

L 7 KA 5/06

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

1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 79 KA 30/03

Datum
15.06.2005
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 5/06

Datum
05.05.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 15. Juni 2005 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe der vertragsärztlichen Vergütung im Quartal I/01.

Die Klägerin nimmt seit dem 15. November 1991 als Ärztin für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie in B an der vertragsärztlichen Versorgung. Zum 01. Januar 2001 wechselte sie von der hausärztlichen zur fachärztlichen Versorgung. Die Beklagte erteilte ihr Abrechnungsgenehmigungen für die psychosomatische Grundversorgung (1992) und für Ultraschallleistungen (1993).

Im streitigen Quartal begrenzte die Beklagte im Hinblick auf Teilbudgets nach Kapitel I A Nr. 5 EBM in der seit dem 1. Juli 1996 geltenden Fassung die Leistungsanforderungen der Klägerin in folgendem Umfang:

Name des Budgets Budget-relevante Fallzahl Fallpunktzahl Budget-grenze Angeford. Punkte Überschreitung Überschr. in %
Gesprächsleistungen 626 60 37.560 338.730 301.157 801,53 % Ganzkörperstatus (Nr. 60) 626 30 18.780 35.200 16.414 87,37 %
Sonographische Leistungen 626 130 81.380 118.560 37.166 45,66 %

Die Honorarabrechnung der Klägerin und der Honorarbescheid der Beklagten stellten sich in den Quartalen IV/00 und I/01 wie folgt dar:

Quartal Fallzahl Angef. Punkte Honorargutschrift Fallwert IV/2000 625 1.306.367,5 79.422,98 DM 127,08 DM I/2001 643 1.431.489,5 51.436,24 DM 79,99 DM

Dem lagen nach den Angaben der Beklagten folgende Punktwerte zugrunde:

Primärkassen Ersatzkassen Primärkassen Ersatzkassen (ursprünglich) (ursprünglich) nach Nachvergütung nach Nachvergütung I/2001 3,649 4,500 3,962 4,778

Mit Bescheid vom 29. November 2001 bewilligte die Beklagte der Klägerin eine Nachvergütung i.H.v. 2.466,40 DM für das Quartal I/01.

Den gegen den Honorarbescheid gerichteten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 21. Oktober 2002 zurück und führte zu dessen Begründung u.a. aus: Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) vermittele [§ 72](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) keinen Anspruch auf die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in einer bestimmte Höhe. Als fachärztliche Internistin unterliege die Klägerin nicht den zum 01. Juli 1997 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) eingeführten Praxis- und Zusatzbudgets, sondern den Teilbudgets nach § 10 C Abs. 7 des im streitigen Quartal geltenden Honorarverteilungsmaßstabs (HVM). Die Tatsache, dass die gastroenterologischen Leistungen 31,43 % und die Gesprächsleistungen (EBM-Nrn. 17, 42, 851) 24,56 % ihrer angeforderten Punkte ausmachten, belege, dass die Klägerin im erhöhten Maße Gesprächsleistungen liquidiert habe. Der Anteil an Gesprächsleistungen betrage bei der Fachgruppe 3,76 % des Gesamtleistungsbedarfs, hiervon setze die Klägerin sich deutlich ab. I.ü. seien im Jahre 2001 u.a. die gastroenterologischen Leistungen der EBM-Ziffern 760 bis 769 aufgrund einer Vergütungsvereinbarung mit der AOK Berlin auf einen Punktwert von 7 DPf. gestützt worden. Für die Fachgruppen der fach- und der hausärztlichen Internisten ergäben sich im streitigen Quartal folgende Werte: Fallzahl Fallwert Fachärztliche Internisten 831 153,99 Hausärztliche Internisten 801 90,29

Ein Vergleich mit dem weit unterdurchschnittlichen Fallwert der Klägerin lasse jedoch keine weiteren Rückschlüsse zu. Denn zum einen sei der hohe Fallwert in der Fachgruppe der Klägerin auf die immensen, nicht in der Gesamtvergütung enthaltenen Sachkosten der fachärztlichen Internisten mit dem Schwerpunkt Nephrologie und Dialyse zurückzuführen. Zum anderen sei das Abrechnungsverhalten der Fachgruppe sehr inhomogen. Dass die Punktwerte der fachärztlichen Internisten unter den Punktwerten der anderen budgetierten Fachgruppen liegen, ergebe sich aus dem vom Bewertungsausschuss durch die Einführung der Praxis- und Zusatzbudgets angestrebten Effekt, den seit Jahren zu beobachtenden Punktwertverfall zu begrenzen, bei den budgetierten Fachgruppen zumindest in einem gewissen Umfang eingetreten sei. Die Ursache hierfür sei, dass eine vermehrte Erbringung und Abrechnung der vom Praxisbudget erfassten Leistungen über den praxisindividuellen Grenzbetrag hinaus keine Erhöhung des Honorars zur Folge habe und der Anreiz zur Ausweitung der Leistungsmenge begrenzt werde. Anders sei die Sachlage bei den fachärztlichen Internisten. Da bei dieser Fachgruppe nur ein kleiner Teil des Leistungsspektrums von den Teilbudgets erfasst sei, die übrigen Leistungen jedoch keinen mengenmäßigen Begrenzungen unterlägen, sei die Menge der diesbezüglich abgerechneten Leistungen der Fachgruppe variabel und somit nicht vorhersehbar, so dass hier bei gleich bleibendem Honoraranteil der Punktwert immer dann zwingend absinke, wenn in diesem Leistungsbereich ein erhöhtes Abrechnungsvolumen bestehe. Ein Vergleich der Punktwerte der haus- und der fachärztlichen Internisten sei aufgrund der Unterschiede beider Fachgruppen (u.a. Förderung der hausärztlichen Tätigkeit durch den Gesetzgeber) nicht möglich. Da ferner im Quartal I/01 vermutlich auf Grund des sogenannten KO-Katalogs 36 Internisten in die fachärztliche Versorgung wechselten, habe - obwohl die jeweils erzielten Honoraranteile der trennungsrelevanten Gesamtvergütung des Vorjahres in den neuen Versorgungsbereich eingestellt worden seien - ein Absinken des Punktwertes im Bereich der fachärztlich tätigen Internisten nicht verhindert werden können. Mit einem Honorarverlust bei einem Wechsel von der haus- in die fachärztliche Versorgung im Quartal I/01 für die betroffenen Ärzte sei jedoch zu rechnen gewesen, da der Punktwert der fachärztlichen Internisten bereits ab dem Quartal I/00 konstant deutlich unter dem der hausärztlichen lag (im Quartal IV/00 um 40 %). Andererseits hätten die "Wechsler" auch vom "praxisbudgetfreien Raum" profitiert: wo es keine Budgets gebe, habe sich zumindest die Chance erhöht, dass mehr der tatsächlich erbrachten Leistungen anerkannt und damit auch vergütet würden, als dies unter den Bedingungen der Praxisbudgets der Fall sei. Das Urteil des BSG vom 9. September 1998 (Az.: [B 6 KA 55/97 R](#)) zur Problematik des Punktwertverfalls finde wohl schon deshalb auf die Fachgruppe der Fachärztliche Internisten keine Anwendung, weil das BSG über die Vergütung von Leistungen der Fachgruppe der Radiologen entschieden habe, welche im Gegensatz zur Fachgruppe der Klägerin ausschließlich auf Überweisung tätig werde und denen daher eine Mitverantwortung für die Mengenausweitung und damit ein Punktwertverfall nicht zugerechnet werden könne. Ein dauerhafter Punktwertverfall sei nicht zu verzeichnen, wie die Entwicklung der nicht den Laborbereich betreffenden Punktwerte in den Quartalen III/00 bis I/01 zeige: III/00 IV/00 I/01 Primärkassen 3,878 3,980 3,649 Ersatzkassen 5,006 5,281 4,500

