

L 7 KA 136/06

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

1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 83 KA 343/03
Datum

18.10.2006
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 136/06
Datum

05.05.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 18. Oktober 2006 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 den Quartalen I/01 und II/01.

Der Kläger nahm vom 01. Januar 1991 bis zum 31. Dezember 2001 als Arzt für Innere Medizin in B an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Zum 01. Januar 2001 wechselte er von der hausärztlichen zur fachärztlichen Versorgung.

In den streitigen Quartalen begrenzte die Beklagte im Hinblick auf Teilbudgets nach Kapitel I A Nr. 5 EBM in der seit dem 1. Juli 1996 geltenden Fassung die Leistungsanforderungen des Klägers für sonographische Leistungen in folgendem Umfang:

Quartal Budgetrelevante Fallzahl Fallpunkt-zahl Budget-grenze Angford. Punkte Überschreitung Übersch. in % I / 01 1.995 130 259.350 392.330 132.949 51,26 % II / 01 1.953 130 253.890 347.940 94.034 37,03 %

Die Honorarabrechnung des Klägers und der Honorarbescheid der Beklagten stellten sich wie folgt dar:

Quartal Fallzahl Angef. Punkte Honorargutschrift Fallwert I/2001 2.062 3.205.895,0 144.054,01 DM 69,86 DM II/2001 1.990 3.215.882,0 148.947,84 DM 74,85 DM III/2001 1.803 2.701.354,3 141.862,26 DM 78,68 DM IV/2001 1.957 3.100.449,2 167.358,77 DM 85,52 DM

Dem lagen nach den Angaben der Beklagten folgende Punktwerte zugrunde:

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

Der Anteil der Punktzahlanforderungen für Leistungen nach dem Nrn. 376, 378, 381, 384 und 388 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) an der geltend gemachten Gesamtpunktzahl betrug:

Quartal Kläger Fachgruppe der fachärztlichen Internisten I / 01 12,8 2,6 II / 01 11,1 2,5 III / 01 10,5 2,4 IV / 01 13,8 2,4

Die Beklagte bewilligte dem Kläger folgende Nachvergütungen: Quartal Bescheid vom Höhe Grund I / 01 29.11.01 7.211,46 DM Fremdkassenausgleich 05.12.02 966,01 DM (brutto) Schiedsamentsentscheidung bzgl. BKK VBU 13.01.03 38,61 DM (brutto) zusätzliche Vergütung AOK Berlin für Hausbesuche II / 01 26.03.02 6.- DM (brutto) zusätzliche Vergütung Ersatzkassen für Hausbesuche 05.12.02 1.289,66 DM (brutto) Schiedsamentsentscheidung bzgl. BKK VBU 13.01.03 30,34 DM (brutto) zusätzliche Vergütung AOK Berlin für Hausbesuche

Die gegen die Honorarbescheide gerichteten Widersprüche wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 18. August 2003 zurück und führte zu dessen Begründung u.a. aus: Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) vermittele § 72 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) keinen Anspruch auf die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in einer bestimmte Höhe. Als fachärztlicher Internist unterliege der Kläger nicht den zum 01. Juli 1997 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) eingeführten Praxis- und

