

L 7 KA 13/02 -25

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

1. Instanz
SG Potsdam (BRB)
Aktenzeichen
S 1 KA 170/00
Datum
13.03.2002

2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 13/02 -25
Datum
20.09.2006

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 13. März 2002 wird zurückgewiesen. Der Kläger hat der Beklagten die notwendigen außergerichtlichen Kosten des gesamten Verfahrens zu erstatten. Im Übrigen sind keine Kosten zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Höhe des vertragsärztlichen Honorars für vom Kläger erbrachte gastroenterologische Leistungen.

Der Kläger ist Facharzt für Innere Medizin und seit dem 1. Dezember 1992 zur vertragsärztlichen Versorgung in Potsdam zugelassen. Er nimmt seit dem 1. Januar 1996 an der hausärztlichen Versorgung teil. Den Honorarabrechnungen für die streitigen Quartale I und II/1999 legte die Beklagte die von ihrer Vertreterversammlung am 14. Mai 1997 beschlossenen und am 1. Januar 1999 sowie am 1. April 1999 in Kraft getretenen Honorarverteilungsmaßstäbe (HVM) für den Primär- und Ersatzkassenbereich zugrunde. Diese Regelungswerke unterscheiden sich hinsichtlich der hier streitbefangenen Vergütungsregelungen nicht voneinander.

Nach § 4 Abs. 3 HVM wurden zentrale Honorarfonds sowie spezielle Fachgruppenhonorarfonds, u. a. getrennt für die Fachgruppe der hausärztlichen und fachärztlichen Internisten, gebildet. Innerhalb der speziellen Honorarfonds der Fachgruppen wurde ein durchschnittlicher Punktwert über alle Leistungen des jeweiligen Fachgruppenhonorarfonds als Verhältnis zwischen dem zur Verfügung stehenden Teil der Gesamtvergütung zu den anerkannten Punktzahlen gebildet. Mit diesem Punktwert wurden gemäß § 6 Abs. 4 HVM die Leistungen von nicht praxisbudgetierten Beteiligten des jeweiligen Fachgruppenhonorarfonds unter Berücksichtigung der Mengenbegrenzungs- und Interventionsregelungen vergütet. Für die praxisbudgetierten Leistungen von praxisbudgetierten Beteiligten des jeweiligen Fachgruppenhonorarfonds wurde ebenfalls unter Berücksichtigung der Mengenbegrenzungs- und Interventionsregelungen ein fester Punktwert in Höhe von 7,49 Deutsche Pfennige (DPf.) gezahlt. Nicht praxisbudgetierte Leistungen von praxisbudgetierten Leistungserbringern des speziellen Fachgruppenhonorarfonds wurden mit dem Punktwert vergütet, der sich aus dem Verhältnis des zur Verfügung stehenden Honorarfonds der jeweiligen Fachgruppe nach Vergütung der Leistungen nicht praxisbudgetierter Beteiligter und der budgetierten Leistungen zu den anerkannten Punkten dieser Fachgruppe unter Berücksichtigung der Mengenbegrenzungs- und Interventionsregelungen errechnet. Unterschritt der Punktwert für nicht praxisbudgetierte Leistungen von praxisbudgetierten Leistungserbringern in einzelnen speziellen Fachgruppenhonorarfonds den Wert von 4,0 DPf., so wurde der anerkannte Leistungsbedarf für nicht praxisbudgetierte Leistungen von praxisbudgetierten Beteiligten quotiert, so dass ein Punktwert von 4,0 DPf. nicht unterschritten wurde.