I.ü. sei die rückwirkende Erhöhung der von der Klägerin erzielten Punktwerte und der Umstand zu beachten, dass die Fachgruppe der fachärztlichen Internisten die Steuerung der Stabilität des Punktwertes insofern beeinflussen könne, als sie nicht ausschließlich auf Überweisung tätig werde und es daher auch keiner strengen Prüfung des Punktwertverfalls bedürfe.

Die Klage hat das Sozialgericht mit Urteil vom 15. Juni 2005 abgewiesen und hierbei ähnliche Erwägungen wie die Beklagte im angegriffenen Widerspruchsbescheid angestellt.

Gegen dieses ihr am 16. Dezember 2005 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung der Klägerin vom 16. Januar 2006, zu deren Begründung sie vorbringt: § 10 HVM sei von der Ermächtigungsgrundlage [§ 85 Abs. 4](#) Sätze 3 und [8 SGB V](#) nicht gedeckt und daher rechtswidrig, da das Gebot der leistungsproportionalen Verteilung und der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht erfüllt seien. Da die auf die gesprächsintensive Gastroenterologie spezialisierte Praxis der Klägerin aus demselben Topf wie die übrigen eine inhomogene Fachgruppe bildenden fachärztlichen Internisten bezahlt werde, gehe die Mengenausweitung der Kollegen und der dadurch bedingte Punktwertverfall voll und ohne jede sachliche Rechtfertigung zu Lasten der Gastroenterologen. Anders als eine Vielzahl ihrer Fachkollegen werde die Klägerin in großem Umfang auf Überweisung tätig und sei daher nicht für die übermäßige Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit verantwortlich. Die Punktwerte hätten sich wie folgt entwickelt: Quartal: fachärztliche Internisten Hausärztliche Internisten Praktiker I/98 4,839 7,133 6,830 II/98 4,951 6,869 6,623 IV/98 4,906 7,477 6,969 I/99 4,644 7,095 6,606 II/99 4,642 7,202 6,821 III/99 4,489 6,699 6,036 IV/99 4,798 6,639 6,385 I/00 3,994 6,552 6,246 II/00 3,788 6,377 6,099 III/00 3,878 6,263 5,965 IV/00 3,980 6,937 6,573 I/01 3,649 7,053 6,424

Der Fallwert der Klägerin von 45,51 EUR im streitigen Quartal stehe in krassem Gegensatz zu den Fallwerten anderer fachärztlicher Internisten, welche ausweislich der KV-Statistik folgende Fallwerte aufwiesen: III/99 IV/99 I/00 II/00 I/01 Fallwert 168,17 DM 177,84 DM 158,21 DM 166,24 DM 158,74 DM

Dass die Honorar der Klägerin in späteren Quartalen wieder angestiegen sei, liege daran, dass gastroenterologisch tätige Hausärzte gastroenterologische Leistungen noch bis zum 31. Dezember 2002 hätten erbringen dürfen, während es der Klägerin aufgrund ihres Wechsels in den fachärztlichen Bereich bereits ab dem 01. Januar 2001 nicht mehr möglich war, hausärztliche Leistungen zu erbringen. Die kleine Gruppe der Gastroenterologen könne aufgrund des Punktwertverfalls die Gastro- und Koloskopien nicht mehr kostendeckend erbringen. Die Selbstkosten dieser beiden Leistungen betrügen nach dem Gutachten von Prof. Dr. Günther Sieben aus dem Jahre 1991 DM 98,18 bzw. DM 147,12 DM / 172,56 und DM 77,39 bzw. DM 151,32 (ohne Entgelt für ärztliche Leistungen) nach dem sog. "Männel-Gutachten" von 1990. § 10 HVM sei auch unverhältnismäßig und verstoße gegen das Gleichbehandlungsgebot. Denn nach der Rechtsprechung des BSG bestehe im Regelfall Anlass zur Korrektur der Honorarverteilung, wenn der Punktwert der aus dem Honorartopf vergüteten Leistungen um 15 % oder mehr unter dem Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen liege. Dies treffe auf die fachärztlichen Internisten zu, da ihre Leistungen 30 % niedriger als die der Allgemeinmediziner und etwa 35 % niedriger als die der fachärztlichen Internisten vergütet würden. Für die Regelung über die Teilbudgets im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Beklagten fehle eine Ermächtigungsgrundlage. § 10 C HVM sei unwirksam, weil die darin nach Auffassung des Bundessozialgerichts (BSG) vorgenommene "Definition und Bewertung ärztlicher Verrichtungen" dem EBM vorbehalten sei. § 10 C HVM stelle außerdem eine verfassungswidrige Berufsausübungsregelung dar: Diese Budgetierungsregelung sei unzumutbar, weil die Klägerin über Jahre einer Kürzungsregelung unterworfen werde, die weder für ihre Fachgruppe konzipiert noch auf Dauer angelegt gewesen sei. Sie sei auch unverhältnismäßig, weil die Abstaffelungsgrenze bei Praxisbesonderheiten zu niedrig angesetzt sei, keine ausreichenden Ausnahmeregelungen bzw. Härtekláuseln vorgesehen seien und Praxisbesonderheiten nicht berücksichtigt werden dürften. Zu den Ausnahmen, die in der "Vereinbarung der Spitzenverbände und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Weiterentwicklung der Reform des EBM" vom 7. August 1996 (DÄ vom 25. Oktober 1996, A 2815) geregelt worden seien, sei kein Bezug hergestellt worden. § 10 C Abs. 7 HVM sei auch deshalb rechtswidrig, weil

die Vertreterversammlung der Beklagten bei ihrem Erlass ihr Ermessen fehlerhaft ausgeübt habe. Denn für die Fachgruppe der fachärztlichen Internisten seien die tragfähigen betriebswirtschaftlichen Kalkulationen durchzuführen gewesen, deren Fehlen zum anfänglichen Verzicht auf Praxis- und Zusatzbudgets für diese Fachgruppe geführt hätten. In den lediglich durch die AOK gezahlten Stützungsbeträgen sei die gesprächsintensive Be-treu-ung nicht enthalten.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 15. Juni 2005 aufzuheben, den Honorarbescheid für das Quartal I/2001 und den Nachvergütungsbescheid vom 29. November 2001, beide in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. Oktober 2002, zu ändern und die Beklagte zu verpflichten, das Honorar für das Quartal I/01 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats festzusetzen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Zulässig sei nur ein Vergleich mit den um die Sachkosten bereinigten Fallwerte in der Fachgruppe der fachärztlichen Internisten bzw. mit den Fallwerten der schon vor dem Quartal I/01 fachärztlich tätigen Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie: I/99 I/00 I/01 Fachärztl. Internisten 82,07 DM 78,54 DM Fachärztl. Gastroenterologen 98,02 DM 83,33 DM 88,35 DM

