
Datum: 17.11.2010
Gericht: Landessozialgericht NRW
Spruchkörper: 11. Senat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: L 11 KA 53/07
ECLI: ECLI:DE:LSGNRW:2010:1117.L11KA53.07.00

Vorinstanz: Sozialgericht Düsseldorf, S 33 KA 147/05
Sachgebiet: Vertragsarztangelegenheiten
Rechtskraft: rechtskräftig

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 04.07.2007 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

- Tatbestand: 1
- Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der Honorarfestsetzung für die Quartale I/2003 bis III/2004. 2
- Der Kläger ist als Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung "Rheumatologie" in L niedergelassen und in Einzelpraxis zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. 3
- In den Quartalen I/2003 bis III/2004 ergaben sich bei Fachgruppenquoten der internistischen Rheumatologen zwischen 72,5 % und 43,6 % aufgrund der Überschreitungen des maximal abrechenbaren Punktzahlvolumens für den Kläger praxisindividuelle Quoten zwischen 54,6 % und 30,5 %. Mit einem an die "fachärztlichen Internisten der Untergruppe 8 (Rheumatologen)" gerichteten Rundschreiben vom 12.10.2004 wies die Beklagte auf Folgendes hin: 4
- (...) "Im 2. Quartal 2004 ist bei Ihrer Arztgruppe ein Rückgang der Quote um ca. 13 Prozentpunkte gemessen an dem Vorjahresquartal auf 43,6022 % zu verzeichnen. 5

Die Hauptursache dieser Entwicklung ist, dass Ärzte den Versorgungsbereich in dem betreffenden Zeitraum gewechselt haben und gemäß § 6b Abs. 7 des gültigen Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) ein Honorartransfer in den hausärztlichen Versorgungsbereich berücksichtigt wurde.

Des weiteren haben sich drei fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Rheumatologie neu niedergelassen. Neuniederlassungen werden allerdings bei der Bemessung der Honorartöpfe lt. HVM nicht berücksichtigt. 7

Diese Entwicklung hat zur Folge, dass der Honorartopf Ihrer Arztgruppe im 2. Quartal 2004, gemessen am Vorjahresquartal, um ca. 29 % geringer ist, während die dem Individualbudget unterliegenden anerkannten Punktzahlen nur um ca. 7 % gesunken sind. 8

Wir bitten Sie, diese Information bei Ihrer finanziellen Planung zu berücksichtigen." 9

Der Kläger legte gegen die Abrechnungsbescheide vom 23.07.2003 (für I/2003), 22.10.2003 (für II/2003), 28.01.2004 (für III/2003), 28.04.2004 (für IV/2003), 28.07.2004 (für I/2004), 25.10.2004 (für II/2004) und vom 25.01.2005 (für III/2004) Widerspruch ein, mit dem er sich unter Vorlage einer Honorarübersicht für die Quartale III/1999 bis III/2003 gegen die Kürzungen wandte und im Wesentlichen die fehlende Anpassung des Honorartopfes der internistischen Rheumatologen rügte. Bei der Berechnung der Honorarkontingente seien weder die Arztzahlentwicklung noch die Änderung des Einheitlichen Bemessungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) berücksichtigt worden. Die Beklagte wies seine Widersprüche mit Widerspruchsbescheid vom 24.06.2005 zurück. Die angefochtenen Bescheide stünden im Einklang mit den für die Abrechnung geltenden Regelungen. 10