Dies hatte zur Folge, dass die gastroenterologischen Leistungen der hausärztlich tätigen Internisten im Quartal I/1999 im Primärkassenbereich nach einer Quotierung auf 80% des angeforderten Leistungsbedarfs mit einem Punktwert von 4,0 DPf. (bereinigter Punktwert ohne Quotierung: 3,2 DPf.) und im Ersatzkassenbereich mit einem Punktwert von 6,8 DPf. (Quote: 100 %) vergütet wurden. Im Quartal II/1999 betrug der Punktwert im Primärkassenbereich wieder nach einer Quotierung auf 97,5% nur 4,0 DPf. (bereinigter Punktwert ohne Quotierung: 3,9 DPf.) und im Ersatzkassenbereich 7,7 DPf. (Quote 100 %).

Im Quartal I/1999 erhielt der Kläger danach 145.650,47 DM Honorar für 1.427 Behandlungsfälle mit einem durchschnittlichen Fallwert von 102,07 DM. Der durchschnittliche Fallwert der Fachgruppe der hausärztlichen Internisten belief sich in diesem Quartal auf 80,04 DM. Im Quartal II/1999 honorierte die Beklagte den Kläger mit 118.208,30 DM für 1.160 Behandlungsfälle und einem durchschnittlichen Fallwert von 101,90 DM. Der durchschnittliche Fallwert der Fachgruppe der hausärztlichen Internisten belief sich in diesem Quartal auf 83,32 DM.

Die gegen die Honorarbescheide vom 5. August 1999 (Quartal I/1999) und vom 4. November 1999 (Quartal II/1999) erhobenen Widersprüche wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheiden vom 27. April 2000 bzw. vom 12. Oktober 2000 als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, dass die Höhe des Punktwertes für nicht budgetierte gastroenterologische Leistungen nicht zu beanstanden sei.

Hiergegen richteten sich die bei dem Sozialgericht Potsdam am 3. Mai 2000 unter dem Aktenzeichen S 1 KA 170/06 gegen den Honorarbescheid für das Quartal I/1999 sowie die am 23. Oktober 2000 bei dem Sozialgericht Potsdam unter dem Aktenzeichen S 1 KA 357/00 gegen den Honorarbescheid für das Quartal II/1999 erhobenen Klagen, die das Sozialgericht zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden hat. Zur Begründung dieser Klagen hat der Kläger im Wesentlichen vorgetragen, dass die Honorarverteilung der Beklagten rechtswidrig sei und ihn in seinen Rechten verletzte. § 6 HVM fehle es an einer Ermächtigungsgrundlage. Spezielle Fachgruppenhonorarfonds stünden unter dem Vorbehalt einer sachlichen Rechtfertigung. An einer solchen sachlichen Rechtfertigung fehle es jedenfalls im Falle der endoskopisch tätigen Internisten. Durch die Regelung in § 6 HVM erfolge die Vergütung praxisbudgetierter Leistungen nach einem festen Punktwert. Ein "floatender" Punktwert ergebe sich lediglich fachgruppenbezogen für die nicht praxisbudgetierten Leistungen. Die Differenzierung bei der Vergütung nicht praxisbudgetierter Leistungen sei nicht sachgerecht, weil diese Leistungen keiner besonderen Mengenausweitung unterlägen. Im Ergebnis erfolge die Leistungsausweitung der gesamten Fachgruppe ausschließlich auf Kosten der Vergütung der nicht praxisbudgetierten Leistungen. Der spezialisierte Internist mit gastroenterologischem Schwerpunkt werde somit innerhalb seiner Fachgruppe ganz überproportional und sachwidrig benachteiligt. § 6 HVM sei auch verfassungswidrig, da die Vergütung gastroenterologischer Leistungen nicht mehr kostendeckend sei. Dies sei erst bei einem Punktwert von 8,0 DPF. der Fall.