Zusatzbudgets, sondern den Teilbudgets nach § 10 C Abs. 7 des im streitigen Quartal geltenden HVM. Ein Versorgungsschwerpunkt der klägerischen Praxis auf dem Gebiet der sonographischen Leistungen liege schon deshalb nicht vor, weil dieser Bereich nicht - wie vom BSG gefordert - einen Anteil von mindestens 20 % der insgesamt abgerechneten Leistungen betrage. Da ferner im Quartal I/01 vermutlich auf Grund des so genannten KO-Katalogs 36 Internisten in die fachärztliche Versorgung wechselten, habe - obwohl die jeweils erzielten Honoraranteile der trennungsrelevanten Gesamtvergütung des Vorjahres in den neuen Versorgungsbereich eingestellt worden seien - ein Absinken des Punktwertes im Bereich der fachärztlich tätigen Internisten nicht verhindert werden können. Mit einem Honorarverlust bei einem Wechsel von der haus- in die fachärztliche Versorgung im Quartal I/01 für die betroffenen Ärzte sei jedoch zu rechnen gewesen, da der Punktwert der fachärztlichen Internisten bereits ab dem Quartal I/00 konstant deutlich unter dem der hausärztlichen lag. Andererseits hätten die "Wechsler" auch vom "praxisbudgetfreien Raum" profitiert: wo es keine Budgets gebe, habe sich zumindest die Chance erhöht, dass mehr der tatsächlich erbrachten Leistungen anerkannt und damit auch vergütet würden, als dies unter den Bedingungen der Praxisbudgets der Fall sei. Das Urteil des BSG vom 9. September 1998 (Az.: [B 6 KA 55/97 R](#)) zur Problematik des Punktwertverfalls finde wohl schon deshalb auf die Fachgruppe der Fachärztliche Internisten keine Anwendung, weil das BSG über die Vergütung von Leistungen der Fachgruppe der Radiologen entschieden habe, welche im Gegensatz zur Fachgruppe des Klägers ausschließlich auf Überweisung tätig werde und denen daher eine Mitverantwortung für die Mengenausweitung und damit ein Punktwertverfall nicht zugerechnet werden könne. Ein dauerhafter Punktwertverfall sei nicht zu verzeichnen, wie die Entwicklung der nicht den Laborbereich betreffenden Punktwerte in den Quartalen I/00 bis II/01 zeige: I/00 II/00 III/00 IV/00 I/01 II/01 Primärkassen 3,915 3,788 3,878 3,980 3,649 3,611 Ersatzkassen 4,864 5,538 5,006 5,281 4,500 4,891

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

Die gegen den Widerspruchsbescheid gerichtete Klage hat das Sozialgericht mit Urteil vom 18. Oktober 2006 abgewiesen und hierbei ähnliche Erwägungen wie die Beklagte im angegriffenen Widerspruchsbescheid angestellt.

Gegen dieses ihm am 6. November 2006 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung des Klägers vom 5. Dezember 2006, zu deren Begründung er vorbringt: Er führe fast ausschließlich Auftragsleistungen nach Überweisungsschein durch. § 10 HVM sei von der Ermächtigungsgrundlage [§ 85 Abs. 4 Satz 4](#) a.F. SGB V nicht gedeckt und daher rechtswidrig, da das Gebot der leistungsproportionalen Verteilung und der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht erfüllt seien. Für die Regelung über die Teilbudgets im HVM der Beklagten fehle eine Ermächtigungsgrundlage. § 10 C Abs. 7 HVM sei unwirksam, weil die darin nach Auffassung des BSG vorgenommene "Definition und Bewertung ärztlicher Verrichtungen" dem EBM vorbehalten sei. § 10 C HVM stelle außerdem eine verfassungswidrige Berufsausübungsregelung dar: Diese Budgetierungsregelung sei unzumutbar, weil 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 Praxisbesonderheiten zu niedrig angesetzt sei, keine ausreichenden Ausnahmeregelungen bzw. Härtekláuseln vorgesehen seien und Praxisbesonderheiten nicht berücksichtigt werden dürften. Zu den Ausnahmen, die in der "Vereinbarung der Spitzenverbände und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Weiterentwicklung der Reform des EBM" vom 7. August 1996 (DÄ vom 25. Oktober 1996, A 2815) geregelt worden seien, sei kein Bezug hergestellt worden. Unklar sei, welche "Wanderungsbewegungen" die Beklagte berücksichtigt habe. Eine Veränderung alleine der Arztzahlen je Fachgruppe berechtige nach der Rechtsprechung des BSG nicht zur Veränderung der Topfgröße. Zu Unrecht hätten die Beklagte und das Sozialgericht die Begriffe "Teilbudget" und "Versorgungsschwerpunkt" gleichgesetzt und infolgedessen letzteren verneint. Welche (damaligen) EBM-Ziffern vom Bereich der endoskopischen Leistungen als dem Versorgungsschwerpunkt der klägerischen Praxis umfasst seien und welchen Anteil diese Leistungen am Gesamtleistungsbedarf hätten, sei folgender Tabelle zu entnehmen: Endoskopischer Schwerpunkt

GO- Nr.

