# L 7 KA 84/06

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
7
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 79 KA 177/02
Datum
28.09.2005
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 84/06
Datum
20.01.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 28. September 2005 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe der vertragsärztlichen Vergütung in dem Quartal III/2000.

Der Kläger nimmt seit dem 1. Oktober 1991 als Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde in Berlin-Weißensee an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Nach einer Vorstandsentscheidung der Beklagten vom 10. September 1997 wird er der Fachgruppe der Pneumologen zugeordnet.

Für das Quartal III/2000 rechnete der Kläger insgesamt 926 Behandlungsfälle ab und forderte 1.408.515 Punkte an, die u.a. wie folgt begrenzt wurden:

Name des Budgets Budgetrelevante Fallzahl Fallpunkt-zahl Budget-grenze Angeforderte Punkte Überschreitung Über-schreitung in % Gesprächsleistungen 909 60 54.540 66.230 11.687 21,43

Es ergaben sich eine Honorargutschrift in Höhe von 66.808,74 DM. Der individuelle Mischpunktwert für alle Fachgruppenleistungen betrug bezogen auf die Primärkassen 4,214 Dpf. und bezogen auf die Ersatzkassen 5,653 Dpf.

Gegen den Honorarfestsetzungsbescheid für das Quartal III/2000 legte der Kläger am 14. März 2001 Widerspruch ein, mit dem er die angemessene Vergütung aller von ihm erbrachten Leistungen begehrte. Der Fallwert sei im Vergleich zu 1999, als er 98,12 DM betrug, um 27 % gesunken. Der Anstieg der Fallzahlen um 117 Fälle sei nicht durch die Fachgruppe initiiert, da der überwiegende Teil der Behandlungsfälle auf Überweisungen basiere.

Mit Bescheid vom 29. November 2001 erfolgte für das Quartal III/2000 eine Nachvergütung in Höhe von 6.346,40 DM.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 14. Januar 2002 als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus: Nach § 10 c Abs. 7 Nr. 1 des ab dem 1. Januar 2000 geltenden Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) würden die bis 30. Juni 1997 im EBM geltenden Teilbudgets über den 1. Juli 1997 weitergeführt. Die Auszahlungspunktwerte für die Fachgruppe der Pneumologen seien nach § 10 c Abs. 8 S. 2 HVM für jede Praxis gesondert zu berechnen. Dazu werde zunächst der rechnerische Punktwert ermittelt. Bis zu einer Punktzahlmenge in Höhe von 1.250 Punkten je Fall seien diese Punkte mit diesem Punktwert, der um 10 % erhöht werde, zu vergüten. Die restlichen Punkte würden mit dem Punktwert vergütet, der sich aus dem noch zur Verfügung stehenden Anteil der Verteilungsvergütung für die Lungenärzte und der restlichen noch zu vergütenden ergebe.

Diese Regelungen seien nicht zu beanstanden. Die Aufteilung der Gesamtvergütung in auf einzelne Fachgruppen entfallende Kontigente sei nach der Rechtsprechung zulässig, um das Risiko einer Leistungsmengenausweitung und damit Honorarminderung in der jeweiligen Fachgruppe zu belassen und daher die Abwälzung auf die Gesamtheit der Mitglieder der KV auszuschließen. Auch die Bildung von Teilbudgets mit unterschiedlich hoher Vergütung sei zulässig. Eine Reaktionspflicht wegen dauerhaften und erheblichen Punktwertverfalls, der deutlich stärker sei als bei dem größten Teil der sonstigen zu vergütenden Leistungen, bestehe nicht. Denn der Punktwert der aus dem Honorartopf vergüteten Leistungen sei nicht 15 % oder mehr niedriger als der Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen. Der