Hiergegen hat sich der Kläger mit seiner am 27.07.2005 erhobene Klage gerichtet, mit der er unter Vertiefung seiner Widerspruchsbegründung weiterhin eine höhere Vergütung seiner vertragsärztlichen Leistungen in den Quartalen I/2003 bis III/2004 begehrt hat. Seine Leistungen seien mit zu geringen Punktwerten vergütet worden. Die Beklagte habe es verabsäumt, dem ständig fortsetzenden Verfall der Fachgruppenquote entgegen zu wirken und eine angemessene Vergütung der abgerechneten Punkte zu ermöglichen. Die schlechte Honorarsituation der Rheumatologen sei auch auf die Änderung des EBM-Ä zum 01.07.2002 zurückzuführen, mit der die Gebührenziffer 16 (u.a. kontinuierliche Betreuung eines Patienten mit rheumatoider Arthritis) für die Rheumatologen gestrichen und dafür die Punktzahl für die Nr. 1 (Ordinationsgebühr) deutlich erhöht worden sei. Auch dies hätte die Beklagte zu punktwertstützenden Maßnahmen, insbesondere zu einer Erhöhung des Honorartopfes der internistischen Rheumatologen veranlassen müssen. Bei Bildung von Honorartöpfen bestehe eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), wenn der mit der Regelung verfolgte Zweck ganz oder teilweise verfehlt werde oder wenn ein dauerhafter Punktwertverfall von mehr als 15 % gegenüber dem größten Teil der sonstigen Leistungen festzustellen sei, der nicht auf eine von den jeweiligen Leistungserbringern mit zu verantwortende Leistungsmengenausweitung zurückgeführt werden könne. Bei einem Vergleich der Fachgruppenquoten ergebe sich, dass der Punktwert der internistischen Rheumatologen erheblich stärker gefallen sei als jener der übrigen Fachgruppen und zwar um deutlich mehr als 15 %. Der Punktwertverfall sei auch nicht der Arztgruppe anzulasten. In den Jahren 2000 bis 2002 sei die Zahl der aus dem Topf bedienten Vertragsärzte um ca. 30 % gestiegen, womit ein um 11 % gestiegener Leistungsbedarf einher gegangen sei. Medizinische Erkenntnisse zu dem Nutzen der rheumatologischen Behandlung hätten zu einem erhöhten Leistungsbedarf und einer Fallzahlzunahme von 17 % geführt. Eine Reaktion der Beklagten auf diesen erhöhten Leistungsbedarf sei hingegen nicht in ausreichendem Maß erfolgt, obwohl es sich bei den internistischen Rheumatologen um eine vergleichsweise 11

kleine Gruppe mit 21 Leistungserbringern im Jahr 2000 und 27 im Jahr 2002 handele und damit sogar höhere Anforderungen an die Beobachtungs- und Reaktionspflicht bestünden, da sich eine Vergrößerung der Zahl der Leistungserbringer als Folge eines auf neuen medizinischen Erkenntnissen gestiegenen Bedarfes besonders intensiv auf den Punktwertverfall auswirke. Hinzu komme die Verschärfung der Honorarsituation durch die Änderung des EBM-Ä, wodurch ein erheblicher Leistungsumfang nicht mehr abrechenbar gewesen sei. Der in diesem Zusammenhang aufgrund der Individualbudgetierung nicht anerkannte Leistungsbedarf habe sich nahezu vervierfacht. Die Bemessung des Honorartopfes für die Untergruppe sei folglich wegen Verstoßes gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit rechtswidrig. Das streitgegenständliche Verfahren sei für ihn von existentieller Bedeutung; er sei an die Grenze seiner wirtschaftlichen Belastungsfähigkeit gekommen. Ihm drohe der Verlust des Praxisstandorts.

Der Kläger hat beantragt,

12

die Quartalskonto/Abrechnungsbescheide für die Quartale I/2003 bis III/2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.06.2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, über die Honorarfestsetzung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

13

Die Beklagte hat beantragt,

14

die Klage abzuweisen.

15

Sie hat die angefochtenen Abrechnungsbescheide weiterhin für rechtmäßig gehalten, auf deren Begründungen Bezug genommen und im Übrigen vorgetragen: Das in höchststrichterlicher Rechtsprechung entwickelte Kriterium des Absinkens auf einen Punktwert auf 15 % unter demjenigen für den größten Teil der sonstigen Leistungen passe nicht auf Honorarverteilungsregelungen, bei denen es keinen Restbereich sonstiger Leistungen mehr gebe, dessen Punktwert als Vergleichsbasis herangezogen werden könnte. Ungeachtet dessen sei bereits der vom Kläger vorgenommene unmittelbare Vergleich der Fachgruppenquoten schon rechnerisch fragwürdig. Zudem sei die 15 %-Grenze nur anzuwenden, wenn Honorartöpfe für Leistungen gebildet worden seien, die Ärzte nur auf Überweisung hin erbringen könnten und bei denen eine Mitverantwortung für Mengenausweitung und damit ein Punktwertverfall nicht zugerechnet werden könne. Rheumatologen gehörten indessen nicht zu den Ärzten, die nach dem Bundesmantelvertrag (BMV-Ä) nur auf Überweisung hin tätig werden könnten. Auch genüge der allgemeine Hinweis des Klägers auf einen gestiegenen medizinischen Bedarf nicht, um die Verantwortung für Leistungsmengensteigerungen der vertragsärztlichen Solidargemeinschaft zuzurechnen. Sie - die Beklagte - sei nicht zu punktwertstützenden Maßnahmen verpflichtet gewesen. Zum einen seien die Regelungen des EBM-Ä verbindlich und sie sei nicht verpflichtet, die Auswirkungen einer Umbewertung auf EBM-Ebene "quasi automatisch" über Maßnahmen der Honorarverteilung "auszugleichen". Darüber hinaus sei der Wegfall der Ziffer 16 EBM-Ä durch die gleichzeitige Erhöhung der Ordinationsgebühr kompensiert worden. Unabhängig davon seien auch unter Berücksichtigung dieser Änderung die IB-relevante Leistungsmenge als auch die Fallzahlen des Klägers gegenüber den Quartalen des Bemessungszeitraumes deutlich rückläufig. Sie sei zwar im Zeitraum III/2002 bis II/2003 gegenüber dem Vorjahr gesteigert worden, aber im Vergleich zum Bemessungszeitraum deutlich rückläufig. Eine Anpassung des IB komme vor diesem Hintergrund nicht in Betracht. Zudem stelle der Kläger im Zusammenhang mit der von ihm begehrten Anpassung nur auf die Höhe der Fachgruppenquote und damit allein auf das punktzahlbewertete Honorar ab, das jedoch nur einen Teil seines Honorars darstelle. In den streitigen Quartalen habe er über

