

L 7 KA 268/03

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

1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 79 KA 150/00
Datum
02.07.2003

2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 268/03
Datum
28.11.2007

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 2. Juli 2003 wird zurückgewiesen. Die Klägerin hat der Beklagten die außergerichtlichen Kosten des gesamten Rechtsstreits zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe des vertragsärztlichen Honorars in den Quartalen I/98, II/98, IV/98, I/99 und II/99.

Die Klägerin ist Fachärztin für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie und nimmt im Zuständigkeitsbereich der Beklagten an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Der Honorarabrechnung für das Quartal I/98 legte die Beklagte den von ihrer Vertreterversammlung am 18. Dezember 1997 beschlossenen und am 1. Januar 1998 in Kraft getretenen, für das Quartal II/98 den von ihrer Vertreterversammlung am 6. Juli 1998 beschlossenen und am 1. April 1998 in Kraft getretenen, für das Quartal IV/98 den am 17. September 1998 beschlossenen und am 1. Oktober 1998 in Kraft getretenen, für das Quartal I/99 den am 17. Dezember 1998 beschlossenen und am 1. Januar 1999 in Kraft getretenen und für das Quartal II/99 den am 25. März 1999 beschlossenen und am 1. April 1999 in Kraft getretenen Honorarverteilungsmaßstab (HVM) für den Primär- und Ersatzkassenbereich zu Grunde. Nach den insoweit übereinstimmenden Regelungen des jeweils anzuwendenden HVM wurden zur Vergütungsverteilung aller Krankenkassen Teilbudgets gebildet (§ 10 Abs. 1 Ziffer 2: Fachgruppenleistungen für folgende Fachrichtungen: 2.1 Allgemein-medizin/Praktische Ärzte; 2.2 Innere Medizin; 2.2.1 hausärztlich; 2.2.2 fachärztlich). Gemäß § 10 Abs. 3 HVM errechneten sich die Vergütungsanteile für die Teilbudgets nach § 10 Abs. 1 Nr. 2 und 3 HVM aus den prozentualen Anteilen an der Verteilung aus den Quartalen III/1994 bis II/1995. Als mengenbegrenzende Maßnahme war in § 10 a Abs. 1 HVM u. a. für die Fachgruppe "Fachärztliche Internisten" die Fortführung der in den Allgem. Bestimmungen A I, 5 des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), Stand 1. Juli 1996 benannten Teilbudgets über den 1. Juli 1997 hinaus angeordnet. Gleichzeitig wurde abweichend von dieser Bestimmung die Fallpunktzahl für das Teilbudget "Ganzkörperstatus" (EBM-Nr. 60) für Internisten mit dem Schwerpunkt "Rheumatologie" auf 60 Punkte erhöht (§ 10 a Abs. 1 Nr. 1 Satz 2 HVM).

Bei der Honorierung der von der Klägerin erbrachten Leistungen erkannte die Beklagte in den Honorarbescheiden für das Quartal I/98 von 283.630 angeforderten Punkten 272.390 Punkte, für das Quartal II/98 von 276.250 angeforderten Punkten 260.998 Punkte, für das Quartal IV/98 von 304.280 angeforderten Punkten 291.878 Punkte, für das Quartal I/99 von 298.760 angeforderten Punkten 283.838 Punkte und für das Quartal II/99 von 297.920 angeforderten Punkten 283.576 Punkte an. Die Kürzungen in den Quartalen beruhten insbesondere auf der Kürzung der GO - Nr. 10, 11, 17, 18, 42, 44 und 851 (Gesprächsleistungen nach Teilbudget A I Nr. 5.6 EBM in der ab 1. Juli 1996 geltenden Fassung) sowie auf Leistungen des Teilbudgets C I, C II (Verbände etc.) nach Ziffer 5.7.1 EBM in der ab dem 1. Juli 1996 geltenden Fassung, die die Beklagte gem. § 10a Abs. 1 Nr. 1 Satz 1 HVM einer Budgetierung unterzogen hatte. Die Überschreitungen betrugen bei den Gesprächsleistungen in den streitigen Quartalen I/98 3,61 %, II/98 7,9 %, IV/98 2,93 %, I/99 7,13 % und II/99 5,17 %; bei den Verbänden etc. betrugen sie in den Quartalen IV/98 26,48 % und II/99 15,20 %.

Das der Klägerin gewährte vertragsärztliche Honorar erreichte nach ihren eigenen Angaben (Schriftsatz vom 8. Oktober 2001) im Quartal I/98 74.444,99 DM bei einer Fallzahl von 900 und einem Fallwert von 83,83 DM, im Quartal II/98 77.693,00 DM bei einer Fallzahl von 891 und einem Fallwert von 87,20 DM, im Quartal IV/98 81.966,00 DM bei einer Fallzahl von 967 und einem Fallwert von 84,76 DM, im Quartal I/99 82.227,72 DM bei einer Fallzahl von 962 und einem Fallwert von 85,48 DM und im Quartal II/99 83.073,64 DM bei einer Fallzahl von 961 und einem Fallwert von 86,44 DM.