durchschnittliche Punktwert aller budgetierten Fachgruppen betrage nämlich im Quartal III/2000 bei den Ersatzkassen 5,441 Dpf. und bei den Primärkassen 4,557 Dpf. Dass der Auszahlungspunktwert der meisten anderen Fachgruppen höher als der der Pneumologen ist, sei darauf zurückzuführen, dass die zum 1. Juli 1997 eingeführten Praxisbudgets zu einer Punktwertstabilisierung geführt hätten, während er bei der Fachgruppe der Pneumologen, für die keine Praxisbudgets bestehen, floate. Es hätten darüber hinaus auch nicht andere als selbstverschuldete Leistungsausweitungen nachweisbar zu dem Punktwertverfall geführt. Soweit sich der Kläger darauf berufe, die Fallzahlen seien erheblich gestiegen, greife dies nicht durch. Unterschiede in der Fallzahlentwicklung seien nicht sofort zu berücksichtigen, da dies ansonsten Versuche begünstige, über die Beeinflussung des Patientenaufkommens auf die Verteilung der Gesamtvergütung einzuwirken, sondern nur dann, wenn es sich um wesentliche Veränderungen im Vergleich zum Ausgangsquartal oder um länger andauernde, mindestens über ein Jahr anhaltende Entwicklung handele. Wesentlich sei sie, wenn sich das Patientenaufkommen um mindestens 10 % im Vergleich zum Ausgangsquartal verändert habe und sich entsprechende Entwicklungen bei den übrigen Arztgruppen nicht ergeben hätten. Dabei dürften nur die objektiven Veränderungen der Zusammensetzung des Patientengutes berücksichtigt werden. Bei Vergleich der Entwicklungen der Fallzahlen in den unterschiedlichen Fachbereichen und der Anzahl der Mitglieder könne nicht davon ausgegangen werden, dass der Anstieg der abgerechneten Fälle bei der Fachgruppe der Pneumologen im wesentlichen nicht auf eine Verlagerung hausärztlicher Fälle in den fachärztlich-pneumologischen Bereich zurückzuführen ist. Zwar sei bei den Pneumologen die durchschnittliche Fallzahl im Vergleich der Jahre 1997 und 2000 um fast 26 % gestiegen. Jedoch seien die Fallzahlen auch bei anderen Fachgruppen gestiegen. Insgesamt sei die Zahl der abgerechneten Fälle um 5,81 % gestiegen. Der Anteil der Fachgruppe der Pneumologen an der Gesamtvergütung sei im Vergleich der Jahre 1997 und 2000 um 27,10 % gesteigert worden. Dagegen habe sich die Gesamtvergütung nur um 4,24 % erhöht. Damit sei die Beklagte ihrer Beobachtungs- und Reaktionspflicht nachgekommen. Das Absinken des Punktwertes und dadurch der Höhe der durchschnittlichen Honorargutschrift je Fall bei der Fachgruppe der Pneumologen um beinahe 20 v.H. habe – wie bei anderen Fachgruppen auch – seinen Grund in der Budgetierung der Gesamtvergütung, der Abwanderung der GKV-Mitglieder in die Private Krankenversicherung und der Abwanderung von Versicherten zu Kassen mit niedriger Kopfpauschale.

Das Sozialgericht hat die hiergegen gerichtete Klage mit Urteil vom 28. September 2005 abgewiesen und ist der Argumentation des Widerspruchsbescheides gefolgt.

Gegen das ihm am 22. März 2006 zugestellte Urteil hat der Kläger am 24. April 2006 Berufung eingelegt. Er rügt, das Urteil sei nicht binnen fünf Monaten nach Verkündung schriftlich niedergelegt und von der Richterin unterschrieben der Geschäftsstelle übergeben worden.

Zur Sache bringt er vor: Die Bildung von speziellen fachgruppenbezogenen Honorarkontingenten nach § 9 Abs. 4, § 10 C Abs. 4 HVM sei nicht zulässig. Es fehle an einer sachlichen Rechtfertigung hierfür. Das Absinken des Punktwertes beruhe nicht auf einer selbst verursachten Mengenausweitung der Pneumologen. Die Fallzahlen seien im Vergleich der Quartale III/99 und III/2000 in der Fachgruppe insgesamt um 9,26 % und pro Arzt um 15,20% auf Grund von Überweisungen erheblich gestiegen, da pneumologische Erkrankungen in der Bevölkerung überdurchschnittlich zugenommen hätten. Demgegenüber seien die Fallzahlen bezogen auf alle Fachgruppen lediglich um 2,64 % gestiegen und die Fallzahlen pro Arzt sogar um 1,18 % gesunken. Die Steigerungen seien bereits für sich genommen so hoch, dass es sich nicht um selbst verursachte Mengenausweitungen handeln könne. Die Regelung sei eine nicht verhältnismäßige Berufsausübungsregelung, da die Honorare nicht mehr kostendeckend seien. Die Honorare für Pneumologen seien im Vergleich zu denen anderer Fachgruppen stärker gesunken und zwar um 24,33 %; ihr Anteil an der Gesamtvergütung sei im Vergleich der Quartale III/99 und III/2000 um 13,39 % gesunken. Obwohl 5.000 Patienten mehr behandelt worden seien als im Vergleichsquartal, sei die Gesamtvergütung der Fachgruppe um 800.000,- DM gesunken. Auch die Fallwerte seien überdurchschnittlich, nämlich um 21,6 % gesunken, während bei den Fachgruppen insgesamt der Fallwert lediglich um 4,52 % gesunken sei. Darüber hinaus sei eine Korrektur erforderlich gewesen, weil der Punktwert um mehr als 15 % niedriger liege als der Durchschnittspunktwert aller Fachgruppen. Der durchschnittliche Punktwert der Fachärzte betrage 4,851 Dpf. (Primärkassen) und 6,549 Dpf. (Ersatzkassen), während die durchschnittlichen Punktwerte bei den Pneumologen 4,117 Dpf. (Primärkassen) und 5,279 Dpf. (Ersatzkassen) betrügen. Letztendlich komme es nicht auf einen Vergleich zwischen den Honoraren des Klägers und denen seiner Fachgruppe an, da es um die rechtswidrige Honorarverteilung für die gesamte Fachgruppe der Pneumologen gehen.