16

30 % seines Honorars allein mit Laboranalysekosten, die außerhalb der Budgetierung vergütet würden, erwirtschaftet. Die Ausführungen des Klägers genügten im Übrigen nicht, eine bedarfsbedingte Ausweitung der Leistungsmenge zu belegen.

In der mündlichen Verhandlung hat die Beklagte ergänzend eine Übersicht über die Entwicklung des Leistungsbedarfs in der Praxis des Klägers, wegen der auf Blatt 72 der Gerichtsakte Bezug genommen wird, sowie folgende Übersicht über die Entwicklung der Arztzahlen und Vergütungen der internistischen Rheumatologen in ihrem Zuständigkeitsbereich vorgelegt: 17

Rheumatologen II 18

nur niedergelassene Ärzte (FÄ Internisten, UG 8) 19

Quartal 1996: Vergütung = 3.692.754,34 Kosten = 16.274,38 Gesamt = 3.709.028,72 Anzahl der Ärzte = 15 Honorar je Arzt = 247.268,58 20

Quartal 1997: Vergütung = 3.870.759,74 Kosten = 23.003,02 Gesamt = 3.893.762,76 Anzahl der Ärzte = 18 Honorar je Arzt = 216.320,15 21

Quartal 1998: Vergütung = 4.550.091,64 Kosten = 33.468,86 Gesamt = 4.583.560,50 Anzahl der Ärzte = 20 Honorar je Arzt = 229.178,03 22

Quartal 1999: Vergütung = 3.728.860,11 Kosten = 829.711,61 Gesamt = 4.558.571,72 Anzahl der Ärzte = 21 Honorar je Arzt = 217.074,84 23

Quartal 2000: Vergütung = 2.752.741,69 Kosten = 2.152.386,57 Gesamt = 4.905.128,26 Anzahl der Ärzte = 22 Honorar je Arzt = 222.960,38 24

Quartal 2001: Vergütung = 2.557.268,33 Kosten = 2.298.525,78 Gesamt = 4.855.794,11 Anzahl der Ärzte = 23 Honorar je Arzt = 211.121,48 25

Quartal 2002: Vergütung = 2.498.449,41 Kosten = 2.467.410,22 Gesamt = 4.965.859,63 Anzahl der Ärzte = 27 Honorar je Arzt = 183.920,73 26

Quartal 2003: Vergütung = 2.381.847,29 Kosten = 2.298.966,64 Gesamt = 4.680.813,93 Anzahl der Ärzte = 26 Honorar je Arzt = 180.031,31 27

Quartal 2004: Vergütung = 2.332.853,06 Kosten = 2.107.736,44 Gesamt = 4.440.589,50 Anzahl der Ärzte = 25 Honorar je Arzt = 177.623,58 28

Quartal 2005: Vergütung = 2.924.526,47 Kosten = 2.379.577,12 Gesamt = 5.304.103,59 Anzahl der Ärzte = 24 Honorar je Arzt = 221.004,32 29