Die Fachgruppe der niedergelassenen Allgemeinmediziner erzielte im Quartal I/98 ein Honorar von durchschnittlich 57.816,00 DM bei einer Fallzahl von 655 und einem durchschnittlichen Fallwert von 88,21 DM, im Quartal II/98 ein Honorar von durchschnittlich 55.613,00 DM bei einer Fallzahl von 622 und einem durchschnittlichen Fallwert von 89,47 DM, im Quartal IV/98 ein Honorar von durchschnittlich 59.112,00 DM bei einer Fallzahl von 674 und einem durchschnittlichen Fallwert von 87,74 DM, im Quartal I/99 ein Honorar von durchschnittlich 57.393,00 DM bei einer Fallzahl von 721 und einem durchschnittlichen Fallwert von 79,62 DM, im Quartal II/99 ein Honorar von durchschnittlich 57.999,00 DM bei einer Fallzahl von 658 und einem durchschnittlichen Fallwert von 88,09 DM.

Im Quartal I/98 erzielte die Fachgruppe der fachärztlichen Internisten durchschnittlich ein Honorar von 148.837,00 DM bei einer durchschnittlichen Fallzahl von 907 und einem durchschnittlichen Fallwert von 164,05 DM, im Quartal II/98 durchschnittlich ein Honorar von 138.849,00 DM bei einer durchschnittlichen Fallzahl von 820 und einem durchschnittlichen Fallwert von 169,33 DM, im Quartal IV/98 durchschnittlich ein Honorar von 142.658,00 DM bei einer durchschnittlichen Fallzahl von 845 und einem durchschnittlichen Fallwert von 168,89 DM, im Quartal I/99 durchschnittlich ein Honorar von 137.173,00 DM bei einer durchschnittlichen Fallzahl von 851 und einem durchschnittlichen Fallwert von 161,23 DM, im Quartal II/99 durchschnittlich ein Honorar von 136.064,00 DM bei einer durchschnittlichen Fallzahl von 801 und einem durchschnittlichen Fallwert von 169,97 DM.

Im Quartal I/98 erzielte die Fachgruppe der hausärztlichen Internisten durchschnittlich ein Honorar von 71.415,00 DM bei einer durchschnittlichen Fallzahl von 747 und einem durchschnittlichen Fallwert von 95,56 DM, im Quartal II/98 durchschnittlich ein Honorar von 67.878,00 DM bei einer durchschnittlichen Fallzahl von 734 und einem durchschnittlichen Fallwert von 92,46 DM, im Quartal IV/98 durchschnittlich ein Honorar von 71.242,00 DM bei einer durchschnittlichen Fallzahl von 768 und einem durchschnittlichen Fallwert von 92,74 DM, im Quartal I/99 durchschnittlich ein Honorar von 68.404,00 DM bei einer durchschnittlichen Fallzahl von 803 und einem durchschnittlichen Fallwert von 85,18 DM, im Quartal II/99 durchschnittlich ein Honorar von 70.034,00 DM bei einer durchschnittlichen Fallzahl von 751 und einem durchschnittlichen Fallwert von 93,28 DM.

Gegen die Honorarbescheide betreffend die vorgenannten Quartale legte die Klägerin jeweils Widerspruch u. a. mit der Begründung ein, die rheumatologisch tätigen fachärztlichen Internisten seien mit den anderen fachärztlichen Internisten nicht vergleichbar. Die Bildung eines Fachgruppentopfes für die fachärztlichen Internisten unter Einbeziehung der rheumatologisch tätigen Internisten hätten einen nicht mehr hinnehmbaren Abfall der Fallwerte und damit verbunden eine erheblichen Honorarabsenkung zur Folge, da es bei den Fachinternisten, insbesondere den Kardiologen und den Gastroenterologen in den streitbefangenen Quartalen zu einer Leistungssteigerung gekommen sei. Aufgrund ihrer Spezialisierung auf das internistische Teilgebiet der Rheumatologie könne sie zum einen die HVM-bedingten Budgets für kardiologische/pneumologische Leistungen und für physikalisch/medizinische Leistungen nicht annähernd ausfüllen. Zum anderen sei ihr wegen ihres begrenzten Leistungsspektrums eine Leistungsmengenausweitung nicht möglich. Dies habe zur Folge, dass eine rheumatologische Schwerpunktpraxis nicht mehr kostendeckend geführt werden könne.