§ 10c Nr. 7 HVM sei unwirksam, weil die darin nach Auffassung des Bundessozialgerichts (BSG) vorgenommene "Definition und Bewertung ärztlicher Verrichtungen" dem EBM vorbehalten sei. § 10 a HVM stelle außerdem eine verfassungswidrige Berufsausübungsregelung dar: Diese Budgetierungsregelung sei unzumutbar, weil der Kläger über Jahre einer Kürzungsregelung unterworfen werde, die weder für seine Fachgruppe konzipiert noch auf Dauer angelegt gewesen sei. Sie sei auch unverhältnismäßig, weil die Abstaffelungsgrenze bei Praxisneugründungen zu niedrig angesetzt sei, keine ausreichenden Ausnahmeregelungen bzw. Härteklauseln vorgesehen seien und Praxisbesonderheiten nicht berücksichtigt werden dürften. Sachwidrig sei es, dass kein Bezug zu den Ausnahmen hergestellt werde, die zuvor ausdrücklich in der "Vereinbarung der Spitzenverbände und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Weiterentwicklung der Reform des EBM" vom 7. August 1996 (DÄBl. 1996, A-2818) vorgesehen waren. Im Übrigen seien auch die dort genannten Ausnahmen nicht ausreichend.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 28. September 2005 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Honorarbescheides für das Quartal III/00 in der Fassung des Nachvergütungsbescheides vom 29. November 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Januar 2002 zu verpflichten, ihn unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden,

hilfsweise,

die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie führt aus, es habe zwar gewisse Schwankungen bei den Honoraren der Pneumologen gegeben; diese seien aber u.a. Folge der gesetzlich vorgesehenen Trennung der Gesamtvergütung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Vergütungsanteil. Bei anderen Fachgruppen

sei zudem ein Absinken der Honorare dadurch kompensiert worden, dass die Krankenkasse zusätzlich zu dem budgetierten Teil der Gesamtvergütung bestimmte Leistungen, wie z.B. ambulante Operationen, zusätzlich vergütet hätten. Auch sei zu beachten, dass die Vergütungen auch Sachkosten enthielten. Eine Reaktionspflicht wegen Absinkens des Punktwertes habe nicht bestanden. Zum einen werden die Pneumologen nicht nur auf Anforderung bzw. Überweisung tätig, so dass eine selbst verursachte Mengenausweitung möglich sei. Zum anderen habe die Abweichung des Punktwertes für Pneumologen vom Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen nicht 15 % betragen. Der durchschnittliche Punktwert aller Fachgruppen in Höhe von sei nicht heranzuziehen, da dieser künstlich stabilisiert worden sei. Denn er beruhe auf der Budgetierung von Fachgruppen unter Inkaufnahme des Verzichts der Honorierung erbrachter Leistungen. Stelle man den Punktwerten der Pneumologen die fachärztlichen Mischpunktwerte vor Budgetierung gegenüber, so ergebe sich keine erhebliche Unterschreitung.

Sie verweist weiterhin auf folgenden Vergleich der Abrechnungsdaten des Klägers mit seiner Fachgruppe:

3/2000 Honorar Kläger Lungenärzte 66.808,74 EUR 95.368,00 EUR Fallwert Kläger Lungenärzte 68,17 EUR 92,46 EUR Fallzahlen Kläger Lungenärzte 980 1.031

Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes im Einzelnen sowie wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichts- sowie die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren.

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 Pneumologen betreffenden Honorarbegrenzungsregelungen der HVM des streitgegenständlichen Quartals sind an diesen gesetzlichen Vorgaben des § 85 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, der sich aus Art. 12 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz (GG) ergibt, zu messen. Ziel ist es, eine ordnungsgemäße &61485; d.h. ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche &61485; 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, Az.: 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 - aufgeteilt in Vorableistungen (V) sowie in einen hausärztlichen (H) und einen fachärztlichen (F) Vergütungsanteil. Letzterer wurde nach § 9 Abs. 4 HVM wiederum aufgeteilt, 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 bestimme Laborleistungen vergrößert oder vermindert werden (Abs. 5).

Für Lungenärzte (Leistungsbereich F 5.10) trafen § 10 C Abs. 7 und 8 HVM folgende Sonderregelungen:

(7) In den Leistungsbereichen F5.7 und F5.10 werden die in den Allgemeinen Bestimmungen AI.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.