Das Sozialgericht (SG) Düsseldorf hat die Klage mit Urteil vom 04.07.2007 abgewiesen. Die den angefochtenen Honorarbescheiden zu Grunde liegenden Vorschriften des HVM der Beklagten stünden insbesondere hinsichtlich der Punktzahlbegrenzung und Bildung von Honorartöpfen mit höherrangigem Recht in Einklang. Zwar löse die Bildung von Teilbudgets eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht der KV dahingehend aus, dass sie die Verteilungsregelungen, mit denen sie in Verfolgung bestimmter Ziele vom Grundsatz der gleichmäßigen Honorarverteilung abweiche, regelmäßig zu überprüfen habe. Es könne aber dahin gestellt bleiben, ob hier eine nach Maßgabe der höchstrichterlichen Rechtsprechung relevante Abweichung der Punktwerte festzustellen sei. Denn dieses Kriterium könne bei 30

Honorarverteilungsregelungen der hier betroffenen Art nicht zugrunde gelegt werden, da zahlreiche Honorarkontingente geschaffen worden seien, die alle Fachgruppen und alle Leistungen abdeckten, so dass es keinen Restbereich sonstiger Leistungen mehr gebe, dessen Punktwert als Vergleichsbasis herangezogen werden könne. Ein Anspruch auf eine höhere Vergütung ergebe sich auch nicht aus dem Grundsatz der Angemessenheit der Vergütung bzw. unter dem Gesichtspunkt der Versorgungsgefährdung, da hinreichende Anhaltspunkte dafür, dass die von dem Kläger angeführten Honorarrückgänge die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der internistisch-rheumatologischen Versorgung gefährdeten, nicht zu erkennen seien. Einen Anspruch auf höhere Honorare könne der Kläger auch nicht auf den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit stützen. Dass die Gruppe der internistischen Rheumatologen in besonderem Maße von Leistungsausweitungen durch medizinisch-technischen Fortschritt betroffen sei, habe die Kammer nicht zu erkennen vermocht. Das Absinken der Fachgruppenquote der internistischen Rheumatologen sei wesentlich durch den sprunghaften Anstieg des Laborkostenanteils und insofern durch das Abrechnungsverhalten der Fachgruppe bedingt. Die Honorarverteilung sei auch nicht unter dem Gesichtspunkt zu beanstanden, dass der Entwicklung der Arztzahlen nicht hinreichend Rechnung getragen worden wäre. Denn eine zwingende rechtliche Verpflichtung, die Honorartöpfe regelmäßig der Entwicklung der Arztzahlen in den jeweiligen Arztgruppen anzupassen, bestehe nicht. Ein Zusammenhang der erbrachten Leistungen mit der Zahl der Ärzte sei medizinisch grundsätzlich nicht gegeben, da durch die Zulassungen weiterer Ärzte sich die Morbidität der Versicherten nicht verändere, mit hin keine Leistungsmengenausweitungen erklärten. Honorarverteilungsregelungen, die eine der Entwicklung der Arztzahlen folgende automatische Anpassung von Honorartöpfen vorsähen, seien unzulässig. Im Übrigen habe die Beklagte das Honorarkontingent der internistischen Rheumatologen seit Einführung der arztgruppenbezogenen Honorartöpfe mehrfach angepasst. So sei deren Honoraranteil von zunächst 0,16 % zum 01.07.1999 auf 0,2134 %, zum 01.01.2000 auf 0,3732 %, zum 01.07.2001 auf 0,4 % und schließlich zum 01.01.2003 auf 0,4041 % erhöht worden. Eine andere Beurteilung sei schließlich auch nicht wegen der Änderungen des EBM zum 01.07.2002 geboten. Für die Praxis des Klägers sei nicht ersichtlich, dass die Änderungen des EBM-Ä zu einer Zunahme des Leistungsbedarfs gegenüber dem Bemessungszeitraum geführt hätten. Die KV sei im Übrigen nicht gehalten, jedweden Verschiebungen der Leistungsbewertungen im EBM durch eine Anpassung der Honorartöpfe Rechnung zu tragen.