Kurzbezeichnung Pkte gem. EBM Anzahl Leistungen I/2001 II/2001 Leistungsbedarf I/2001 II/2001

360 Digitaluntersuch. Mastdarm einschl. Prostata

90

158

237

14220

21330

361 Untersuchung Analkanal 210 159 236 33390 49560

373 Hämorrhoidenentfernung 500 7 10 3500 5000 378 Sono Abdomen 520 246 283 127920 147160 741 Gastroskopie 1400 303 350 424200 490000 760 partielle Koloskopie 1860 37 56 68820 104160 763 totale Koloskopie 2650 82 130 217300 344500 Summe 889.350 1.161.710

Gesamtleistungsanforderung 3.205.895 3.215.882 prozentualer Anteil endoskopischer Schwerpunkt 27,74 36,12

Jedenfalls dürften endoskopischen Leistungen nicht zur Typik der Fachgruppe gehören, was schon daran zu erkennen sei, dass die Erbringung von Koloskopie-Leistungen einer Abrechnungsgenehmigung bedürfe.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 18. Oktober 2006 aufzuheben und die Bescheide unter Änderung des Honorarfestsetzungsbescheides für das Quartal I/2001 in der Fassung der Bescheide vom 29. November 2001, 5. Dezember 2002 und 13. Januar 2003 sowie unter Änderung des Honorarbescheides für das Quartal II/2001 in der Fassung der Bescheide vom 26. März 2002, 5. Dezember 2002 und 13. Januar 2003, jeweils in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. August 2003, zu verpflichten, das Honorar für die Quartale I und II/2001 unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts neu festzusetzen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend und bringt ergänzend vor: Nach der Rechtsprechung des BSG bestehe Anlass für die Freistellung von einem Teilbudget nur, wenn die für den Versorgungsschwerpunkt typischen Leistungen gerade von dem Teilbudget erfasst werden, von dem der Arzt eine Freistellung erreichen will. Verfehlt sei es daher, für die 20 %-Grenze alle vom Kläger genannten Leistungen heranzuziehen.

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

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

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

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

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

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. 5.7. Teilbudgets mit Wirkung vom 1. Juli 1996 bis zum 31. Dezember 1996 5.7.2 Teilbudget "Sonographische Untersuchungen mit B-Bildverfahren" für die Leistungen nach Abschnitt C VII.

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

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

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

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

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

aa) Abweichend vom EBM dürfen Arztgruppen weder von der Budgetierung ausgenommen werden noch dürfen die Bereiche der budgetierten und der nicht budgetierten Leistungen anders als im EBM festgelegt werden (BSG, Urteil vom 8. März 2000, [B 6 KA 7/99 R](#), [SozR 3-2500 § 87 Nr. 23](#)). Die Existenz verbindlicher Honorierungsvorgaben durch dem EBM schließt gleichwohl nicht aus, dass die KV kraft ihrer Gestaltungsfreiheit im Rahmen der Honorarverteilung mengensteuernde Regelungen treffen darf, um ihrer Verantwortung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ([§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) gerecht zu werden. Allein der Umstand, dass einzelne Arztgruppen von Budgetierungsmaßnahmen nicht erfasst werden und Ärzte aller Arztgruppen in mehr oder weniger großem Umfang unbudgetierte Leistungen erbringen, führt nicht dazu, dass mit der Einführung der Budgets im EBM die Verantwortung der KV für eine den gesetzlichen Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) genügende Honorarverteilung aufgehoben oder verdrängt wird. Vor allem hat die Einführung von Praxisbudgets im EBM zum 1. Juli 1997 nichts an der insgesamt begrenzten Gesamtvergütung für alle vertragsärztlichen Leistungen im Sinne des [§ 85 Abs. 1 SGB V](#) geändert. Nach wie vor besteht die Situation, dass ein begrenzter Geldbetrag für die Vergütung aller von den Vertragsärzten in einem bestimmten Zeitraum erbrachten und abgerechneten Leistungen zur Verfügung steht, was wiederum zur Folge hat, dass der "Preis" der einzelnen ärztlichen Leistung erst feststeht, wenn bekannt ist, wie viele Leistungen welcher Art und damit wie viele Punkte insgesamt von den Vertragsärzten abgerechnet werden. Praxisbudgets reduzieren lediglich den Anreiz zu immer weiterer Vermehrung der abrechenbaren Leistungen, weil das Honorar des Arztes für die Leistungen des budgetierten Bereichs allein durch das Produkt aus arztgruppenbezogener Fallpunktzahl und Zahl der Behandlungsfälle bestimmt wird. Da aber auch für die Leistungen des 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 der Kläger in diesem Zusammenhang die Unwirksamkeit von § 10 C HVM insgesamt geltend macht, überzeugt dies schon deswegen nicht, weil wegen des gleichwohl nach § 9 Abs. 4 HVM (Leistungsbereich F 5.7) vorhandenen Honorartopfes die Alternative zu dieser Mengenbegrenzung nur in der Vergütung aller von der Fachgruppe der fachärztlichen Internisten angeforderten Leistungen bei floatendem Punktwert bestehen kann und diese Alternative keinerlei Gewähr einer insgesamt höheren Vergütung bietet.