Das Sozialgericht hat die Klagen mit Urteil vom 13. März 2002 abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung die Bildung von Honorartöpfen für einzelne Arztgruppen und/oder Versorgungsgebiete grundsätzlich sachlich gerechtfertigt sei, wenn sie zur konsequenten Vorsorge dagegen dienen, dass eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Bereichen das Honorargefüge zu Lasten anderer Arztgruppen und/oder Leistungsbereiche beeinflusse. Ein Fachgruppenhonorarfonds dürfe auch für die Leistungen der an ihm beteiligten Ärzte unterschiedliche Punktwertregelungen enthalten, einen festen Punktwert für den Kernbereich der Leistungen und einen floatenden Punktwert für die restlichen Leistungen. Eine Pflicht zur Nachbesserung der Honorarverteilungsregelungen bestehe schon deswegen nicht, weil der Punktwertdurchschnitt der hausärztlichen Internisten – wegen des hohen Punktwerts für die praxisbudgetierten Leistungen – den durchschnittlichen Punktwert der fachärztlichen Internisten nicht wesentlich unterschreite. Der Kläger habe auch keinen Anspruch auf eine höhere – kostendeckende – Vergütung der gastroenterologischen Leistungen. Der Vertragsarzt habe kein subjektives Recht auf ein bestimmtes, als angemessen bewertetes Honorar für eine einzelne Leistung oder die ärztliche Tätigkeit insgesamt. Der Hinweis des Klägers auf Gutachten, die belegen sollen, dass die Vergütung der Vertragsärzte für gastroenterologische Leistungen nicht kostendeckend sei, entbehre deshalb der rechtlichen Relevanz. Auch betriebswirtschaftlich gingen diese Hinweise fehl, weil dem Zuschnitt der vertragsärztlichen Vergütung insgesamt eine "Mischkalkulation" zugrunde liege. Gegen das ihm am 14. Mai 2002 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung des Klägers vom 11. Juni 2002, zu deren Begründung er im Wesentlichen sein bisheriges Vorbringen wiederholt und vertieft. Bei dem vorliegenden System der Honorarverteilung und der Bildung spezieller Fachgruppenhonorarfonds handele es sich nicht um eine Regelungssystematik, welche in ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) für sachgerecht gehalten werde. Danach sei die Bildung von Honorartöpfen nur gerechtfertigt, um die Auswirkungen von Mengenausweitungen auf die Punktwerte auf die verantwortlichen Leistungserbringer zu begrenzen. Der Punktwert für Leistungen aus dem hier streitbefangenen Fachgruppenhonorartopf werde aber auf der Grundlage der gesamten Punkteanforderungen aller Vertragsärzte berechnet. Dazu gehörten insbesondere auch die Anforderungen von praxisbudgetierten Fachgruppen, die wegen der Praxisbudgetierung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) zur Vergütung gelangten. Das bedeute, dass die Größe dieses Fachgruppenhonorarfonds nahezu völlig unabhängig sei von dem Leistungsverhalten der aus diesem Topf vergüteten Leistungserbringer. Der Punktwert sei vielmehr abhängig von der Gesamtpunktzahlanforderung aller Vertragsärzte. Insbesondere werde durch § 6 Abs. 4 Satz 4 HVM der Beklagten die Regelungssystematik des EBM-Ä ad absurdum geführt. "Hochspezialisierte, kostenintensive Leistungen" sollten danach unbudgetiert bleiben. Diese Leistungen sollten 20 % des Leistungs- und Vergütungsspektrums ausmachen. Diese hochspezialisierten und kostenintensiven Leistungen, die einer Budgetierung wegen der Konsequenzen für die Vergütung der Leistungserbringer bewusst entzogen werden sollten, würden durch die Honorarverteilung der Beklagten bewusst (weil systemimmanent) schlechter vergütet als die übrigen Leistungen. Es handele sich hier um Leistungen, die durch Punktwertstützungen privilegiert werden seien bzw. würden. Die angegriffenen Bestimmungen der HVM der Beklagten schwängen von einem Extrem zum anderen und ließen den Punktwert dieser hochspezialisierten und kostenintensiven Leistungen bewusst ins Bodenlose fallen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 13. März 2002 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Honorarbescheides vom 5. August 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. April 2000 und unter Abänderung des Honorarbescheides vom 4. November 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Oktober 2000 zu verpflichten, seine Vergütungsansprüche für die Leistungen der Quartale I/1999 und II/1999 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gericht neu zu bescheiden. Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen,

die sie für unbegründet hält. Sie verweist insoweit im Wesentlichen auf ihr erstinstanzliches Vorbringen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen, den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, die dem Senat vorgelegen haben und die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Zu Recht hat das Sozialgericht die Klagen abgewiesen. Die angefochtenen Honorarbescheide für die Quartale I/1999 und II/1999 sind rechtmäßig.