Die Beklagte wies die Widersprüche betreffend die streitigen Quartale mit Widerspruchsbescheid vom 14. Februar 2000 - der Klägerin am 9. März 2000 zugestellt - als unbegründet zurück und führte unter anderem aus, trotz der Inhomogenität der in einem Fachgruppentopf zusammengefassten fachärztlichen Internisten sei die Topfbildung legitim und vom Regelungsspielraum der Beklagten bei der Honorarverteilung gedeckt.

Die hiergegen am 4. April 2000 erhobene Klage hat das Sozialgericht Berlin durch Urteil vom 2. Juli 2003 abgewiesen: [§ 85 Abs. 4 Satz 3](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) schließe nicht aus, dass durch Regelungen des HVM die Gesamtvergütung in Teilbudgets aufgeteilt werde. Es sei rechtlich auch nicht zu beanstanden, die fachärztlichen Internisten in einem Fachgruppentopf zusammenzufassen. Zwar handele es sich nicht um eine sehr homogene Gruppe, jedoch gelte für alle Internisten, dass die Leistungen nach dem EBM nicht budgetiert seien, sie nicht notwendigerweise auf Überweisung tätig würden, sie nur schwerpunktmäßig aber nicht ausschließlich auf ihrem Tätigkeitsgebiet tätig werden müssten und sie den Umfang von Diagnostik und Therapie selbst bestimmen könnten. Ein subjektiver Anspruch der Klägerin auf ein höheres Honorar folge auch nicht aus [§ 72 Abs. 2 SGB V](#), denn das vertragsärztliche Versorgungssystem sei im streitgegenständlichen Zeitraum nicht gefährdet gewesen: Im streitgegenständlichen Zeitraum hätten acht Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie, zwei hausärztlich tätige Rheumatologen, zwei ermächtigte Krankenhausärzte, vier Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) und weitere 18 Orthopäden mit der Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen. Die Beklagte sei auch durch die mit Wirkung zum 1. Oktober 2000 eingeführte Regelung des [§ 10 c Abs. 7 Satz 3](#) des HVM ihrer Beobachtungsverpflichtung nachgekommen. Denn danach seien im Leistungsbereich F 5.7 die Leistungen der Internisten mit dem Schwerpunkt Rheumatologie mit dem um 10 % erhöhten Punktwert dieses Bereiches zu vergüten.

Gegen dieses ihr am 11. Dezember 2003 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 19. Dezember 2003 Berufung eingelegt. Sie macht geltend, die Bildung eines einheitlichen Fachgruppentopfes für die Internisten halte einer an den [Art. 12](#) und [3 GG](#) gemessenen Überprüfung nicht stand, da hierdurch der Unterschieden der hierin zusammengefassten Arztgruppen nicht ausreichend Rechnung getragen werde. Insbesondere sei eine sachliche Rechtfertigung für diese Regelung durch den HVM der Beklagten nicht zu erkennen. Die Bildung eines einheitlichen Honorartopfes führe durch Leistungsmengenausweitungen der fachärztlichen Internisten zu einer Verringerung des Punktwertes, wobei ihr selbst aufgrund der von ihr erbrachten Leistungen eine nennenswerte Mengensteigerung nicht möglich sei, da die von ihr erbrachten rheumatologischen Behandlungen (im Wesentlichen die Ziffern 1, 2, 16, 17, 60, 75, 78 EBM) eine Leistungsausweitung nicht zuließen. Denn diese Leistungen seien entweder nach dem EBM mit einer Mindestleistungszeit belegt oder jedenfalls sehr zeitintensiv. Dies habe zwangsläufig die Minderung der rheumatologischen Vergütung zur Folge. Auch sei eine Fallzahlerhöhung nicht mehr möglich. Sie könne auch nicht darauf verwiesen werden, ihr Leistungsspektrum zu verändern, da die Entscheidung über die Bildung eines Schwerpunktes im Rahmen ihrer Berufsausübung von [Art. 12 des Grundgesetzes \(GG\)](#) gedeckt sei. Ein subjektiver Anspruch auf eine höhere Vergütung folge schließlich aus [§ 72 Abs. 2 SGB V](#), da die rheumatologische Versorgung in Berlin infolge der geringen Honorare gefährdet sei. Die Beklagte sei deshalb verpflichtet, durch eine angemessene Vergütung das Fortbestehen der rheumatologisch tätigen internistischen Praxen sicher zu stellen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 2. Juli 2003 aufzuheben und die Beklagte unter Änderung der Honorarbescheide für die Quartale I/98, II/98, IV/98, I/99 und II/99 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Februar 2000 zu verpflichten, ihr neue Honorarbescheide

unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu erteilen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Eine Unterversorgung im Bereich der Rheumatologie liege nicht vor, da im streitbefangenen Zeitraum neben den acht Internisten mit Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie auch 13 Orthopäden mit der Schwerpunktbezeichnung "Rheumatologie" sowie je zwei hausärztliche Internisten und ermächtigte Krankenhausärzte mit der Schwerpunktbezeichnung "Rheumatologie" an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen hätten. Außerdem werde die rheumatologische Versorgung von vier Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) wahrgenommen. Ein sachlicher Grund für die Bildung eines eigenen Honorartopfes für die Rheumatologen bestehe schon deshalb nicht, weil die Honorare und Fallwerte der Rheumatologen in den streitbefangenen Quartalen deutlich über den Durchschnittswerten der Allgemeinmediziner gelegen und die Honorare der Rheumatologen zudem diejenigen der hausärztlichen Internisten deutlich übertrafen hätten. Zwar seien die Rheumatologen hinsichtlich ihrer Fallwerte deutlich unter dem Durchschnitt der fachärztlichen Internisten geblieben, allerdings seien die durchschnittlichen Fallwerte der fachärztlichen Internisten insofern wenig aussagekräftig, als in diesen "unbereinigten" Fallwerten auch die reinen Sachkosten, beispielsweise für Dialyseleistungen und Herzkatheteruntersuchungen, enthalten seien. Die Betrachtung der um diese Sachkosten bereinigten Honorargutschriften zeige, dass die durchschnittlichen Fallwerte der Klägerin, in deren Honorargutschriften allenfalls geringfügige Sachkosten für Laboruntersuchungen enthalten seien, nicht wesentlich hiervon abwichen.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf die Gerichtsakte und auf die Verwaltungsakten der Beklagten, die vorgelegen haben und Gegenstand der Beratung und Entscheidung geworden sind.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 143](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte Berufung ist zulässig, jedoch unbegründet. Das von der Beklagten festgesetzte Honorar der Klägerin für die streitbefangenen Quartale ist nicht zu beanstanden.

Die von der Beklagten den mit der Berufung angegriffenen Honorarbescheiden zu Grunde gelegte Regelung des § 10 HVM in den Fassungen vom 1. Januar 1998, 1. April 1998, 1. Januar 1999 und 1. Oktober 1999 verstößt nicht gegen höherrangiges Recht, insbesondere nicht gegen [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) in Verbindung mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, der sich aus [Art. 12](#) in Verbindung mit [Art. 3 Abs. 1 GG](#) ergibt. Danach sind bei der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistung des Kassenarztes zu Grunde zu legen. Dem Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars entspricht die Vergütung aller vertragsärztlichen Leistungen mit einem einheitlichen Punktwert, somit die prinzipiell gleichmäßige Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen. Das Ziel ist es, eine ordnungsgemäße, d. h. ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragsärztliche Versorgung zu gewährleisten. Die Honorarverteilung muss deshalb sicherstellen, dass in allen ärztlichen Bereichen ausreichender finanzieller Anreiz besteht, vertragsärztlich tätig zu werden (Bundessozialgericht - BSG - [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#)). Der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) verbleibt jedoch ein Spielraum für sachlich gerechtfertigte Abweichungen von diesem Grundsatz, der es ihr ermöglicht, ihrem Sicherstellungsauftrag und ihren sonstigen vertraglichen und gesetzlichen Verpflichtungen gerecht zu werden (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 4](#), [SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#)). Das Gesetz schließt deshalb nicht aus, dass durch Regelungen im HVM arztgruppenbezogene Honorartöpfe gebildet werden dürfen, auch wenn dies aufgrund der Mengenentwicklung ein Absinken des Punktwertes für die vom Honorartopf erfassten Leistungen nach sich zieht (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#)). Die Beklagte hat von dieser Gestaltungsmöglichkeit Gebrauch gemacht und in § 10 HVM Teilbudgets gebildet. Dieses Vorgehen begegnet angesichts des oben Dargelegten zunächst keinen grundsätzlichen Bedenken.