Auf der Grundlage des Nachvergütungsbescheids vom 29. November 2001 wichen die Auszahlungspunktwerte der fachärztlichen Internisten um weniger als 15 % von den fachärztlichen Mischpunktwerten (vor Budgetierung) bzw. den unbudgetierten Facharztgruppen ab: Auszahlungs-Punktwert fachärztl. Internisten Fachärztlicher Mischpunkt-wert Abweichung Durchschnittlicher Punktwert unbudgetierte FachGr. Abweichung Primärkassen 3,962 4,6519 14,83 % 4,2858 7,56 % Ersatzkassen 4,778 5,4271 11,96 % 5,2524 9,03 %

Nach Ansicht des BSG könne ein Anspruch auf höhere Vergütung nicht auf niedrige Umsätze eines Arztes in nur einem Quartal gegründet werden, zumal sich das Honorar der Klägerin wie folgt gesteigert habe: I/01 26.298.- EUR (51.436.- DM) I/02 32.912.- EUR I/03 49.061.- EUR I/04 65.597.- EUR

Es sei davon auszugehen, dass die Klägerin, die nach ihrem Wechsel in den fachärztlichen Bereich die Leistung nach Nr. 10 EBM (therapeutisches hausärztliches Gespräch) nicht mehr habe abrechnen dürfen, dazu übergegangen sei, vermehrt die der Teilbudgetierung unterliegende Leistung nach Nr. 17 EBM abzurechnen. So habe die Klägerin im Quartal IV/00 die Leistung nach der EBM-Nr. 17 in 301 Fällen, im Quartal I/01 jedoch in 1024 Fällen abgerechnet.

Wegen des Sach- und Streitstandes im Einzelnen sowie wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakte sowie die beigezogene Verwaltungsakte, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung war, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, aber unbegründet. Zu Recht hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Denn die angegriffenen Bescheide erweisen sich als rechtmäßig.

Rechtsgrundlage der Honorarverteilung ist [§ 85 Abs. 4 Satz 1](#) und 2 SGB V. Danach verteilt die Kassenärztliche Vereinigung (KV) die Gesamtvergütung an die Vertragsärzte. Sie wendet dabei den im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten HVM an. Die Honorarverteilung muss sich dabei an Art und Umfang der Leistungen orientieren ([§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#)). Des Weiteren soll eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes verhütet werden und es kann ferner eine unterschiedliche Verteilung nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten erfolgen ([§ 85 Abs. 4 Sätze 4 und 5 SGB V](#)).

Die die Fachgruppe der fachärztlichen Internisten betreffenden Honorarbegrenzungsregelungen des im Quartal I/01 geltenden HVM sind an diesen gesetzlichen Vorgaben in Verbindung mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, der sich aus [Art. 12 Abs. 1](#) in Verbindung mit [Art. 3 Abs. 1 GG](#) ergibt, zu messen. Ziel ist es, eine ordnungsgemäße - d.h. ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche - vertragsärztliche Versorgung zu gewährleisten. Die Honorarverteilung muss somit dafür Sorge tragen, dass in allen ärztlichen Bereichen ausreichender finanzieller Anreiz besteht, vertragsärztlich tätig zu werden (BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004, [B 6 KA 30/03 R](#), veröffentlicht in Juris).

1) Im streitgegenständlichen Quartal wurden nach § 9 Abs. 0 und 1 des den Primärkassenbereich betreffenden Kapitels I des HVM - nach § 2 Satz 1 des Kapitels II galt für die Ersatzkassen entsprechendes - aus den Gesamtvergütungen der einzelnen Krankenkassen zunächst ein Leistungsbereich V0 (außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütungen zu vergütende Leistungen; Leistungen der Prävention und Substitution Opiatabhängiger) gebildet. Anschließend wurde der pauschalierte Teil der Gesamtvergütungen - in Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Festlegung von Kriterien zur Teilung der Gesamtvergütung gemäß [§ 85 Abs. 4](#) a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) mit Wirkung zum 1. Januar 2000 - zerlegt in Vorableistungen (V) sowie in einen hausärztlichen (H) und einen fachärztlichen (F) Vergütungsanteil. Letzterer wurde nach § 9 Abs. 4 HVM wiederum zerlegt, u.a. in folgende Leistungsbereiche: F1 (betrifft Leistungen der ausschließlich psychotherapeutisch Tätigen) F2 Leistungen des Ambulanten Operierens F3 Leistungen des Kapitels QI.4 (Röntgendiagnostik Gefäße), soweit sie von fachärztlichen Internisten erbracht werden. F4 Leistungen des Kapitels R (MRT-Leistungen) des EBM F5 Leistungen der fachärztlich tätigen Ärzte F5.7 fachärztliche Internisten F5.10 Lungenärzte

Für die Honorarverteilung innerhalb des fachärztlichen Vergütungsanteils (Leistungsbereich F) sah § 10 C HVM zunächst dessen Vergrößerung um bestimmte Vorweg- und Psychotherapieleistungen (Abs. 0) sowie die Bestimmung der Honoraranteile für die Leistungsbereiche F 1, F 2 und F 5.16 vor (Abs. 1 bis 3). Der danach verbleibende Anteil der Gesamtvergütung sollte nach dem sich im 1. Halbjahr 1999 ergebenden prozentualen Verhältnis der Honoraranteile F4, F5.1 bis F5.15 verteilt (Abs. 4) und ggf. um bestimmte Laborleistungen vergrößert oder vermindert werden (Abs. 5).

Für fachärztliche Internisten (Leistungsbereich F 5.7) traf § 10 C Abs. 7 HVM folgende Sonderregelungen:

(7) In den Leistungsbereichen F5.7 und F5.10 werden die in den Allgemeinen Bestimmungen A1.5 des EBM (Stand 1. Juli 1996) benannten Teilbudgets auch über den 1. Juli 1997 hinaus weitergelten. Abweichend von diesen Bestimmungen wird die Fallpunktzahl für das Teilbudget "Ganzkörperstatus" (EBM-Nr. 60) für Internisten mit dem Schwerpunkt "Rheumatologie" auf 60 Punkte erhöht. Im Leistungsbereich F5.7 werden die Leistungen der Internisten mit dem Schwerpunkt "Rheumatologie" mit dem um 10 % erhöhten Punktwert dieses Bereiches vergütet.