Rechtsgrundlage für Honorarverteilungsregelungen ist [§ 85 Abs. 4 Satz 1 bis 3](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) – hier anzuwenden in der bis zum 31. Dezember 1999 geltenden Fassung des Gesundheitsreformgesetzes vom 20. Dezember 1988 ([BGBl. I 2477](#)). Danach steht jedem Vertragsarzt ein Anspruch auf Teilhabe an den von den Krankenkassen entrichteten Gesamtvergütungen entsprechend der Art und dem Umfang der von ihm erbrachten - abrechnungsfähigen - Leistungen nach Maßgabe der Verteilungsregelungen im HVM zu. Dabei gestattet [§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V](#) in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGB I. I 2266) eine "nach Arztgruppen unterschiedliche" Honorarverteilung. Dementsprechend war es grundsätzlich zulässig, im HVM gesonderte Honorartöpfe für die verschiedenen Fachgruppen zu bilden, 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 wurde. Die Beklagte hat von dieser Gestaltungsmöglichkeit Gebrauch gemacht und in § 4 HVM die Einrichtung zentraler Honorarfonds sowie spezieller Fachgruppenthonorarfonds, u. a. getrennt für die Fachgruppe der hausärztlichen und fachärztlichen Internisten, bestimmt. Nach den dargestellten Regelungen wurden die praxisbudgetierten Leistungen unter Berücksichtigung von Mengenbegrenzungs- und Interventionsregelungen mit einem festen Punktwert von 7,49 DPf. vergütet. Nicht praxisbudgetierte Leistungen, wie die hier streitbefangenen gastroenterologischen Leistungen, wurden mit dem Punktwert vergütet, der sich aus dem Verhältnis des zur Vergütung stehenden Honorarfonds der jeweiligen Fachgruppe nach Vergütung der Leistungen nicht praxisbudgetierter Beteiligter und der budgetierten Leistungen zu den anerkannten Punkten dieser Fachgruppe unter Berücksichtigung der Mengenbegrenzungs- und Interventionsregelungen errechnet. Unterschritt der Punktwert für nicht praxisbudgetierte Leistungen in einzelnen Fachgruppenthonorarfonds den Wert von 4,0 DPf., wurde der anerkannte Leistungsbedarf für nicht praxisbudgetierte Leistungen quotiert, so dass ein Punktwert von 4,0 DPf. nicht unterschritten wurde.

Diese Regelung hat die Beklagte im vorliegenden Fall angewandt und richtig umgesetzt. Danach ergab sich für die gastroenterologischen Leistungen des Klägers im Quartal I/1999 im Primärkassenbereich ein Punktwert von 4,0 DPf. bei einer Quotierung des angeforderten Leistungsbedarfs auf 80 % und im Ersatzkassenbereich ein Punktwert von 6,8 DPf., ohne dass es zu einer Quotierung kam. Im Quartal II/1999 ergab sich im Primärkassenbereich ebenfalls ein Punktwert von 4 DPf. bei einer Quotierung in Höhe von 97,5 %. Im Ersatzkassenbereich ergab sich ein Punktwert von 7,7 DPf. ohne Quotierung.