Erweist sich bei einer durch gesamtvertragliche Vereinbarung begrenzten Gesamtvergütung die Aufteilung in fachgruppenbezogene Teilbudgets als ein im Grundsatz zulässiger und geeigneter Weg zur Durchführung einer Honorarverteilung, so sind jedoch die konkret zu beurteilenden Regelungen im HVM der Beklagten wegen ihrer berufsregelnden Tendenz an dem aus [Art. 12 Abs. 1](#) i. V. m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) folgenden Gebot der Verteilungsgerechtigkeit zu messen. Berufsausübungsregelungen müssen, auch wenn sie in der gewählten Form prinzipiell zulässig sind, die Unterschiede berücksichtigen, die typischerweise innerhalb der betroffenen Berufsgruppe bestehen. Angesichts der mit der Rechtssetzung durch einen Berufsverband verbundenen Gefahr der Benachteiligung von Minderheiten kommt der Forderung nach Verteilungsgerechtigkeit und ausreichender Differenzierung beim Erlass von Vergütungsregelungen besonderes Gewicht zu. Zwar belässt der Gleichheitssatz dem Normgeber einen weiten Gestaltungsspielraum, weil die Honorarverteilung eine in der Rechtsform einer Norm, nämlich einer Satzung, ergehende Maßnahme ist (vgl. hierzu u. a. Urteil des BSG vom 20. Oktober 2004, [B 6 KA 30/03 R = SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#)). Ob er jeweils die zweckmäßigste, vernünftigste und gerechteste Lösung gefunden hat, ist deshalb vom Gericht nicht nachzuprüfen. Die den Kassenärztlichen Vereinigungen eingeräumte Verteilungsautonomie lässt sich im Hinblick auf die Bedeutung des Grundrechtes der Berufsfreiheit jedoch nur rechtfertigen, wenn damit die Verpflichtung zur strikten Beachtung des Gleichheitsgebotes ([Art. 3 Abs. 1 GG](#)) verbunden wird. Dadurch wird den zur Normsetzung befugten Körperschaften freilich nicht verwehrt, im Interesse der Überschaubarkeit und Praktikabilität einer Regelung zu verallgemeinern, zu typisieren und zu pauschalisieren. Ein Verfassungsverstoß liegt erst dann vor, wenn die Ungleichheit in dem jeweils in Betracht kommenden Zusammenhang so bedeutsam ist, dass ihre Beachtung nach einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise geboten erscheint ([BVerfGE 60, 113](#), 119; [67, 70](#), 85) und deshalb eine Differenzierung vorgenommen werden muss. Denn das Gleichbehandlungsgebot des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) enthält nicht nur das Verbot sachwidriger Differenzierung, sondern ebenso das Gebot, wesentlich Ungleiches ungleich zu behandeln (st. Rspr. des Bundesverfassungsgerichts, vgl. z. Bsp. [BVerfGE 98, 365](#), 385). Ein Anspruch der Klägerin auf eine unterschiedliche Verteilung würde danach nur dann bestehen, wenn eine am Maßstab der Verteilungsgerechtigkeit orientierte Überprüfung der Regelungen des HVM der Beklagten zu dem Ergebnis gelangte, dass die hierin vorgenommene Einteilung in Teilbudgets wegen struktureller Unterschiede innerhalb der Teilbudgets nicht ausreichend differenziert.

Unter Berücksichtigung der der KV beim Erlass des HVM eingeräumten weitgehenden Gestaltungsfreiheit sind die hier in Rede stehenden Verteilungsmodalitäten indes verfassungskonform. Denn mit der hier angegriffenen Regelung hat die Beklagte den ihr bei der Ausgestaltung ihres HVM zustehenden Normsetzungsspielraum nicht überschritten:

Vorgaben für getrennte Honorartöpfe für die jeweils in einem bestimmten Schwerpunktbereich tätigen Internisten lassen sich weder dem Gesetz noch der bisherigen Rechtsprechung entnehmen. Ist mithin der Entscheidungsspielraum der KV als Normgeber bei der Ausformung ihres HVM insoweit im Grundsatz nicht eingeschränkt, so ist nur zu prüfen, ob er möglicherweise auf Grund anderer rechtlicher oder tatsächlicher Gegebenheiten durch eine Rechtspflicht zur Schaffung getrennter Honorartöpfe eingengt war. Eine derartige Reduzierung der Gestaltungsfreiheit der Beklagten auf Null ist vorliegend jedoch nicht ersichtlich, denn eine solche würde erfordern, dass jede andere Möglichkeit zur Umsetzung der Honorarverteilung schlechterdings unvertretbar oder unverhältnismäßig wäre (vgl. [BVerwGE 80, 355](#), 370 m. w. N.). Davon kann hier jedoch nicht ausgegangen werden:

Strukturelle Unterschiede zwischen den verschiedenen Leistungsarten und der Tätigkeit der internistische Leistungen erbringenden Ärzte sind nicht zu erkennen. Allen fachinternistisch tätigen Ärzten ist gemein, dass sie ihr Leistungsspektrum und ihren Leistungsumfang im Wesentlichen selbst bestimmen können und sie nicht nur aufgrund von Überweisungen tätig werden.