Kapitel A I des ab dem 1. Juli 1996 geltenden EBM enthielt unter Nr. 5 u.a. folgende Regelungen:

5. Für die nachfolgend unter den Absätzen 5.6.1. bis 5.6.3. aufgeführten Leistungen und Leistungsbereiche des EBM gelten mit Wirkung vom 01.01.1996 bis zum 31.12.1996 und für die in den Absätzen 5.7.1 bis 5.7.5 genannten Leistungen mit Wirkung vom 1. Juli 1996 bis zum 31. Dezember 1996 fallzahlabhängige arztgruppenbezogene Teilbudgets. 5.1. Die Höhe der jeweiligen rechnerischen Teilbudgets ergibt sich aus dem Produkt der zutreffenden arztgruppenbezogenen Fallpunktzahl für die in den Teilbudgets aufgeführten Leistungen und der Zahl der kurativ-ambulant Fälle. Hierin sind Überweisungsfälle (Indikationsauftrag, Konsiliaruntersuchung, Mitbehandlung, Weiterbehandlung) und auf Muster 19 abgerechnete Notfälle und Vertretungsfälle eingeschlossen. 5.6. Teilbudgets mit Wirkung vom 1. Januar 1996 bis 31. Dezember 1996 5.6.1 Teilbudget "Gesprächsleistungen" für die Leistungen nach den Nrn. 10, 11, 17, 18, 42, 44 und 851. 5.6.2 Teilbudget "Ganzkörperstatus" für die Leistung nach Nr. 60. 5.7. Teilbudgets mit Wirkung vom 1. Juli 1996 bis zum 31. Dezember 1996 5.7.2 Teilbudget "Sonographische Untersuchungen mit B-Bildverfahren" für die Leistungen nach Abschnitt C VII.

Kapitel B II Abs. 8 dieses EBM sah für das Teilbudget "Gesprächsleistungen" folgende arztgruppenbezogene Fallpunktzahlen vor:

Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Hausärztliche Internisten, Internisten mit den Schwerpunkten Rheumatologie oder Hämatologie und Internistische Onkologie, Hausärztliche Kinderärzte, Psychiater, Ärzte für Psychotherapeutische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiater 220 Nervenärzte, Neurologen, Neurochirurgen, Chirurgen, Fachärztliche Internisten 60 Übrige Arztgruppen 30

Kapitel B III Nr. 3 dieses EBM sah für das Teilbudget "Ganzkörperstatus" folgende arztgruppenbezogene Fallpunktzahlen vor:

Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, 15 Internisten 30 Kinderärzte 100

Kapitel C VII dieses EBM sah für das Teilbudget "Sonographische Untersuchungen mit B-Bild-Verfahren" folgende arztgruppenbezogene Fallpunktzahlen vor:

Allgemeinärzte, Praktische Ärzte 50 Frauenärzte 100 Internisten 130 Urologen 250 Übrige Arztgruppen 30

2) Diese mengenbegrenzenden Regelungen des HVM der Beklagten i.V.m. dem EBM in der o.g. Fassung sind rechtlich nicht zu beanstanden.

a) Grundsätzlich ist die KV im Rahmen der ihr nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) obliegenden Honorarverteilung berechtigt, die Gesamtvergütung nach festen, arztgruppenbezogenen Kontingenten zu verteilen (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 11](#); stRspr) oder gesonderte Vergütungskontingente für bestimmte Leistungen zu bilden (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 2b](#); stRspr). Dabei ist sie im Rahmen der ihr nach [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) obliegenden Honorarverteilung an die gesetzlichen Vorgaben sowie an die Bestimmungen des EBM gebunden. Der auf der Grundlage des [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) als Satzung zu beschließende HVM einer KV darf nicht gegen die Vorschriften des auf der Grundlage des [§ 87 Abs. 1 SGB V](#) erlassenen Bewertungsmaßstabes verstoßen. Dieser ist nach [§ 87 Abs. 1 SGB V](#) Bestandteil des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä), der wiederum in seiner Rechtsqualität Vorrang vor regionalen Gesamtverträgen und den Satzungen der KV hat (BSG, Urteil vom 28. Januar 2004, [B 6 KA 25/03 R](#), [SozR 4-2500 § 85 Nr. 7](#) m.w.N).

b) Diese Grundsätze hat die Beklagte in ihrem HVM beachtet. Entgegen dem Vorbringen der Klägerin verstößt § 10 C Abs. 7 HVM in der für das streitgegenständliche Quartal geltenden Fassung nicht gegen höherrangiges Recht, insbesondere nicht gegen [§ 85 Abs. 4 SGB V](#).

aa) Abweichend vom EBM dürfen Arztgruppen weder von der Budgetierung ausgenommen werden noch dürfen die Bereiche der budgetierten und der nicht budgetierten Leistungen anders als im EBM festgelegt werden (BSG, Urteil vom 8. März 2000, [B 6 KA 7/99 R](#), [SozR 3-2500 § 87 Nr. 23](#)). Die Existenz verbindlicher Honorierungsvorgaben durch dem EBM schließt gleichwohl nicht aus, dass die KV kraft ihrer Gestaltungsfreiheit im Rahmen der Honorarverteilung mengensteuernde Regelungen treffen darf, um ihrer Verantwortung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ([§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) gerecht zu werden. Allein der Umstand, dass einzelne Arztgruppen von Budgetierungsmaßnahmen nicht erfasst werden und Ärzte aller Arztgruppen in mehr oder weniger großem Umfang unbudgetierte Leistungen erbringen, führt nicht dazu, dass mit der Einführung der Budgets im EBM die Verantwortung der KV für eine den gesetzlichen Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) genügende Honorarverteilung aufgehoben oder verdrängt wird. Vor allem hat die Einführung von Praxisbudgets im EBM zum 1. Juli 1997 nichts an der insgesamt begrenzten Gesamtvergütung für alle vertragsärztlichen Leistungen im Sinne des [§ 85 Abs. 1 SGB V](#) geändert. Nach wie vor besteht die Situation, dass ein begrenzter Geldbetrag für die Vergütung aller von den Vertragsärzten in einem bestimmten Zeitraum erbrachten und abgerechneten Leistungen zur Verfügung steht, was wiederum zur Folge hat, dass der "Preis" der einzelnen ärztlichen Leistung erst feststeht, wenn bekannt ist, wie viele Leistungen welcher Art und damit wie viele Punkte insgesamt von den Vertragsärzten abgerechnet werden. Praxisbudgets reduzieren lediglich den Anreiz zu immer weiterer Vermehrung der abrechenbaren Leistungen, weil das Honorar des Arztes für die Leistungen des budgetierten Bereichs allein durch das Produkt aus arztgruppenbezogener Fallpunktzahl und Zahl der Behandlungsfälle bestimmt wird. Da aber auch für die Leistungen des unbudgetierten Bereichs keine festen bzw. vereinbarten Punktwerte gelten, andererseits aber gerade die Stabilisierung des Punktwertes ein maßgebliches Ziel bei der Einführung der Praxisbudgets war, ist es auch nach dem 1. Juli 1997 Aufgabe der KV, im Rahmen der Honorarverteilung das Notwendige und Mögliche zur Gewährleistung ausreichender Punktwerte zu tun, um auf regionaler Ebene eintretende unerwünschte Verwerfungen zwischen einzelnen Arztgruppen und auch innerhalb einer Arztgruppe zu verhindern. Daher stehen der KV auch nach dem 1. Juli 1997 im Grundsatz alle diejenigen Honorarverteilungsregelungen zur Verfügung, die das BSG in ständiger Rechtsprechung (Urteil vom 29. September 1993, [SozR 3-2500 § 85 Nr. 4](#); Urteil vom 9. September 1998, [SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#); Urteil vom 3. März 1999, [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)) für zulässig gehalten hat, soweit die Bestimmungen über die Praxisbudgets im EBM keine abweichenden Vorgaben