Der Kläger kann hinsichtlich dieser gastroenterologischen Leistungen kein höheres Honorar beanspruchen. Ein solcher Anspruch ist zunächst nicht unter dem Gesichtspunkt der Versorgungsgefährdung gegeben. Der Schutz des [Art. 12 Abs. 1](#) des Grundgesetzes (GG) umfasst grundsätzlich den Anspruch des Arztes auf Honorierung seiner vertragsärztlichen Tätigkeit. Dieser Schutz kann jedoch gemäß [Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG](#) aufgrund gesetzlicher Grundlage eingeschränkt werden, wie das hier durch die Regelungen des [§ 72 Abs. 2](#) und des [§ 80 Abs. 3 SGB V](#) erfolgt ist. Diese Bestimmungen normieren spezifisch vertragsarztrechtliche Begrenzungen der Honorierung. Die Vorschrift des [§ 85 Abs. 3 SGB V](#) enthält Vorgaben für die Bemessung der Gesamtvergütungen und die Zuweisung dieser Aufgabe an die dort genannten Vertragsparteien. Das so festgelegte Gesamtvergütungsvolumen haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassenverbände zu beachten, wenn sie gemäß [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) die weiteren Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung treffen. Dabei haben sie zwei Ziele zu realisieren. Sie müssen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung unter Berücksichtigung des allgemeinen anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleisten und für eine angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen Sorge tragen. Die unter Umständen bestehenden Schwierigkeiten, im Rahmen des begrenzten Gesamtvergütungsvolumens diesen beiden Zielen in gleichem Umfang gerecht zu werden, können es notwendig machen, diese in einen verhältnismäßigen Ausgleich zueinander zu bringen. Hierfür hat der Gesetzgeber des SGB V ineinander greifende Zuständigkeiten verschiedener Institutionen vorgesehen. Danach ist die Festlegung der Angemessenheit einer Vergütung vorrangig den Kompetenzen von Bewertungsausschuss, Gesamtvertragsparteien und Kassenärztlichen Vereinigungen überantwortet (BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#) und Urteil des BSG vom 20. Oktober 2004 – [B 6 KA 31/03 R](#) -, zitiert nach juris, m. w. Nachw.).

Der danach erforderliche Ausgleich zwischen dem Ziel der Gewährleistung der angemessenen Vergütung und dem besonders hochrangigen Ziel der Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Versorgung ist nach ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung erst dann nicht mehr verhältnismäßig (mit der Folge eines Anspruchs der Ärzte auf höheres Honorar bzw. einer Honorarstützung unter dem Gesichtspunkt angemessener Vergütung), wenn in einem - fachlichen und/oder örtlichen - Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und dadurch in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist (BSG, a.a.O.). Greifbare Anhaltspunkte dafür, dass die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der Gastroenterologie 1999 im Zuständigkeitsbereich der Beklagten gefährdet war, bestehen nicht. Weder hat sich feststellen lassen, dass eine ökonomisch geführte entsprechende Praxis im Bereich der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung insolvent geworden wäre, noch ergibt sich das aus der Einkommenssituation der hausärztlichen Internisten. Der Kläger hat im Quartal I/1999 ein Honorar von 145.650,47 DM (1.427 Behandlungsfälle) und im Quartal II/1999 ein Honorar in Höhe von 118.208,30 DM (1.160 Behandlungsfälle) erzielt. Dies ergibt nach Abzug eines Betriebskostenanteils der Internisten im Jahre 1999 in Höhe von 58,8 % ein Honorar vor Steuern für das Quartal I/1999 in Höhe von 60.800 DM und für das Quartal II/1999 in Höhe von 48.701,82 DM, also für beide Quartale in Höhe von 108.709,82 DM. Damit überstieg der Gewinn des Klägers aus seiner vertragsärztlichen Tätigkeit in diesen beiden Quartalen den durchschnittlichen Gewinn der Fachärzte seiner Fachgruppe, der hausärztlichen Internisten, um 42.144,93 DM (Honorar der Fachgruppe der hausärztlichen Internisten für das Quartal I/1999: 81.784,99 DM und für das Quartal II/1999: 79.780,26 DM abzüglich 58,8 % Betriebskostenanteil). Da rüber hinaus überstieg dieser Gewinn aber auch den Gewinn aller im Zuständigkeitsbereich der Beklagten niedergelassenen Ärzte (ohne Laborärzte) in Höhe von 59.861,82 DM (153.610,00 DM [Honorar je niedergelassenen Arzt - ohne Laborärzte-] abzüglich eines durchschnittlichen Kostensatzes von 61,03 % [KBV, Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 1999/2000 Anlage D IV]) um ein Vielfaches. Der jeweilige Fallwert des Klägers lag in dem Quartal I/1999 um 22,03 DM und im Quartal II/1999 um 18,58 DM über dem jeweiligen Fachgruppendurchschnitt (Quartal I/1999: 80,04 DM und Quartal II/1999: 83,32 DM). Noch gravierender ist der Unterschied zu dem durchschnittlichen Fallwert aller niedergelassenen Ärzte (ohne Laborärzte) im Zuständigkeitsbereich der Beklagten: Dieser Fallwert lag im Quartal I/1999 bei 63,87 DM und im Quartal II/1999 bei 65,11 DM, also um 37,42% (Quartal I/1999) bzw. um 36,10 % (Quartal II/1999) unter den durchschnittlichen Fallwerten des Klägers in diesen Quartalen.