Auch der Einwand der Klägerin, für die Gruppe der rheumatologisch tätigen Internisten seien aufgrund des begrenzten Leistungsspektrums von vornherein geringere Honorarabrechnungen zu erwarten gewesen, weil voraussehbar gewesen sei, dass die apparateintensiven Leistungen von den rheumatologisch tätigen Internisten nicht abgerechnet würden und die Mengenausweitungen der anderen internistisch tätigen Fachärzte durch Abrechnung dieser Leistungen zu einem Punktwertabfall für die aus dem Honorarkontingent honorierten Ärzte führen würde, rechtfertigt keine andere Bewertung: Diesem auf die spezielle Situation in einem Leistungsbereich abstellenden Einwand ist entgegenzuhalten, dass ein HVM möglichst gleichmäßige Regelungen für alle Arztgruppen und Sonderbestimmungen für einzelne Arztgruppen nicht ohne begründeten Anlass treffen soll. Der Normgeber muss nicht individuell für jede Arztgruppe eine besondere Bestimmung oder für einzelne Arztgruppen Sonderregelungen treffen; er hat vielmehr die Befugnis zur Schematisierung und Typisierung (vgl. hierzu allgemein z. Bsp. [BVerfGE, 99, 280, 290 m. w. N.](#)). Die Wahl des Tätigkeitsschwerpunktes Rheumatologie beruht zudem auf einer autonomen Entscheidung der Klägerin, für deren wirtschaftliche Konsequenzen sie allein die Verantwortung zu tragen hat. Ihr bleibt es unbenommen, innerhalb des Bereichs des fachinternistischen Tätigkeitsspektrums ökonomisch attraktivere Leistungen zu erbringen und damit ihren eigenen Honoraranteil zu erhöhen. Im Übrigen lassen sich aus der mangelnden Rentabilität einer Arztpraxis oder eines einzelnen Behandlungsbereichs einer Arztpraxis keine Rückschlüsse auf die Angemessenheit der Vergütung ziehen. Die Rentabilität einer Praxis gehört vielmehr zum Berufsrisiko des freiberuflich tätigen Vertragsarztes ([BSG SozR 3-2500 § 72 Nr. 5](#)). Spezialisiert sich ein Vertragsarzt innerhalb eines Teilgebietes in einer Spezialpraxis auf wenige ausgewählte Leistungen (hier rheumatologische Leistungen im Teilgebiet der fachärztlichen Internisten), so muss er das Risiko selbst tragen, dass ein wirtschaftlicher Ausgleich zwischen einer größeren Zahl von Leistungen in anderen Bereichen des fachärztlichen Teilgebietes nicht mehr möglich ist ([BSG SozR 3-2500 § 72 Nr. 6](#)). Ein Anspruch auf Bildung eines eigenen Subbudgets für die Rheumatologen lässt sich hieraus jedoch nicht herleiten.

Die von der Beklagten gewählte Honorarverteilung führt auch tatsächlich nicht zu erheblichen Verwerfungen, die eine Differenzierung innerhalb des Fachgruppentopfes rechtfertigen: Zwar lagen die Honorargutschriften der fachärztlichen Rheumatologen im Jahre 1998 mit durchschnittlich 325.234,00 DM unter den durchschnittlichen Honorargutschriften der fachärztlichen Internisten in Höhe von 561.924,00 DM. Ob hiervon die nach Angaben der Beklagten enthaltenen, gegenüber den anderen Fachgruppen deutlich höheren Sachkosten abzuziehen sind, um eine Vergleichbarkeit zu erreichen, kann offen bleiben. Denn im Vergleich zu den internistischen Hausärzten (Honorargutschrift durchschnittlich 274.193,00 DM) und den Allgemeinmediziner/Praktikern (Honorargutschrift durchschnittlich 224.974,00 DM) erzielten die fachärztlichen Rheumatologen deutlich höhere Honorargutschriften.

In den streitgegenständlichen Quartalen ergeben sich im Einzelnen folgende Honorare (Angaben in DM):

Gutschriften Honorar I/1998 II/1998 IV/1998 I/1999 II/1999 Internisten Hausärzte 71.415 67.878 63.459 68.404 70.034 Internisten Fachärzte 148.837 138.849 142.658 137.173 136.064 Allgemeinmediziner 57.816 55.613 52.434 57.393 57.999 Rheumatologen 78.322 81.691 75.988 89.952 85.593

Eine vergleichbare Situation gilt für den Vergleich der Fallwerte: bezogen auf das gesamte Jahr 1998 lag der Fallwert der internistischen Rheumatologen bei 85,46 DM, derjenige der Allgemeinmediziner/Praktiker bei 87,04 DM, der internistischen Hausärzte bei 91,85 DM und der fachärztlichen Internisten bei 167,00 DM. Für die hier streitigen Abrechnungsquartale ergibt sich (Angaben in DM):

Fallwert I/1998 II/1998 III/1998 I/1999 II/1999 Internisten Hausärzte 95,56 92,46 86,31 91,85 85,18 Internisten Fachärzte 164,05 169,33 168,89 161,253 169,97 Allgemeinmediziner 88,21 89,47 82,67 79,62 88,09 Rheumatologen 84,81 86,95 79,57 86,02 83,87

Es wird ersichtlich, dass die Fallwerte der Rheumatologen diejenigen der internistischen Hausärzte und der Allgemeinmediziner nicht wesentlich unterschritten.

