

## L 7 KA 42/04

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

7

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 71 KA 186/02

Datum

18.08.2004

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 7 KA 42/04

Datum

20.01.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 18. August 2004 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 III/00.

Die Klägerin nimmt seit dem 1. August 1994 als Ärztin für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Pneumologie in B an der vertragsärztlichen Versorgung im fachärztlichen Bereich teil.

Im streitigen Quartal begrenzte die Beklagte im Hinblick auf die Teilbudgets nach Kapitel I A Nr. 5 EBM in der seit dem 1. Juli 1996 geltenden Fassung die Leistungsanforderungen der Klägerin nicht. Die Honorarabrechnung der Klägerin und der Honorarbescheid der Beklagten vom 27. Februar 2001 stellten sich im streitgegenständlichen Quartal wie folgt dar:

Quartal Fallzahl Anerk. Punkte Honorargutschrift Fallwert III/2000 1072 1.996.949,5 86.993,15 DM 81,45 DM

Den gegen den Honorarbescheid gerichteten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 14. Januar 2002 zurück und führte zu dessen Begründung u.a. aus: Der im Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 9. September 1998 (Az.: [B 6 KA 55/97 R](#)) genannte Anlass zur Korrektur der Honorarverteilung – eine Differenz von mindestens 15 % zwischen dem für einen bestimmten Honorartopf geltenden Punktwert und dem Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen – liege im Falle der Klägerin eindeutig nicht vor. Die individuellen Mischpunktwerte der Klägerin i.H.v. 4,051 DPF im Primärkassenbereich bzw. 5,281 DPF im Ersatzkassenbereich unterschritten im streitigen Quartal den durchschnittlichen Punktwert aller budgetierten Fachgruppen (4,557 DPF im Primärkassenbereich bzw. 5,441 DPF im Ersatzkassenbereich) nicht um mindestens 15 %. Sie – die Beklagte – dürfe Unterschiede in den Fallzahlentwicklungen bei einer nach Honorartöpfen gegliederten Verteilung der Gesamtvergütung nicht immer sofort berücksichtigen, weil dies Versuche begünstige, über die Beeinflussung des Patientenaufkommens auf die Verteilung der Gesamtvergütung einzuwirken. Nur wesentlichen (+/- 10% im Vergleich zum Ausgangsquartal) objektiven Veränderungen in der Zusammensetzung des Patientenguts sei Rechnung zu tragen. Das Absinken von Punkt- und Fallwert (letzterer um beinahe 20 % seit dem Quartal III/97) sei für alle Vertragsärzte gleichermaßen nicht zu vermeiden gewesen. Ursachen seien die gesetzlich vorgeschriebene Budgetierung der Gesamtvergütung, die Abwanderung von GKV-Mitgliedern zur privaten Krankenversicherung und die Abwanderung von Mitgliedern zu Kassen mit niedrigen Kopfpauschalen. Das Sozialgericht hat die von der Klägerin nicht begründete Klage mit Urteil vom 18. August 2004 abgewiesen und hierbei ähnliche Erwägungen wie die Beklagte in den angegriffenen Widerspruchsbescheiden angestellt.

Gegen dieses ihr am 1. Oktober 2004 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung der Klägerin vom 15. Oktober 2004, zu deren Begründung sie vorträgt: Das Sozialgericht habe ihr Vorbringen im Widerspruchsverfahren und aus der mündlichen Verhandlung nicht berücksichtigt. Die "Beklagtenakte" sei entgegen der Darstellung des Sozialgerichts nicht zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht worden. Von einem fairen Verfahren der ersten Instanz könne keine Rede sein. Das Urteil des Sozialgerichts beruhe auf falschen Annahmen. Insbesondere sei die Bedeutung der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung und deren mutwillige Gefährdung durch die Beklagten in den sozial schwächsten Berlin Bezirken Neukölln und Mitte verkannt worden. Weil die Beklagte, um die Fachgruppe der Lungenärzte zu treffen, deren vertragsärztliche Vergütung seit 1998 derart abgesenkt habe, dass die Ärzte auf Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit angewiesen seien, hätten in den sozial schwächsten Bezirken Neukölln und Mitte (Wedding) die Mehrzahl der Lungenpraxen schließen müssen, wodurch die pneumologische Versorgung in diesen Stadtteilen nicht mehr gesichert sei. Die Beklagte