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

ee) Die o.g. Regelungen des HVM sind auch nicht deswegen rechtswidrig, weil der Kläger seinen Angaben zufolge Leistungen nicht kostendeckend erbringen kann. Auf die Behauptung der nicht kostendeckenden Honorierung bestimmter Leistungen kann es schon deshalb nicht ankommen, weil die Kostendeckung von einer Vielzahl von Faktoren abhängt, von denen einige von den Vertragsärzten selbst zu beeinflussen sind (z.B. die Kostenstruktur und der Standort der Praxis, die Qualität des Dienstleistungsangebotes u.a.); daraus folgt, dass sich die Frage, ob für eine Leistung eine kostendeckende Vergütung zu erzielen ist, einer generellen Beantwortung entzieht, da es von individuell beeinflussbaren Faktoren abhängt, ob eine bestimmte Einzelleistung kostendeckend zu erbringen ist oder nicht. Dem Zuschnitt der vertragsärztlichen Vergütung liegt insgesamt eine "Mischkalkulation" zugrunde. Dies bedeutet, dass es durchaus Leistungen geben kann, bei denen selbst für eine kostengünstig organisierte Praxis kein Gewinn zu erzielen ist. Entscheidend ist nämlich, dass der Vertragsarzt insgesamt Anspruch auf eine leistungsgerechte Teilhabe an der Gesamtvergütung hat, der in aller Regel dazu führt, dass das aus der vertragsärztlichen Tätigkeit erzielbare Einkommen Ärzten hinreichenden Anreiz bietet, an der vertragsärztlichen Versorgung mitzuwirken ([BSGE 88, 20](#); BSG [SozR 5530 Allg. Nr. 1](#) (Bewertung von Strahlenbehandlung); [BSGE 75, 187](#) (Bewertung konventioneller

Röntgendiagnostik); [SozR 3-2500 § 85 Nr. 30](#) S 228 (Punktwert bei radiologischen Leistungen)). Dieser Grundsatz stellt keine Eigentümlichkeit des Vertragsarztrechts dar, sondern gilt z.B. gleichermaßen im Bereich der stationären Versorgung; auch dort können die Krankenhäuser innerhalb der medizinischen Standardversorgung den Umfang ihrer (durch den Pflegesatz abgegoltenen) Leistungen nicht frei bestimmen, sondern müssen unabhängig davon, ob Leistungen im Einzelfall für sie finanziell lukrativ sind oder nicht, alle medizinisch notwendigen Leistungen entweder selbst für die Versorgung der Versicherten bereitstellen oder sich diese sonst auf ihre Kosten beschaffen ([BSGE 88, 20](#) m.w.N.).