enthalten (BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004, [B 6 KA 44/03 R](#), [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#)).

bb) Die Beklagte war somit berechtigt, in ihren HVM auch die nicht durch den EBM 1997 budgetierten Leistungen mengenbegrenzenden Regelungen zu unterwerfen. Es begegnet keinen rechtlichen Bedenken, dass die Beklagte hierzu auf bewährte Maßnahmen eines außer Kraft getretenen EBM zurückgegriffen hat, die nunmehr nicht als bundesrechtliche Norm, sondern als landesrechtliche Satzungsbestimmung die Honorarverteilung regelte. Denn der am 1. Juli 1997 in Kraft getretene EBM enthält weder ein ausdrückliches noch aus dem Regelungssystem der Budgetierungsmaßnahmen abzuleitendes Verbot an den Satzungsgeber, die außer Kraft getretenen (EBM-)Teilbudgets im Rahmen der Honorarverteilung als Honorarverteilungsmaßnahme fortgelten zu lassen, zumal an der Rechtmäßigkeit der Teilbudgets selbst im Hinblick auf den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit keine Bedenken bestehen (vgl. BSG Urteil vom 8. März 2000, Az.: [B 6 KA 16/99 R](#), veröffentlicht in Juris).

cc) Soweit die Klägerin in diesem Zusammenhang die Unwirksamkeit von § 10 C HVM insgesamt geltend macht, überzeugt dies schon deswegen nicht, weil wegen des gleichwohl nach § 9 Abs. 4 HVM (Leistungsbereich F 5.7) vorhandenen Honorartopfes die Alternative zu dieser Mengenbegrenzung nur in der Vergütung aller von der Fachgruppe der fachärztlichen Internisten angeforderten Leistungen bei floatendem Punktwert bestehen kann und diese Alternative keinerlei Gewähr einer insgesamt höheren Vergütung bietet.

dd) Die Beklagte war auch nicht gehalten, die nunmehr in § 10 C HVM geregelten Teilbudgetierungen im Einzelnen aufzuführen. Sie konnte vielmehr auf den EBM 1996 verweisen (vgl. BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004, Az.: [B 6 KA 44/03 R](#), veröffentlicht in Juris).

ee) Die o.g. Regelungen des HVM sind auch nicht deswegen rechtswidrig, weil die Klägerin ihren Angaben zufolge Leistungen nicht kostendeckend erbringen kann. Auf die Behauptung der nicht kostendeckenden Honorierung bestimmter Leistungen kann es schon deshalb nicht ankommen, weil die Kostendeckung von einer Vielzahl von Faktoren abhängt, von denen einige von den Vertragsärzten selbst zu beeinflussen sind (z.B. die Kostenstruktur und der Standort der Praxis, die Qualität des Dienstleistungsangebotes u.a.); daraus folgt, dass sich die Frage, ob für eine Leistung eine kostendeckende Vergütung zu erzielen ist, einer generellen Beantwortung entzieht, da es von individuell beeinflussbaren Faktoren abhängt, ob eine bestimmte Einzelleistung kostendeckend zu erbringen ist oder nicht. Dem Zuschnitt der vertragsärztlichen Vergütung liegt insgesamt eine "Mischkalkulation" zugrunde. 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, der in aller Regel dazu führt, dass das aus der vertragsärztlichen Tätigkeit erzielbare Einkommen Ärzten hinreichenden Anreiz bietet, an der vertragsärztlichen Versorgung mitzuwirken ([BSGE 88, 20](#); BSG SozR 5530 Allg. Nr. 1 (Bewertung von Strahlenbehandlung); [BSGE 75, 187](#) (Bewertung konventioneller Röntgendiagnostik); [SozR 3-2500 § 85 Nr. 30](#) S 228 (Punktwert bei radiologischen Leistungen)). Dieser Grundsatz stellt keine Eigentümlichkeit des Vertragsarztrechts dar, sondern gilt z.B. gleichermaßen im Bereich der stationären Versorgung; auch dort können die Krankenhäuser innerhalb der medizinischen Standardversorgung den Umfang ihrer (durch den Pflegesatz abgegoltenen) Leistungen nicht frei bestimmen, sondern müssen unabhängig davon, ob Leistungen im Einzelfall für sie finanziell lukrativ sind oder nicht, alle medizinisch notwendigen Leistungen entweder selbst für die Versorgung der Versicherten bereitstellen oder sich diese sonst auf ihre Kosten beschaffen ([BSGE 88, 20](#) m.w.N.).

Daher wäre es auch unerheblich, sollte die Klägerin das den fachärztlichen Internisten zur Verfügung stehende Leistungsspektrum wesentlich eingeschränkt haben und aus diesem Grund nicht kostendeckend arbeiten können. Denn spezialisiert sich ein Arzt innerhalb seines Gebietes oder Teilgebietes auf wenige ausgewählte Leistungen mit der Folge, dass ein wirtschaftlicher Ausgleich zwischen einer größeren Zahl von Leistungen nicht mehr möglich ist, so muss er das Risiko der mangelnden Rentabilität der von ihm betriebenen Spezialpraxis tragen (BSG SozR 3-5533 Nr. 763 Nr. 1).

ff) Bis zum Quartal II/1998 enthielten die Absätze 2 bis 6 des § 10 a HVM eine alle Vertragsärzte erfassende "Fallzahlabstaffelungsregelung" zur Begrenzung eines übermäßigen Fallzahlwachses mit Sonderregelungen für Anfängerpraxen (Abs. 4) und der Möglichkeit zu Einzelfallentscheidungen (Abs. 6). Mit der Abschaffung der Abstaffelungsregelungen zum Quartal III/1998 enthält der HVM ab diesem Zeitpunkt weder eine Sonderregelung für Anfängerpraxen noch eine allgemeine Härteklausele. Dies ist jedoch unschädlich, da die Beklagte zu Recht die Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) zur "Weiterentwicklung der Reform des EBM" vom 7. August 1996 (DÄ A-2815 f; im folgenden: Weiterentwicklungsvereinbarung) angewandt hat.