Die von der Beklagten vorgenommene Zuordnung der rheumatologisch tätigen Internisten und der sonstigen Internisten zu einem Honorartopf war damit rechtmäßig.

Die Bildung von Teilbudgets löst allerdings eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht der Beklagten dahin aus, dass sie Verteilungsregelungen, mit denen sie in Verfolgung bestimmter Ziele vom Grundsatz der gleichmäßigen Honorarverteilung abweicht, regelmäßig zu überprüfen hat. Sie hat sie zu verändern bzw. weiter zu entwickeln, wenn sich herausstellt, dass der Zweck der Regelung ganz oder teilweise nicht erreicht oder gar verfehlt wird ([BSG SozR 3-2500 § 85 Nr. 12](#)) oder wenn die vorgenommene Bildung von in Teilbudgets dazu führt, dass der Punktwert in einzelnen Bereichen deutlich stärker abfällt als bei dem größten Teil der sonstigen Leistungen und als Grund dafür keine von den jeweiligen Leistungserbringern selbst verursachten Mengenausweitungen erkennbar sind ([BSG SozR 3-2500 § 85 Nr. 11](#), [BSG SozR 3-2500 § 85 Nr. 24](#)). Eine Korrekturverpflichtung setzt weiter voraus, dass es sich um eine dauerhafte, also nicht nur um eine vorübergehende Entwicklung handelt. Außerdem muss ein vom Umsatz her wesentlicher Leistungsbereich einer Arztgruppe betroffen sein. Der Punktwertabfall muss zudem erheblich sein. Nicht jede Punktwertdifferenz zwischen verschiedenen Honorartöpfen gibt Anlass zur Korrektur der Honorarverteilung. Außerdem muss der Punktwertverfall zu einer wesentlichen Honorarminderung führen. Werden Honorartöpfe für Leistungen gebildet, die Ärzte nur auf Überweisung hin erbringen können - zu dieser Arztgruppe gehört die Klägerin nicht - und bei denen ihnen eine Mitverantwortung für eine Mengenausweitung und damit ein Punktwertabfall nicht zugerechnet werden kann, sieht das BSG im Regelfall Anlass zur Korrektur der Honorarverteilung, wenn der Punktwert

der aus dem Honorartopf vergüteten Leistungen um 15 v. H. oder mehr niedriger ist als der Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen ([BSGE 83, S. 1 ff.](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#)).

Der Senat kann offen lassen, ob diese Rechtsprechung auf den vorliegenden Fall anzuwenden ist, in dem die Beteiligten über Honorare für Leistungen streiten, die von der Klägerin gerade nicht nur auf Überweisung erbracht wurden und für die sie deshalb eine Mitverantwortung für eine Mengenausweitung trifft, weshalb ihr ein Punktwertabfall zugerechnet werden kann. Zudem kann vorliegend ein Absinken des Punktwertes auf 15 % unter demjenigen für den größten Teil der sonstigen Leistungen nicht festgestellt werden, denn dieses Kriterium passt nicht auf Honorarverteilungsregelungen der hier zu beurteilenden Art. Wenn wie in dem vorliegend maßgebenden HVM zahlreiche Honorarkontingente geschaffen worden sind, die alle Fachgruppen und alle Leistungen abdecken, so gibt es keinen "Restbereich sonstiger Leistungen" mehr, dessen Punktwert als Vergleichsbasis herangezogen werden könnte.

Soweit man ersatzweise die Rechtsprechung des BSG auf den Vergleich der Punktwerte der einzelnen Fachgruppen und die Honorarentwicklung innerhalb der Fachgruppen übertragen wollte, bestand jedoch kein zwingender Anlass zur Punktwertkorrektur: Zum einen lässt sich ein dauerhafter wesentlicher Honorarabfall der Fachgruppe der Internisten nicht erkennen (vgl. oben). Zwar weicht der Punktwert der Fachgruppe der Internisten (Quart I/98: Primärkassen: 4,839/4,839) zu demjenigen der als Vergleichsbasis heranzuziehenden Gruppe der Allgemeinmediziner/Praktiker (Quart. I/98: Primärkassen 5,642/6,830) nach unten ab, das durchschnittliche Honorar der Fachgruppe der rheumatologisch tätigen Internisten weicht jedoch in den streitbefangenen Quartalen nicht wesentlich von den hier als Vergleichsgruppen heranzuziehenden Fachgruppen ab, es liegt sogar noch über den durchschnittlichen Honorareinnahmen der Internisten/Hausärzte und der Allgemeinmediziner (vgl. Tabelle oben).