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

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

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

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

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

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

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

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

(a) Ob eine Praxis einen Versorgungsschwerpunkt i.S.v. Nr. 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung aufweist, muss sich im Verhältnis zur jeweiligen Fachgruppe ergeben; denn die einzelnen Arztgruppen weisen einen sehr unterschiedlichen Bedarf (auch) hinsichtlich der von den Teilbudgets erfassten Leistungen auf. Das lässt schon die nach Arztgruppen differenzierende Fallpunktzahl für die vom jeweiligen Teilbudget erfassten Leistungen erkennen. Dass diese z.B. für Gesprächsleistungen auf 220 Punkte (u.a. für Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und Hausärztliche Internisten), 60 Punkte (u.a. für Fachärztliche Internisten) bzw. 30 Punkte (für alle nicht benannten Arztgruppen) festgesetzt worden ist, verdeutlicht, dass typischerweise der Bedarf z.B. einer hausärztlichen Praxis an diesen budgetierten Leistungen fast viermal so hoch veranschlagt wird wie derjenige von fachärztlich-internistischen Praxen. Wenn danach die für die einzelne Arztgruppe festgesetzte Fallpunktzahl typischerweise den Bedarf von Ärzten dieser Gruppe an den für die im Teilbudget zusammengefassten Leistungen decken soll, besteht Anlass für Ausnahmen von der Budgetierung auf der Grundlage der Nr. 4 der Weiterentwicklungsvereinbarung von vornherein nur,

wenn sich eine einzelne Praxis hinsichtlich des von dem Teilbudget erfassten Leistungsbereichs deutlich von der Typik der Praxen ihrer Fachgruppe abhebt. Das kann in etwa der Fall sein, wenn in einer Praxis vermehrt bestimmte Leistungen erbracht und abgerechnet worden sind und dies den Schluss auf eine Schwerpunktsetzung bzw. Spezialisierung in diesem Leistungsbereich zulässt (BSG, Urteil vom 06. September 2000, a.a.O.).

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

(c) Unter Berücksichtigung dieser Kriterien hat der Kläger keinen Anspruch auf Freistellung vom Teilbudget "Gesprächsleistungen". Denn das Angebot von Beratungs- und Gesprächsleistungen beschreibt keinen Versorgungsschwerpunkt i.S. einer für eine Arztgruppe untypischen Praxisausrichtung oder Spezialisierung (BSG a.a.O.; Urteil vom 16. Mai 2001, Az.: [B 6 KA 69/00 R](#), veröffentlicht in Juris). Auch aus dem klägerischen Vorbringen, dass 27,72 % bzw. 36,12 % seiner Punktzahlanforderungen aus dem Leistungsbereich "Endoskopie" stammten, lässt sich kein Versorgungsschwerpunkt ableiten. Denn von den Leistungen, die der Kläger nach der o.g. Aufstellung zu seinem Leistungsschwerpunkt zusammengefasst hat, gehört ausweislich Kapitel C Abschnitt VII des EBM (in der für die Bildung der Teilbudgets maßgeblichen, ab dem 01. Juli 1996 geltenden Fassung) nur die Leistung nach Nr. 378 ("Sonographische Untersuchung des Abdomens oder dessen Organe und/oder des Retroperitoneums oder dessen Organe einschl. der Nieren und/oder der Thoraxorgane, mittels Real-Time-Verfahren (B-Mode), einschl. Bilddokumentation, je Sitzung") dem Teilbudget "Sonographische Leistungen" an. Eine hinreichend große Schnittmenge zwischen Leistungen des Teilbudgets und des Versorgungsschwerpunkts wird damit nicht gebildet.

c) Dem Kläger steht auch nicht wegen des bei seiner 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 gravierenden dauerhaften Punktwertrückgangs (hierzu unter bb) noch unter dem Gesichtspunkt einer erheblichen Leistungsausweitung in Folge medizinisch-technischen Fortschritts bei einem Honorartopf, dem nur eine geringe Zahl von Leistungserbringern zugeordnet sind (hierzu unter cc).