(1) Nach Nr. 4 dieser Vereinbarung sind die KVen berechtigt, aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden auf Antrag des Arztes im Einzelfall Ausnahmen von der Teilbudgetierung nach den folgenden Nummern des Punktes 5 der Allgemeinen Bestimmungen A I EBM-Ä - entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 13. Juni 1996 - zuzulassen, soweit der Arzt einen entsprechenden Versorgungsschwerpunkt für seine Praxis nachweist: - 5.6.1 (Gesprächsleistungen) - nur für die Leistung nach Nr. 851 EBM - 5.7.1 (Verbände, Injektionen, Punktionen, Anästhesien zur Schmerztherapie) - 5.7.4 (Kardiologie, Pneumologie, Röntgen-Diagnostik innerer Organe) und - 5.7.5 (HNO-Heilkunde, Phoniatrie, Pädaudiologie, Röntgen-Diagnostik Nasennebenhöhlen und Schädelteile)

In der Protokollnotiz zu dieser Regelung ist bestimmt: " ... das Einvernehmen zwischen der KV und den Verbänden der Krankenkassen ist auch dann hergestellt, wenn eine Übereinstimmung darüber erzielt wird, auf welche Sachverhalte sich eine Ausnahmeregelung beziehen soll. Dabei kann auch für andere als in Abschnitt 4 genannte Sachverhalte eine solche Ausnahmeregelung erfolgen" (DÄ 1996, A-2816).

Durch diese Vereinbarung der KBV mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen i.S. der [§ 72 Abs. 2](#), [§ 82 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) werden Regelungen zur Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung unter Berücksichtigung medizinischer Erkenntnisse als allgemeiner Inhalt der Gesamtverträge festgelegt. Es handelt sich somit um einen Vertrag mit normativer Wirkung, der auch am Vertragsschluss nicht beteiligte Dritte bindet (BSG, Urteil vom 6. September 2000, Az.: [B 6 KA 40/99 R](#), veröffentlicht in Juris, m.w.N.). (2) Nr. 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung beinhaltet im Verhältnis zu den Bestimmungen über die Teilbudgets eine Ausnahme- bzw. Härtefallregelung.

Die - bundesrechtlich nur für einen Übergangszeitraum vorgeschriebene - Einführung von Teilbudgets diene dem Ziel der

Mengenbegrenzung, sollte jedem Arzt in bestimmten Leistungsbereichen eine verlässliche Kalkulationsgrundlage geben und dazu beitragen, einzelne Arztgruppen bzw. auch eine große Zahl von Ärzten vor ernsthaften wirtschaftlichen Schwierigkeiten als Folge eines ungebremsten Punktwertverfalls zu bewahren (BSG, Urteil vom 8. März 2000, [a.a.O.](#)). Die unter großem Zeitdruck zustande gekommenen Vorschriften über die Teilbudgets beinhalteten aber ihrerseits auch zunächst nicht vollständig überschaubare Vergrößerungen und kalkulierten durchaus das Auftreten neuer Härten in einzelnen Fällen ein. Dem Ziel, gerade diese Wirkungen abzumildern, dient Nr. 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung. Sie ist demzufolge – wie jede Härtefallregelung – in Bezug auf die Grundrechte einzelner Ärzte (auch) Ausdruck des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit (BSG, Urteil vom 6. September 2000, [a.a.O.](#)).

(3) Ob der für das streitgegenständliche Quartal geltende HVM die Weiterentwicklungsvereinbarung in Bezug nahm, ist unerheblich, solange die Beklagte diese Regelungen als sie bindend zugunsten der Vertragsärzte anwendet. Eine Normierung konkreter Ausnahmeregelungen im HVM selbst hat das BSG in der Entscheidung vom 21. Oktober 1998 (Az.: [B 6 KA 71/97 R](#), veröffentlicht in Juris) nur für unterdurchschnittlich abrechnende Praxen, zu denen typischerweise Anfängerpraxen zählen, gefordert. Es hat jedoch zugleich hervorgehoben, dass angesichts der Vielfalt der im Rahmen der Festsetzung praxisindividueller Bemessungsgrenzen denkbaren Konstellationen auf eine mehr oder weniger allgemein gehaltenen General- bzw. Härtefallregelung nicht verzichtet werden könne, da es dem Satzungsgeber kraft Natur der Sache unmöglich ist, bei Erlass des HVM alle möglichen besonderen Situationen vorherzusehen und entsprechend zu normieren. Enthält ein HVM allerdings keine oder nur eine zu eng gefasste Härteklause, so ist aufgrund gesetzeskonformer Auslegung eine generelle Härteklause als stillschweigend im HVM vereinbart anzusehen (BSG, Urteil vom 28. Januar 2009, Az.: [B 6 KA 5/08 R](#), m.w.N.). Selbst das vollständige Fehlen einer ausdrücklichen Härtefallregelung wäre somit unschädlich.

(4) Die klägerische Praxis weist kein Leistungsspektrum auf, das einen Härtefall zu begründen vermag.

(a) Ob eine Praxis einen Versorgungsschwerpunkt i.S.v. Nr. 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung aufweist, muss sich im Verhältnis zur jeweiligen Fachgruppe ergeben; denn die einzelnen Arztgruppen weisen einen sehr unterschiedlichen Bedarf (auch) hinsichtlich der von den Teilbudgets erfassten Leistungen auf. Das lässt schon die nach Arztgruppen differenzierende Fallpunktzahl für die vom jeweiligen Teilbudget erfassten Leistungen erkennen. Dass diese z.B. für Gesprächsleistungen auf 220 Punkte (u.a. für Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und Hausärztliche Internisten), 60 Punkte (u.a. für Fachärztliche Internisten) bzw. 30 Punkte (für alle nicht benannten Arztgruppen) festgesetzt worden ist, verdeutlicht, dass typischerweise der Bedarf z.B. einer hausärztlichen Praxis an diesen budgetierten Leistungen fast viermal so hoch veranschlagt wird wie derjenige von fachärztlich-internistischen Praxen. Wenn danach die für die einzelne Arztgruppe festgesetzte Fallpunktzahl typischerweise den Bedarf von Ärzten dieser Gruppe an den für die im Teilbudget zusammengefassten Leistungen decken soll, besteht Anlass für Ausnahmen von der Budgetierung auf der Grundlage der Nr. 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung von vornherein nur, wenn sich eine einzelne Praxis hinsichtlich des von dem Teilbudget erfassten Leistungsbereichs deutlich von der Typik der Praxen ihrer Fachgruppe abhebt. Das kann in etwa der Fall sein, wenn in einer Praxis vermehrt bestimmte Leistungen erbracht und abgerechnet worden sind und dies den Schluss auf eine Schwerpunktsetzung bzw. Spezialisierung in diesem Leistungsbereich zulässt (BSG, Urteil vom 06. September 2000, a.a.O.).