Jedenfalls aber hat die Beklagte auf das Absinken des Punktwertes aufgrund der Anwendung der streitbefangenen HVM und damit auf das Absinken des Honorars der rheumatologisch tätigen fachärztlichen Internisten reagiert und die Honorarverteilung ab dem 1. Oktober 2000 durch die Regelung in § 10 C Abs. 7 HVM in der ab dem 1. Oktober 2000 geltenden Fassung korrigiert. Die Nachbesserung hatte zur Folge, dass im Leistungsbereich F5.7 die Leistungen der Internisten mit dem Schwerpunkt "Rheumatologie" mit dem um 10 % erhöhten Punktwert dieses Bereiches vergütet wurden.

Die Klägerin kann ihren Anspruch auf höhere Vergütung schließlich auch nicht auf das objektiv-rechtliche Gebot der angemessenen Vergütung ärztlicher Leistungen ([§ 72 Abs. 2 SGB V](#)) stützen, das im Allgemeinen keine subjektiven Rechte des Vertragsarztes begründet (BSG [SozR 3-2500 § 72 Nr. 5](#); [SozR 3-2500 § 85 Nr. 10](#); [SozR 3-2500 § 85 Nr. 12](#)). Ein Vertragsarzt kann für die von ihm im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen keine Vergütung in einer bestimmten Höhe beanspruchen. Einem solchen Anspruch steht das vom Gesetz vorgegebene gesamtvertragliche Vergütungssystem entgegen (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 30](#)). Danach honorieren die Krankenkassen nicht gesondert jede einzelne ärztliche Leistung, sondern sie entrichten mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung eine vertraglich vereinbarte Vergütung. Dieser für die Honorierung aller vertragsärztlichen Leistungen maximal zur Verfügung stehende Geldbetrag steht unabhängig von der Zahl der ärztlichen Leistungserbringer und der erbrachten ärztlichen Leistungen fest. Daher kann sich für den einzelnen Arzt von vornherein kein Anspruch auf ein Honorar in bestimmter Höhe, sondern nur ein Anspruch auf einen seiner Leistung entsprechenden Anteil an dieser Gesamtsumme ergeben.

Auch die Verpflichtung der Beklagten, ihrem Sicherstellungsauftrag und ihren sonstigen vertraglichen und gesetzlichen Verpflichtungen gerecht zu werden, führt nicht zwingend zu der Bildung eines eigenen Teilbudgets für die rheumatologisch tätigen Internisten. Der 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 einer angemessenen 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 [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#) und Urteil des BSG vom 20. Oktober 2004 [B 6 KA 31/03](#) zitiert nach Juris). Greifbare Anhaltspunkte dafür, dass die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der Versorgung rheumatologischer Erkrankungen in den Jahren 1998 und 1999 im Zuständigkeitsbereich der Beklagten gefährdet war, bestehen nicht. Es hat sich insbesondere nicht feststellen lassen, dass eine ökonomisch geführte entsprechende Praxis im Bereich der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung insolvent geworden wäre. Jedenfalls sind angesichts der dokumentierten Honorargutschriften keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass die rheumatologisch tätigen fachärztlichen Internisten durch die Regelungen des angegriffenen HVM in den hier streitgegenständlichen Zeiträumen generell nicht in der Lage gewesen wären, bei einer mit vollem Einsatz und unter optimaler wirtschaftlicher Praxisausrichtung ausgeübten vertragsärztlichen Tätigkeit existenzfähige Praxen zu führen. Zwar ist in diesem Bereich der Honorarumsatz je Arzt und damit auch der Überschuss im Vergleich zu den Vorjahren zurückgegangen, er hielt sich jedoch durchaus im Bereich der von den sonstigen Internisten erzielten Honorare und lag teilweise sogar deutlich darüber (vgl. Tabelle oben). Angesichts dieser Zahlen ist festzustellen, dass das aus der vertragsärztlichen Tätigkeit der fachärztlichen Internisten und auch der Rheumatologen erzielbare Einkommen diesen Arztgruppen in den hier streitbefangenen Quartalen hinreichenden Anlass zur Mitwirkung an der vertragsärztlichen Versorgung geboten hat.

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

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil keine Gründe im Sinne des [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und Nr. 2 SGG](#) vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2008-02-22