besteht insoweit kein Bedarf mehr,

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

bundesweit zu beachtende Grundsätze der Vergütung von Behandlungen durch Vertragsärzte einerseits und durch ärztlich geleitete Einrichtungen nach § 311 Abs 2 SGB V anderseits zu entwickeln.

9 Von einer weiteren Begründung wird gemäß § 160a Abs 4 Satz 3 Halbsatz 2 SGG abgesehen.

10 Die Kostenentscheidung beruht auf der entsprechenden Anwendung des § 193 Abs 1 und 4 SGG in der bis zum 1.1.2002 geltenden und hier im Blick auf die Klageerhebung im Jahre 1999 noch anwendbaren Fassung.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile

JLaw – für Android
JLaw – für iOS