

L 7 KA 3/07

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

7

1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 71 KA 26/04

Datum
04.12.2006

2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 3/07

Datum
20.01.2010

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Kläger gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 04. Dezember 2006 wird zurückgewiesen. Die Kläger tragen auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe der vertragsärztlichen Vergütung im Quartal III/2002.

Die Kläger zu 1. bis 3. nehmen als Ärzte für Lungen- und Bronchialheilkunde sowie der Kläger zu 4. als Arzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Pneumologie seit dem 1. Januar 1997 im Rahmen einer Gemeinschaftspraxis für Pneumologie und Allergologie in Berlin-Reinickendorf an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Sie sind nach einer Vorstandsentscheidung des Vorstandes der Beklagten vom 10. September 1997 der Fachgruppe der Pneumologen zugeordnet.

Für das Quartal III/2002 rechneten die Kläger insgesamt 3.905 Behandlungsfälle ab und forderten 5.660.543,3 Punkte an, die u.a. wie folgt begrenzt wurden:

Name des Budgets	Budgetrelevante Fallzahl	Fallpunkt-zahl	Budget-grenze	Angeforderte Punkte	Überschreitung	Überschreitung in %
Ganzkörperstatus	3.788	30	113.640	185.600	71.960	63,0

Es ergaben sich eine Honorargutschrift in Höhe von 173.537,16 EUR und ein Fallwert 47,50 EUR.

Den gegen den Honorarbescheid gerichteten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 3. November 2003 als unbegründet zurück und führte zur Begründung aus: Die Teilbudgets für Gesprächsleistungen und Ganzkörperstatus ergäben sich aus § 10 C Abs. 7 des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) in der ab dem 1. Juli 2002 geltenden Fassung. Durch den seit dem 1. Januar 1996 geltenden Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) sei der Leistungsbedarf in Punktzahlen wegen Mengenausweitungen in den nunmehr budgetierten Leistungen zum Teil um über 30 % gestiegen. Daher seien durch den EBM Teilbudgets zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung und zur Verhinderung weiteren Punktwertverfalls eingeführt worden. Diese seien zum 1. Juli 1997 durch Praxisbudgets ersetzt worden. Jedoch hätten für Pneumologen keine ausreichenden Kostenerhebungen für die Einführung von Praxisbudgets vorgelegen. Um der weiterhin bestehenden Gefahr der unkontrollierten Mengenausweitung entgegenzutreten, seien die Teilbudgets für die Pneumologen weiter gerechtfertigt. Bei den streitbefangenen Teilbudgets "Gesprächsleistungen" und "Ganzkörperstatus" handele es sich um Bereiche, die der unkontrollierten Ausweitung besonders zugänglich seien. Die Teilbudgets seien auch verhältnismäßig, da es Befreiungsmöglichkeiten gebe.