Ein Anspruch auf ein höheres Honorar ergibt sich auch nicht unter dem Gesichtspunkt, dass der Punktwert für die hier streitbefangenen nicht budgetierten Leistungen von dem Punktwert anderer Leistungen zu stark abgewichen ist. Nach der Rechtsprechung obliegt der Beklagten eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht hinsichtlich der Punktwertentwicklung der einzelnen Arztgruppen. Danach ist die Beklagte zu regelmäßiger Überprüfung der Honorar- und Punktwertentwicklung verpflichtet. Sie muss im Falle eines gravierenden Punktwertabfalls in bestimmten Bereichen unter Umständen stützend eingreifen. Voraussetzung einer solchen Reaktionspflicht ist, dass ein

dauerhafter Punktwertabfall vorliegt und die Arztgruppe in einem vom Umsatz her wesentlichen Leistungsbereich betroffen sein muss, dass die zum Punktwertverfall führende Mengenausweitung nicht von der betroffenen Arztgruppe mit zu verantworten ist sowie dass der Honorarrückgang nicht durch Rationalisierungseffekte aufgrund von Mengensteigerungen und/oder beim Kostenfaktor kompensiert wird. Ein gravierender Punktwertverfall ist erst dann anzunehmen, wenn der Punktwert für die aus dem Honorartopf vergüteten Leistungen mindestens 15% unter demjenigen für den größten Teil der sonstigen Leistungen liegt (BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#) m. w. Nachw.).

Die Anwendung dieser Grundsätze vermag für den Kläger keinen Anspruch auf höheres Honorar zu begründen. Ein Absinken des Punktwertes auf 15% unter demjenigen für den größten Teil der sonstigen Leistungen kann nicht festgestellt werden, denn dieses Kriterium passt nicht auf Honorarverteilungsregelungen der hier zu beurteilenden Art. Wenn wie in den vorliegenden maßgebenden HVM zahlreiche Honorarkontingente geschaffen geworden sind, die alle Fachgruppen und alle Leistungen abdecken, so gibt es keinen "Restbereich sonstiger Leistungen" mehr, dessen Punktwert als Vergleichsbasis herangezogen werden könnte (BSG, a.a.O.).