verkenne offenbar die wachsende Bedeutung der Lungen- und Bronchialheilkunde. Obwohl an den Volkskrankheiten chronisch-obstruktive Bronchitis (COPD), Asthma und Schlafapnoe-Syndrom mittlerweile über 30 % der Deutschen litten, gebe die Beklagte zu deren Diagnostik und Therapie weniger als 2 % des zur Verfügung stehenden Honorars aus. Hinzu kämen Karzinome, neue Krankheitsbilder aufgrund des HIV-Virus, durch Umweltverschmutzung und Klimaveränderung. Im streitigen Quartal III/2000 habe sie &61485; die Klägerin &61485; die ersten massiven Honorarkürzungen hinnehmen müssen, weil die Beklagte im Vergleich zum Quartal III/1999 die Honorierung pro Behandlungsfall um 27 % gesenkt habe. Insgesamt sei die Honorierung ihrer vertragsärztlich erbrachten Leistungen von 249.796,38 EUR im Jahre 1998 auf 177.251,72 EUR im Jahre 2005, d.h. um 29 % bzw. im Mittel um 4,1 % jährlich, zurückgegangen, wie den vom Finanzamt bestätigten Gewinnermittlungen ihres Steuerbüros entnommen werden könne. Dem stünden für das Jahr 2005 Praxiskosten i.H.v. 181.676,94 EUR gegenüber. Einsparungsmöglichkeiten bestünden praktisch nicht mehr, nachdem Neu- und Erstbeschaffungen der technischen Geräte seit 2000 soweit wie möglich herausgezögert worden seien. Der Gewinn aus ärztlicher Tätigkeit sei von 77.548,22 EUR im Jahre 1999 auf 35.163,63 EUR im Jahre 2005 zurückgegangen. Das seit 2001 erwirtschaftete durchschnittliche Jahreseinkommen von 37.000.- EUR stamme fast ausschließlich aus der Honorierung für privatärztliche Leistungen. Für den Lebensunterhalt verblieben monatlich nur 1.300.- EUR bis 1.500.- EUR. Im gleichen Zeitraum (1998 bis 2005) habe sie &61485; die Klägerin &61485; nur 12,9 % weniger Patienten behandelt, sei zugleich aber von der Schließung pneumologischer Praxen im Wedding bzw. der weniger als einen Kilometer entfernten Praxis von Frau Dr. S &61485; der größten Praxis im Bezirk mit 1.700 Patienten &61485; ab dem Quartal I/2007 in besonderer Weise betroffen. Einen diesbezüglichen Antrag auf Neufestsetzung des Individualbudgets habe die Beklagte abgelehnt und über den hiergegen gerichteten Widerspruch trotz Kenntnis der Eilbedürftigkeit noch nicht entschieden. Die Betriebskosten einer Lungepraxis lägen jährlich um rund 35.000 EUR (18.000.- EUR Gerätekosten, 6.200.- EUR Raumkosten, 7.200.- EUR Personalkosten und 3.600.- EUR sonstige Kosten wie EDV, Strom) höher als bei fachinternistischen Praxen ohne vergleichbaren apparativen Aufwand. Soweit die Beklagte die von ihr zu vertretenden Honorarungerechtigkeiten mit dem Argument rechtfertige, die zusätzlichen Honorare für die Lungenärzte müssten einer anderen Fachgruppe weggenommen werden, übersehe sie, dass ihr Vorstand bis heute nichts unternommen habe, um die notwendigen Mittel bei den jährlichen Verhandlungen mit den Krankenkassen anzumelden. Rechtlich ergebe sich hieraus zweierlei: Zum einen hätten die Honorarungerechtigkeiten in Teilbereichen zu einer Gefährdung der vertragsärztlichen Versorgung geführt, weil keine ausreichenden finanziellen Anreize für vertragsärztliche Tätigkeiten mehr bestünden. Mittlerweile hätten sogar die Bezirksversammlungen von Berlin-Neukölln und Berlin-Mitte auf den Zusammenbruch der pneumologischen Versorgung in ihren Bezirken hingewiesen und die Beklagte dringend, aber erfolglos um Abhilfe gebeten. Zum anderen habe die Beklagte gegenüber einer sehr kleinen ärztlichen Fachgruppe ihre Beobachtungs- und Reaktionspflichten verletzt. Auf die kleine Fachgruppe der Lungenärzte mit ihren rund 30 bzw. 50 ambulanten Leistungserbringern könne in Berlin nicht verzichtet werden. Durch die unzureichende Diagnostik und Therapie allein des Asthmas, der COPD und der Schlafapnoe komme es zu deutlich erhöhten Krankenständen, vermehrten Krankenhauseinweisungen und schließlich auch Todesfällen. Der Redakteur des "KV-Blattes" R S habe in der Oktober-Ausgabe offen eingeräumt, dass es insbesondere beiden Pneumologen "bislang eine eklatante Unterbewertung der Leistungen" gegeben habe. Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 18. August 2004 und den Honorarbescheid der Beklagten für das Quartal III/2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Januar 2002 zu ändern und die Beklagte zu verpflichten, sie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu bescheiden. Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Auf Anforderung des früheren Berichterstatters für die Quartale I/2000 bis IV/2001 hat sie die Punktwerte, Fallzahlen, Fallwerte und Quartalshonorare der Klägerin, ihrer Fachgruppe sowie der Arztgruppe der fachärztlichen Internisten gegenübergestellt und in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass sie zur Frage nach einem unterschiedlichen Betriebskostenanteil bei den Lungenärzten einerseits und den übrigen fachärztlichen Internisten andererseits keine Angaben machen könne. Die durchschnittlichen Fallwerte der fachärztliche Internisten seien für die Frage der Honorarverteilungsgerechtigkeit wenig aussagekräftig, da in diesen unbereinigten Fallwerten auch die reinen Sachkosten, insbesondere die Dialyseleistungen und Herzkatheteruntersuchungen, enthalten seien. Die um diese Sachkostenpauschalen bereinigten Fallwerte betrügen in etwa nur die Hälfte der unbereinigten Fallwerte der fachärztlichen Internisten. Die unterschiedlichen Betriebskosten der einzelnen Fachgruppen spielten bei der Bewertung der Leistungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) eine Rolle. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) seien aber weder berechtigt, noch verpflichtet, über die Honorarverteilung "nachzujustieren".