Auch die Bildung von Honorartöpfen sei grundsätzlich zulässig; die Auszahlungspunktwerte seien nicht zu beanstanden. Eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht bestehe nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 9. September 1998, [B 6 KA 55/97 R](#)) nicht, da diese voraussetzte, dass ein dauerhafter erheblicher Punktwertverfall vorliege und keine Mitverantwortung der betroffenen Arztgruppe für die Mengenausweitung und damit den Punktwertverfall gegeben sei. Es sei fraglich, ob die Rechtsprechung des BSG, die zu der Arztgruppe der Radiologen ergangen sei, überhaupt auf die Pneumologen Anwendung finde, da diese – anders als die Radiologen – nicht nur auf Grund von Überweisungen tätig würden. Jedenfalls läge keine Differenz von mindestens 15 % zwischen dem für einen bestimmten Honorartopf geltenden Punktwert und dem Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen vor. Die Punktwerte aller budgetierten Fachgruppen lägen im Quartal III/2000 im Bereich der Primärkassen bei 2,19830 Cent und im Bereich der Ersatzkassen bei 2,79240 Cent. Die Mischpunktwerte der Kläger wären höher. Dass der Auszahlungspunktwert der meisten anderen Fachgruppen höher als der der Pneumologen sei, 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 bestünden, floatete. Auch könne nicht festgestellt werden, dass nicht selbstverschuldete Mengenausweitungen, sondern andere Umstände zur Minderung geführt hätten. Unterschiede in der Fallzahlentwicklung seien auch nicht sofort zu berücksichtigen, da dies ansonsten Versuche begünstige, über die Beeinflussung des Patientenaufkommens auf die Verteilung der Gesamtvergütung einzuwirken. Sie seien nur dann zu berücksichtigen, wenn es sich um wesentliche Veränderungen im Vergleich zum Ausgangsquartal oder um länger andauernde, damit mindestens über ein Jahr anhaltende Entwicklung handle. 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. Die Fallzahlen seien zwar von 3.452 im Jahre 1997 auf 4.666 im Jahr 2002 gestiegen; dies sei eine Steigerung um 35,17 %. Jedoch seien die Fallzahlen auch bei den Orthopäden, den fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen, den praktischen Ärzten/Allgemeinmedizinern sowie den fachärztlichen Internisten gestiegen. Bis auf die fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen und die fachärztlichen Internisten hätten auch die anderen Fachgruppen Minderungen der Anteile aus der Gesamtvergütung hinnehmen müssen. Der Honorartopf für die Pneumologen sei darüber hinaus auch vergrößert worden. So sei der Anteil vom Quartal III/97 zum Quartal III/2002 um 37,96 % gestiegen. Das Absinken des Punktwertes und dadurch der Höhe der durchschnittlichen Honorargutschrift je Fall bei der Fachgruppe der Pneumologen 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.

Soweit der Widerspruch auch wegen Absetzung der EBM-Ziffern 5, 17, 19 und der Pseudoziffer 8900 eingelegt worden sei, werde hierüber gesondert entschieden.

Die Klage hat das Sozialgericht Berlin mit Gerichtsbescheid vom 4. Dezember 2006 abgewiesen und ist im Wesentlichen der Argumentation der Beklagten gefolgt.

Gegen den ihnen am 14. Dezember 2006 zugestellten Gerichtsbescheid haben die Kläger am 9. Januar 2007 Berufung eingelegt. Sie bringen vor: Für die Regelung über die fachgruppenbezogenen Teilbudgets im HVM der Beklagten fehle eine Ermächtigungsgrundlage. Nach der Rechtsprechung des BSG hätten die Teilbudgets wegen eines starken Punktwertrückganges verändert oder weiterentwickelt werden müssen. So seien bei den Pneumologen im Vergleich der Quartale III/99 auf III/00 die Fallzahl um 9,26 % und die Fallzahl je Arzt um 15,2 % gestiegen, während sie bezogen auf alle Fachgruppen lediglich um 2,64 % gestiegen bzw. sogar um 1,18 % (Fallzahl je Arzt) gesunken seien. Im Vergleich der Quartale II/01 auf II/02 seien die Fallzahlen der Pneumologen um 7,52 % und Fallzahl je Arzt um 3,7 % gestiegen, während im gleichen Zeitraum bezogen auf alle Fachgruppen die Fallzahlen lediglich um 2,1 % gestiegen bzw. die Fallzahlen pro Arzt sogar um 0,13 % gesunken seien. Eine selbst verursachte Mengenausweitung als alleinige Erklärung für den Fallzahlanstieg der Berliner Pneumologen sei auszuschließen. Vielmehr sei allgemein bekannt, dass in Deutschland eine weit überdurchschnittliche Zunahme pneumologischer Erkrankungen festzustellen sei, die sich u.a. aus der Zusammenfassung des Gutachtens "Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit" des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001) sowie dem Kommentar zur Berufskrankheiten-Verordnung von Mehrtens/Perlebach entnehmen lasse. Die die Teilbudgets betreffende Regelung in § 9 i.V.m. § 10 C Abs. 4 HVM genüge auch nicht verfassungsrechtlichen Anforderungen. Sie sei für die Pneumologen jedenfalls bei der im HVM geregelten Topfgröße unzumutbar, weil eine Kostendeckung, für die es eines Mindestpunktwertes von 8,0 DPf bedürfe, nicht erreicht werde. Die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) zur Kostendeckung von Notargebühren sei entsprechend anzuwenden. Verantwortlich für die schlechte Vergütung der Pneumologen sei ausschließlich die Honorarverteilung der Beklagten. Ein Vergleich der Quartale III/99 und III/00 (sowie entsprechend der Quartale II/01 und II/02) ergebe, dass das vertragsärztliche Honorar für alle Fachgruppen lediglich um 1,97 % (0,45 %), bei den Pneumologen demgegenüber um 24,33 % (2,69 %) gesunken sei. Der Anteil der Pneumologen an der Gesamtvergütung sei im Vergleichszeitraum um 13,39 % (8,33 %) gesunken. Zugleich sei der Fallwert bei den Pneumologen um 21,6 % (9,49 %), bei den Fachgruppen insgesamt jedoch nur um 4,52 % (2,52 %) gesunken. Hierfür seien keine Gemeinwohlgründe ersichtlich. Unzumutbar sei auch, dass die Gesamtvergütung für pneumologische Leistungen vom Quartal III/99 auf III/00 (entsprechendes gelte für den Vergleich von II/01 auf II/02) um ca. 800.000,00 DM (ca. 80.000,00 EUR), d.h. 7,9 % (2,69 %), reduziert worden sei, obwohl in den jeweils späteren Vergleichsquartalen überweisungsabhängig jeweils fast 5.000 Patienten mehr als im Vorquartal hätten behandelt werden müssen. 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 Berliner Pneumologen zu. 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 betrügen.