Der Schutz des [Art. 12 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) umfasst grundsätzlich den Anspruch des Arztes auf Honorierung seiner vertragsärztlichen Tätigkeit ([BVerfGE 88, 145](#), 159; [101, 331](#), 346). Dieser Schutz kann jedoch gemäß [Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG](#) auf gesetzlicher Grundlage eingeschränkt werden, wie das hier durch die Regelungen des [§ 72 Abs. 2](#) und des [§ 85 Abs. 3 SGB V](#) erfolgt ist. Diese ergeben spezifisch vertragsarztrechtliche Begrenzungen der Honorierung. Die Vorschrift des [§ 85 Abs. 3 SGB V](#) enthält Vorgaben für die Bemessung der Gesamtvergütungen und die Zuweisung dieser Aufgabe an die dort genannten Vertragsparteien. Das so festgelegte Gesamtvergütungsvolumen haben die KVen und die Krankenkassenverbände zu beachten, wenn sie gemäß [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) ("im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses" bzw. früher: des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen) die weiteren Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung treffen. Dabei haben sie zwei Ziele zu realisieren: Sie müssen zum einen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleisten und zum anderen für eine angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen Sorge tragen. Die u.U. bestehenden Schwierigkeiten, im Rahmen des begrenzten Gesamtvergütungsvolumens diesen beiden Zielen zugleich in vollem Umfang gerecht zu werden, können es notwendig machen, diese in einen verhältnismäßigen Ausgleich zueinander zu bringen. Hierfür hat der Gesetzgeber des SGB V ineinander greifende Zuständigkeiten verschiedener Institutionen vorgesehen. Die Festlegung der Angemessenheit einer Vergütung ist vorrangig den Kompetenzen zur 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 klägerseitig angeführten Honorarrückgänge die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der gastrokopischen Leistungen gefährdet haben könnten, bestehen nicht. Weder hat sich feststellen lassen, dass eine ökonomisch geführte Praxis mit dem Schwerpunkt auf gastrokopischen Leistungen im Bereich der Beklagten insolvent geworden wäre, noch ergibt sich aus den von den Beteiligten in den Rechtsstreit eingeführten Daten, dass die Einnahme-/Ausgabesituation für fachärztliche Internisten problematisch geworden sein könnte.

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

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

Die durchschnittlichen Honorare der Fachgruppe des Klägers überschreiten damit die durchschnittlichen Honorare aller Fachärzte deutlich. Dem lässt sich nicht entgegenhalten, den Honorargutschriften allein käme als "Bruttoeinnahmen" nur geringe Aussagekraft zu, solange nicht auch die Betriebskostensätze berücksichtigt würden. Denn diese sind bei der Fachgruppe der Internisten - für eine weitere

Aufsplitterung nach bestimmten Schwerpunkten bzw. nach haus- oder fachärztlicher Tätigkeit existiert, soweit ersichtlich, kein Datenmaterial - geringer als im Durchschnitt aller Gebietsärzte, wie folgende Tabelle zeigt: (recherchiert am 10. November 2009 unter <http://daris.kbv.de/daris.asp>)

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

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

bb) Ein Anspruch auf höheres Honorar ergibt sich auch nicht, weil möglicherweise die Unterschiede zu anderen Punktwerten zu groß geworden sind. Weder war der Fall eines dauerhaft gravierenden 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. 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, beantwortet werden. Das beruht darauf, dass sich der Anspruch eines Vertragsarztes auf Honorarteilhabe aus [§ 72 Abs. 1 Satz 2](#) i.V.m. [§ 85 Abs. 4 Satz 1 bis 3 SGB V](#) unter der Geltung begrenzter Gesamtvergütungen erst durch sämtliche, einem bestimmten Leistungsbereich zuzuordnende Honorarkontingente und die für diese Honorarkontingente berechneten Verteilungspunktwerte zu einem der Höhe nach individualisierten Honoraranspruch konkretisiert. Die isolierte Betrachtung einzelner Honorarkontingente und der dafür auszuzahlenden Punktwerte hingegen kann die tatsächliche Höhe der Vergütung einer Arztgruppe für deren vertragsärztliche Leistungen regelmäßig nur unzureichend widerspiegeln. Demgemäß ist bei der Prüfung, ob eine Stützungspflicht der KV gegeben sein könnte, entscheidend auf die durchschnittlichen Gesamteinkünfte einer Arztgruppe in einem Bezugszeitraum abzustellen (BSG, Urteil vom 29. August 2007, Az.: [B 6 KA 43/06 R](#), veröffentlicht in Juris, m.w.N.) Unter Beachtung dieser Prämissen waren die Voraussetzungen für eine Reaktionspflicht der Beklagten in den streitbefangenen Quartalen nicht gegeben.

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

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

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2010-09-15