(8) Bei der Vergütung der Leistungen des Bereiches F5.10 (Lungenärzte) tritt folgende Regelung in Kraft: Zunächst wird für die Fachgruppe der Lungenärzte der rechnerische Punktwert ermittelt. Bis zu einer Punktzahlmenge je Fall in Höhe von 1.250 Pkt. werden diese Punkte mit dem nach Satz 1 ermittelten rechnerischen Wert, der um 10 % erhöht wird, vergütet. Die restlichen Punkte werden mit dem Punktwert vergütet, der sich aus dem noch zur Verfügung stehenden Anteil der Verteilungsvergütung für die Lungenärzte und der restlichen noch zu vergütenden Punktmenge ergibt.

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-ambulanten 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.

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

Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, 15 Internisten 30 Kinderärzte 100

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, Az.: B 6 KA 25/03 R, SozR 4-2500 § 85 Nr. 7 m.w.N).

b) Diese Grundsätze hat die Beklagte in dem der Honorierung der streitigen Quartale zu Grunde zu legenden HVM beachtet. Entgegen dem Vorbringen der Klägerseite verstoßen § 10 C Abs. 7 und 8 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, Az.: 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 budgetierten 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 Klägerseite in diesem Zusammenhang die Unwirksamkeit von § 10 C HVM insgesamt wegen des unzulässigen Budgetierungseffekts geltend macht, überzeugt dies schon deswegen nicht, weil wegen des gleichwohl nach § 9 Abs. 4 HVM (Leistungsbereich F 5.10) vorhandenen Honorartopfes die Alternative zu dieser Mengenbegrenzung nur in der Vergütung aller von der Fachgruppe der Pneumologen 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).

c) Dem Kläger 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 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 Klägerseite angeführten Honorarrückgänge die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der Pneumologie gefährdet haben könnten, bestehen nicht. Weder hat sich feststellen lassen, dass eine ökonomisch geführte Praxis mit dem Schwerpunkt auf pneumologischen Leistungen im Bereich der Beklagten insolvent geworden wäre, noch ergibt sich aus den o.g. Einkommensstatistiken, dass die Einnahme-/ Ausgabesituation für Pneumologen problematisch geworden sein könnte.

Nach den von der Beklagten erstellten Statistiken ergaben sich folgende Honorargutschriften (in DM):

1998 1999 2000 2001 2002 Pneumologen 429.729 423.281 404.798 414.855 398.096 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 des Klägers bewegen sich damit zwar unterhalb der Honorare für die sonstigen fachärztlichen Internisten, überschreiten aber zugleich 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 168.016,27 DM (85.905,36 EUR) in der Fachgruppe des Klägers, sodass das im EBM vom 1. Juli 1997 kalkulierten 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) um ca. 22 % übertroffen wurde. Dass sich die Honorarsituation der Pneumologen im Vergleich zu allen Fachärzten für das Jahr 2002 gravierend verändert hat, ist nicht erkennbar, wäre aber auch unerheblich, da auch erhebliche Honorarminderungen für eine Dauer von einem Jahr (vier Quartale) noch nicht jeglichen finanziellen Anreiz für eine vertragsärztlich Tätigkeit entfallen lassen.

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 Punktwertabfalls 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 Punktwertabfalls in bestimmten Bereichen u.U. stützend eingreifen muss. Voraussetzung ist, dass ein dauerhafter Punktwertabfall vorliegt und die Arztgruppe in einem vom Umsatz her wesentlichen Leistungsbereich betroffen ist, dass die zum Punktwertverfall 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 Punktverfall 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 den Kläger 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. Die von der Klägerseite in diesem Zusammenhang erwähnten Punktwerte für die Fachgruppe der Pneumologen und die aller Fachärzte ohne Pneumologen sind im vorliegenden Rechtsstreit schon deshalb unverwertbar, weil sie sich nur auf ein einzelnes Quartal III/00 beziehen und daher den vom BSG geforderten "dauerhaften" Punktwertverfall nicht belegen können.

Darüber hinaus kann die Frage, ob aus dem Punktwertverfall 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 Honorarbeträge, ermittelt 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 auszuzahlenden Punktwerte hingegen kann die tatsächliche Höhe der Vergütung einer Arztgruppe für deren vertragsärztliche Leistungen regelmäßig nur unzureichend widerspiegeln. Dem gemäß ist bei der Prüfung, ob eine Stützungs¬pflicht 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.).

Diese Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall bereits deswegen nicht erfüllt, weil im streitgegenständlichen Jahr 2002 nach den von der Beklagten geführten Daten ungefähr 56 Vertragsärzte der Fachgruppe der Pneumologen angehörten, von einer nur geringen Zahl aus diesem Honorarfonds vergüteter Leistungserbringer somit nicht die Rede sein kann.

3) Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 a Abs. 1 Satz 1, 2. Hs. SGG i.V.m. § 154 Abs. 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
2010-05-27