Soweit der Kläger ersatzweise insoweit auf den von ihm berechneten, um die "Quotierung" bereinigten durchschnittlichen Punktwert der nicht budgetierten Leistungen aller ärztlichen Fachgruppen abstellen will, der Kläger hat diesen Wert mit 3,96 DPf. berechnet gegenüber

dem insoweit bereinigten Punktwert für gastroenterologische Leistungen in Höhe von 3,2 DPf., kann offen bleiben, ob diese Verfahrensweise eine brauchbare Vergleichsbasis bietet. Denn die Beklagte hat zutreffend darauf hingewiesen, dass der Kläger bei dieser Berechnung keine Gewichtung nach dem jeweiligen Anteil der ärztlichen Fachgruppe an der Gesamtzahl aller in dem Zuständigkeitsbereich der Beklagten an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte vorgenommen hat. Nimmt man diese Gewichtung vor, ergibt dieser Vergleich keinen Punktwertabfall der hausärztlichen Internisten gegenüber dem durchschnittlichen Punktwert aller Ärzte für nicht budgetierte Leistungen. Denn im Quartal I/1999 betrug dieser durchschnittliche Punktwert aller Ärzte im Primärkassenbereich nach einer Quotierung auf 75 % 3,0 DPf. gegenüber einem Punktwert der Fachgruppe des Klägers von 3,2 DPf. ... Im Ersatzkassenbereich betrug dieser durchschnittliche Punktwert aller Ärzte im Primärkassenbereich (eine Quotierung erfolgte hier nicht) 5,3 DPf. gegenüber einem Punktwert der Fachgruppe des Klägers von 6,8 DPf. ... Im Quartal II/1999 betrug der durchschnittliche Punktwert aller Ärzte im Primärkassenbereich nach einer Quotierung auf 90 % 3,6 DPf. gegenüber einem Punktwert der Fachgruppe des Klägers von 3,9 DPf. Im Ersatzkassenbereich betrug der durchschnittliche Punktwert aller Ärzte (eine Quotierung erfolgte hier nicht) 6,0 DPf. gegenüber einem Punktwert der Fachgruppe des Klägers von 7,7 DPf. ... Dies zeigt, dass sämtliche einschlägigen Punktwerte der Fachgruppe des Klägers über dem durchschnittlichen Punktwert aller Ärzte lagen.

Soweit der Kläger schließlich vorträgt, dass gastroenterologische Leistungen mit einem Punktwert von 3,2 DPf. nicht kostendeckend erbracht werden könnten, weil hierfür mindestens ein Punktwert von 8,0 DPf. erforderlich sei, kann ihm nicht gefolgt werden. Das gilt auch für sein Vorbringen, dass mit einer Vergütung von 3,2 DPf. für gastroenterologische Leistungen die Regelungssystematik des EBM ad absurdum geführt werde, da entgegen dieser Systematik diese hochspezialisierten und kostenintensiven Leistungen nicht nur nicht höher als die sonstigen Leistungen vergütet würden, sondern sogar niedriger. Denn jedenfalls hat er keinen Anspruch auf eine höhere Vergütung für einen Teilbereich seines Leistungsspektrums. Das BSG hat wiederholt entschieden, dass dem Zuschnitt der vertragsärztlichen Vergütung insgesamt eine "Mischkalkulation" zugrundeliegt. Dies bedeutet, dass es durchaus Leistungen geben kann, bei denen selbst für eine kostengünstig organisierte Praxis kein Gewinn zu erzielen ist. Entscheidend ist nämlich, dass der Vertragsarzt insgesamt Anspruch auf eine leistungsgerechte

Teilhabe an der Gesamtvergütung hat, die in aller Regel dazu führt, dass das aus der vertrags- ärztlichen Tätigkeit erzielbare Einkommen den Ärzten hinreichenden Anlass zur Mitwirkung an der vertragsärztlichen Versorgung bietet (BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 29](#)). Dies ist aber nach der oben dargestellten Einkommenssituation des Klägers in den hier streitbefangenen Quartalen der Fall.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden Fassung.

Die Revision ist nicht zugelassen worden, weil die dafür erforderlichen Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2](#) SGG nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2007-01-22