§ 10c Nr. 7 HVM sei unwirksam, weil die darin nach Auffassung des 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 die 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. Härteklausein 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.

Die Kläger beantragen,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 04. Dezember 2006 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Honorarbescheides für das Quartal III/02 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03. November 2003 zu verpflichten, sie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden,

hilfsweise,

die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend und bezieht sich auf ihren erstinstanzlichen Vortrag: 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 selbstverursachte 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 sei bei dem Vergleich 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. Im Übrigen könne aus einem geringeren Anteil eines Fachgruppentopfes an der Gesamtvergütung nicht der Schluss gezogen werden, dass dieser Fachgruppe willkürlich Vergütungsanteile weggenommen worden seien, von denen andere Fachgruppen profitiert hätten. Denn die Anteile der einzelnen Fachgruppen an der Gesamtvergütung seien trotz der Fachgruppentöpfe nicht statisch, sondern hingen von mehreren Faktoren ab, etwa der Vergütung bestimmter Leistungen außerhalb des budgetierten Teils der Gesamtvergütung oder der Trennung der Gesamtvergütung für die Bereiche der hausärztlichen oder der fachärztlichen Verordnung.

Sie verweist auf die Honorarentwicklungen bei den Klägern:

Honorare 1999 2000 2001 2002 2003 Lungenärzte 423.281 DM 404.798 DM 414.584 DM 205.273 EUR 213.699,- EUR Kläger pro Arzt 406.397 DM 365.334 DM 388.913 DM 186.360 EUR 200.386 EUR

Wegen des Sach- und Streitstandes im Einzelnen sowie wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten sowie die beigezogenen Verwaltungsakten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren, 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 Pneumologen betreffenden Honorarbegrenzungsregelungen des 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 Vorleistungen (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 Q1.4 (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 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 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.

(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 Punktzahl 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-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.

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) Den Klägern 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):

Jahr	1998	1999	2000	2001	2002	Pneumologen	429.729	423.281	404.798	414.855	398.096	Fachärztliche Internisten	561.924	537.912	541.577
Fachärzte insgesamt	556.706	500.941	266.485	261.804	258.682	269.028									

Die durchschnittlichen Honorare der Fachgruppe der Kläger bewegen sich damit zwar unterhalb der Honorare für die sonstigen fachärztlichen Internisten, überschreiten aber zugleich die durchschnittlichen Honorare aller Fachärzte jedenfalls in den Jahren 1998 - 2001 deutlich. Eine erhebliche Veränderung der durchschnittlichen Honorare aller Fachärzte im Jahr 2002 ist weder erkennbar noch vorgetragen. 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>)

Jahr	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 der Kläger, 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 vertragsärztliche 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 die 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/02 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 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.](#)).

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