(b) Allerdings kann nicht jede vom Durchschnitt der Arztgruppe abweichende Punktzahlanforderung in einem bestimmten Leistungsbereich einen "Versorgungsschwerpunkt" im Sinne der Nr. 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung begründen. Die Festsetzung der Teilbudgets erfolgte bewusst typisierend und generalisierend, und die damit verfolgten Regelungszwecke würden verfehlt, wenn jeder geringfügigen Abweichung des Abrechnungsverhaltens einer Arztpraxis von den rechnerischen Durchschnittswerten ihrer Arztgruppe durch Ausnahmeregelungen Rechnung getragen werden müsste. Grundsätzlich muss deshalb auf einen als Versorgungsschwerpunkt geltend gemachten Leistungsbereich ein Anteil von zumindest 20 % der von der Praxis insgesamt abgerechneten Gesamtpunktzahl entfallen. Anlass für die Freistellung von einem Teilbudget besteht weiterhin nur, wenn die für diesen Versorgungsschwerpunkt typischen Leistungen gerade von dem Teilbudget erfasst werden, von dem der betroffene Arzt eine - vollständige oder teilweise - Freistellung erreichen will (BSG, Urteil vom 06. September 2000, a.a.O.). Mit anderen Worten: Versorgungsschwerpunkt und Teilbudget müssen nicht deckungsgleich sein, aber über eine Schnittmenge verfügen, die zumindest die typischen Leistungen des Versorgungsschwerpunkts umfasst.

(c) Unter Berücksichtigung dieser Kriterien hat die Klägerin keinen Anspruch auf Freistellung vom Teilbudget "Gesprächsleistungen". Denn das Angebot von Beratungs- und Gesprächsleistungen beschreibt keinen Versorgungsschwerpunkt i.S. einer für eine Arztgruppe untypischen Praxisausrichtung oder Spezialisierung (BSG a.a.O.; Urteil vom 16. Mai 2001, Az.: [B 6 KA 69/00 R](#), veröffentlicht in Juris). Auch aus dem Umstand, dass 31,43% der Punktzahlanforderungen der Klägerin aus dem Leistungsbereich "Gastroenterologie" stammen, lässt sich kein Versorgungsschwerpunkt ableiten. Denn typisch gastroenterologische Leistungen, wie sie etwa im gleichnamigen Kapitel F Abschnitt VII des EBM in der im Quartal I/01 geltenden Fassung beschrieben werden, sind nicht Bestandteil des Teilbudgets "Gesprächsleistungen".

c) Der Klägerin steht auch nicht wegen des bei ihrer Fachgruppe zu verzeichnenden Punktwertrückgangs bzw. wegen der Punktwertdifferenz gegenüber anderen Leistungen ein Anspruch auf höheres Honorar zu und zwar weder unter dem Gesichtspunkt der Versorgungsgefährdung (hierzu unter aa) noch unter demjenigen eines gravierend dauerhaften Punktwertrückgangs (hierzu unter bb) noch unter dem Gesichtspunkt einer erheblichen Leistungsausweitung in Folge medizinisch-technischen Fortschritts bei einem Honorartopf, dem nur eine geringe Zahl von Leistungserbringern zugeordnet sind (hierzu unter cc).

Der Schutz des [Art. 12 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) umfasst grundsätzlich den Anspruch des Arztes auf Honorierung seiner vertragsärztlichen Tätigkeit ([BVerfGE 88, 145, 159; 101, 331, 346](#)). Dieser Schutz kann jedoch gemäß [Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG](#) auf gesetzlicher Grundlage eingeschränkt werden, wie das hier durch die Regelungen des [§ 72 Abs. 2](#) und des [§ 85 Abs. 3 SGB V](#) erfolgt ist. Diese ergeben 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 KVen und die Krankenkassenverbände zu beachten, wenn sie gemäß [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) ("im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses" bzw. früher: des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen) die weiteren Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung treffen. Dabei haben sie zwei Ziele zu realisieren: Sie müssen zum einen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleisten und zum anderen für eine angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen Sorge tragen. Die u.U. bestehenden Schwierigkeiten, im Rahmen des begrenzten Gesamtvergütungsvolumens diesen beiden Zielen zugleich in vollem 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. Die Festlegung der Angemessenheit einer Vergütung ist vorrangig den Kompetenzen von Bewertungsausschuss ([§ 87 SGB V](#) - Bestimmung von Inhalt und Punktzahlen der abrechenbaren Leistungen), Gesamtvertragsparteien ([§ 85 Abs. 3 SGB V](#) - Bemessung der Gesamtvergütungen) und KVen ([§ 85 Abs. 4 SGB V](#) - Verteilung der Gesamtvergütungen) überantwortet ([BSGE 93, 258](#)).

aa) Der danach erforderliche Ausgleich zwischen dem Ziel der Gewährung angemessener Vergütungen und dem besonders hochrangigen Ziel der Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Versorgung ist - erst - dann nicht mehr verhältnismäßig (mit der Folge eines Anspruchs der Ärzte auf höheres Honorar bzw. eine Honorarstützung aus 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., ständige Rechtsprechung).

Greifbare Anhaltspunkte dafür, dass die von der Klägerin angeführten Honorarrückgänge die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der gastrokopischen Leistungen gefährdet haben könnten, bestehen nicht. Weder hat sich feststellen lassen, dass eine ökonomisch geführte Praxis mit dem Schwerpunkt auf gastrokopischen Leistungen im Bereich der Beklagten insolvent geworden wäre, noch ergibt sich aus den von den Beteiligten in den Rechtsstreit eingeführten Daten, dass die Einnahme-/Ausgabesituation für fachärztliche Internisten problematisch geworden sein könnte.