Wegen des Sach- und Streitstandes im Einzelnen sowie wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten 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 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 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-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. Ob § 10 C Abs. 7 und 8 HVM in der für das Streitgegenständliche Quartal geltenden Fassung gegen höherrangiges Recht verstoßen, ist schon deshalb unbeachtlich, weil das Honorar der Klägerin im betroffenen Quartal nicht durch ein Teilbudget beschränkt wurde.

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).

c) Der Klägerin steht auch nicht wegen des bei ihrer Fachgruppe zu verzeichnenden Punktwerrückgangs 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 Punktwerrückgangs (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. Zum einen hat sich nicht feststellen lassen, dass eine ökonomisch geführte Praxis mit dem Schwerpunkt auf pneumologischen Leistungen im Bereich der Beklagten insolvent geworden wäre. Ob einzelne oder mehrere Pneumologen in bestimmten Berliner Bezirken ihre Praxen geschlossen haben und aus welchen Gründen sie dies taten, ist daher ohne Bedeutung. Die Auffassung der Klägerin, es bestehe kein finanzieller Anreiz zur Führung einer lungenärztlichen Praxis mehr, wird schon durch die Anzahl der im Jahre 2000 in Berlin tätigen Pneumologen →61485; nach den von der Beklagten geführten Daten 55 bzw. 56 &61485; widerlegt. Zum anderen ergibt sich aus den o.g. Einkommensstatistiken nicht, 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 der Klägerin 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 2000 zu einem durchschnittlichen Gewinn von 163.943,19 DM (83.822,82 EUR) in der Fachgruppe der Klägerin, 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. 20 % übertroffen wurde.

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 Honoraropf 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. 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 auszahlenden 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 Honoraropf, 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 2000 55 bzw. 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