Nach den von der Beklagten erstellten Statistiken, die in einen anderen Rechtsstreit eingeführt wurden und den hiesigen Prozessbevollmächtigten der Klägerin aus jenem Verfahren bekannt sind, ergaben sich folgende Honorargutschriften (in DM):

1998 1999 2000 2001 2002 Fachärztliche Internisten 561.924 537.912 541.577 556.706 500.941 Fachärzte insgesamt 266.485 261.804 258.682 269.028

Die durchschnittlichen Honorare der Fachgruppe der Klägerin überschreiten damit die durchschnittlichen Honorare aller Fachärzte deutlich. Dem lässt sich nicht entgegenhalten, den Honorargutschriften allein käme als "Bruttoeinnahmen" nur geringe Aussagekraft zu, solange nicht auch die Betriebskostensätze berücksichtigt würden. Denn diese sind bei der Fachgruppe der Internisten - für eine weitere Aufsplitterung nach bestimmten Schwerpunkten bzw. nach haus- oder fachärztlicher Tätigkeit existiert, soweit ersichtlich, kein Datenmaterial - geringer als im Durchschnitt aller Gebietsärzte, wie folgende Tabelle zeigt: (recherchiert am 10. November 2009 unter <http://daris.kbv.de/daris.asp>)

1998 ab 1999 Internisten 59,2- 59,5- Gebietsärzte insgesamt 60,7- 60,7- - gesamtes Bundesgebiet - "alten" Bundesländer einschließlich Berlin (Ost)

Dies führte z.B. für das Jahr 2001 zu einem durchschnittlichen Gewinn von 225.465,93 DM (115.248,89 EUR) in der Fachgruppe der Klägerin. Aber auch dann, wenn man zugunsten der Klägerin wegen des großen Anteils an Leistungen, die den Einsatz hochentwickelter technischer Geräte erfordern, einen Betriebskostenanteil von 75 % zu Grunde legte, überträfe der durchschnittliche Gewinn von 139.176,50 DM immer noch das im EBM vom 1. Juli 1997 kalkulierte Durchschnittseinkommen von 138.000,- DM je Arzt (vgl. BSG, Urteile vom 20. Oktober 2004, Az.: [B 6 KA 31/03 R](#), und vom 9. Dezember 2004, Az.: [B 6 KA 44/03 R](#), beide veröffentlicht in Juris).

bb) Ein Anspruch auf höheres Honorar ergibt sich auch nicht, weil möglicherweise die Unterschiede zu anderen Punktwerten zu groß geworden sind. Weder war der Fall eines dauerhaft gravierenden Punktabfalls im Sinne der Rechtsprechung des BSG gegeben noch bestand ein anderer rechtlich zwingender Anlass zu einer Punktwertkorrektur.

Nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 9. September 1998, Az.: [B 6 KA 55/97 R](#), veröffentlicht in Juris) besteht eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht derart, dass die KV zu regelmäßiger Überprüfung der Honorar- und Punktwertentwicklung verpflichtet ist und im Falle eines gravierenden Punktabfalls in bestimmten Bereichen u.U. stützend eingreifen muss. Voraussetzung ist, dass ein dauerhafter Punktabfall vorliegt und die Arztgruppe in einem vom Umsatz her wesentlichen Leistungsbereich betroffen ist, dass die zum Punktabfall führende Mengenausweitung nicht von der betroffenen Arztgruppe mit zu verantworten ist sowie dass der Honorarrückgang nicht durch Rationalisierungseffekte auf Grund von Mengensteigerungen und/oder beim Kostenfaktor kompensiert wird. Ein gravierender Punktabfall ist erst dann gegeben, wenn der Punktwert für die aus dem HonorarTOPf vergüteten Leistungen mindestens 15 % unter demjenigen für den größten Teil der sonstigen Leistungen liegt (BSG a.a.O.).

Die Anwendung dieser Grundsätze vermag für die Klägerin keinen Anspruch auf höheres Honorar zu begründen. Ein Absinken des Punktwertes auf 15 % unter denjenigen für den größten Teil der sonstigen Leistungen kann nicht festgestellt werden. Dieses in der Rechtsprechung des BSG zunächst herausgearbeitete Kriterium passt auf Honorarverteilungsregelungen der hier zu beurteilenden Art nicht. Sind wie im vorliegend maßgebenden HVM zahlreiche Honorarkontingente geschaffen worden, die alle Fachgruppen und alle Leistungen abdecken, so gibt es keinen "Restbereich sonstiger Leistungen" mehr, dessen Punktwert als Vergleichsbasis herangezogen werden könnte (BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004, Az.: [B 6 KA 30/03 R](#), veröffentlicht in Juris). Als ersatzweise heranzuziehende Vergleichsbasis eignet sich auch keiner der sonstigen im Rahmen der Honorarverteilung dieses Quartals angewandten Punktwerte. Darüber hinaus kann die Frage, ob aus dem Punktabfall in einem wesentlichen Leistungsbereich eine Verpflichtung der KV zur Korrektur der Honorarverteilung folgt, nur im Rahmen einer Gesamtbetrachtung, also unter Einbeziehung aller einer Arztgruppe zuzuordnenden Honorarkontingente bzw. der daraus resultierenden Punktwerte und Honorar beträge, beantwortet werden. Das beruht darauf, dass sich der Anspruch eines Vertragsarztes auf Honorarteilhabe aus [§ 72 Abs. 1 Satz 2 i.V.m. § 85 Abs. 4 Satz 1 bis 3 SGB V](#) unter der Geltung begrenzter Gesamtvergütungen erst durch sämtliche, einem bestimmten Leistungsbereich zuzuordnende Honorarkontingente und die für diese Honorarkontingente berechneten Verteilungspunktwerte zu einem der Höhe nach individualisierten Honoraranspruch konkretisiert. Die isolierte Betrachtung einzelner Honorarkontingente und der dafür auszahlenden Punktwerte hingegen kann die tatsächliche Höhe der Vergütung einer Arztgruppe für deren vertragsärztliche Leistungen regelmäßig nur unzureichend widerspiegeln. Demgemäß ist bei der Prüfung, ob eine Stützungspflicht der KV gegeben sein könnte, entscheidend auf die durchschnittlichen Gesamteinkünfte einer Arztgruppe in einem Bezugszeitraum abzustellen (BSG, Urteil vom 29. August 2007, Az.: [B 6 KA 43/06 R](#), veröffentlicht in Juris, m.w.N.) Unter Beachtung dieser Prämissen waren die Voraussetzungen für eine Reaktionspflicht der Beklagten in den streitbefangenen Quartalen nicht gegeben.

cc) Unter dem Gesichtspunkt der Honorarverteilungsgerechtigkeit aus [Art. 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) ist aber zu berücksichtigen, dass die KV bei einem Honorartopf, dem nur eine geringe Zahl von Leistungserbringern - aber mit einem relevanten Leistungsbereich - zugeordnet und der zudem in besonderem Maße von Leistungsausweitungen durch medizinisch-technischen Fortschritt betroffen ist, eine gesteigerte Beobachtungspflicht trifft. Zeigt sich hier eine dauerhafte Steigerung der Leistungsmenge und zugleich ein dauerhafter Punktwertabfall bis deutlich unter andere vergleichbare Durchschnittspunktwerte, ohne dass dies von den Betroffenen selbst zu verantworten ist, so ist darauf durch angemessene Erhöhung des Honorarkontingents zu reagieren (BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004, [a.a.O.](#)).

Der Fachgruppe der fachärztlichen Internisten gehörten im streitigen Quartal 242 Mitglieder an. Dies ist keine nur geringe Zahl.

3) Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a Abs. 1 Satz 1](#), 2. Hs. SGG i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) und 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreites.

Die Revision war nicht zuzulassen, weil Zulassungsgründe nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2010-09-14