Gegen dieses ihm am 14.08.2007 zugestellte Urteil hat der Kläger am 10.09.2007 Berufung eingelegt, mit der er weiterhin unter Wiederholung und Vertiefung seines erstinstanzlichen Vortrags höhere Honorare für die Quartale I/2003 bis III/2004 beansprucht. Das SG habe die Pflichten der KVen bei fachgruppenspezifischer Honorartopfbildung und die dazu ergangene höchstrichterliche Rechtsprechung verkannt. Das Bundessozialgericht (BSG) habe zwar in seinem Urteil vom 20.10.2004 (- B 6 KA 30/03 R -) entschieden, dass das Kriterium des 15 %-igen Abfalls nicht als Vergleichsbasis herangezogen werden könne, wenn es keinen Restbereich sonstiger Leistungen gebe. Daraus könne indessen nicht gefolgert werden, dass ein Vergleich in einem solchen Fall schlechterdings nicht möglich sei. Es könne dem Urteil lediglich keine abschließende Entscheidung entnommen werden, welche Vergleichsbasis heranzuziehen sei. Ausgehend von diesem Standpunkt liege im konkreten Fall ein Punktwertverfall vor. Die weiteren Kriterien, die das BSG bereits in seinem Urteil vom 09.09.1998 - B 6 KA 55/97 - für das Ergreifen von punktwertschützenden Maßnahmen aufgestellt habe, seien erfüllt. So sei abgesehen vom Quartal II/2004 ein stetiger und dauerhafter Verfall der Fachgruppenquote und somit auch des Punktwertes der Untergruppe der fachärztlich tätigen Internisten im Vergleich zu den übrigen Fachgruppen um deutlich über 15 % festzustellen. Eine erhebliche Diskrepanz zeige sich spätestens ab dem Quartal

I/2001. Während sämtliche übrigen Fachgruppenquoten, die dem IB unterlägen, in allen Quartalen des Jahres 2001 eine Quote von über 80 % aufwiesen, habe seine Fachgruppe in diesem Jahr nur einen Fachgruppendurchschnitt von 69,2268 % erreicht. Der Trend zum Verfall sei für die Beklagte offensichtlich gewesen. Auch könne das Absinken des Punktwertes nicht den Rheumatologen angelastet werden, vielmehr sei die Arztzahldynamisierung, der medizinisch-technische Fortschritt sowie die Änderung des des EBM-Ä für die Leistungsausweitungen ursächlich. Das vom SG zitierte Urteil des Senats vom 13.06.2007 - L 11 KA 19/06 - habe lediglich für die im dortigen Verfahren relevanten Quartale III/2002 und IV/2002 festgestellt, dass der sprunghafte Anstieg des Laborkostenanteils entscheidend für das Absinken der Fachgruppenquote der Rheumatologen gewesen sei, dies besage aber nichts über die streitbefangenen Quartale I/2003 bis III/2004. Soweit das SG überdies die Auffassung vertrete, dass sich ein Anspruch auf höheres Honorar auch nicht aus dem Grundsatz der Angemessenheit der Vergütung bzw. unter dem Gesichtspunkt der Versorgungsgefährdung ergebe, sei seines Erachtens die Frage des ausreichenden finanziellen Anreizes nicht erst zu stellen, wenn es zur Rückgabe von Zulassungen komme. Es müsse vielmehr früher eingegriffen werden, um die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung auch für die Zukunft sicher zu stellen. Daher müsse schon die schlechte Honorarsituation gegenüber den anderen Fachgruppen als Indiz genügen.

Der Kläger beantragt, 32

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 04.07.2007 zu ändern und nach seinem Klageantrag zu entscheiden. 33

Die Beklagte beantragt, 34

die Berufung des Klägers zurückzuweisen. 35

Sie hält ihren Standpunkt aufrecht und stützt sich zur Begründung auf das ihrer Auffassung nach rechtmäßige erstinstanzliche Urteil. Es fehle weiterhin an jeglichen Anhaltspunkten für eine Versorgungsgefährdung. Auch ergebe sich allein aus dem Vergleich der Fachgruppenquoten noch kein Anspruch auf ein höheres Honorar aus dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Insbesondere könne auch von gravierenden Einbrüchen des Gesamthonorars der Fachgruppe - auch im Vergleich zum Vorjahr - keine Rede sein. Die Höhe bleibe auch in den Jahren 2003 und 2004 wesentlich durch den Laborkostenanteil der Fachgruppe bestimmt. Darüber hinaus habe das BSG in seinem Urteil vom 29.08.2007 - B 6 KA 43/06 - zur Angemessenheit der Vergütung festgestellt, dass nur im Rahmen einer Gesamtbetrachtung, also unter Einbeziehung aller einer Arztgruppe zugeordneten Honorarkontingente bzw. der daraus resultierenden Punktwerte und Honorar beträge ermittelt werden könne, ob aus einem Punktwertverfall in einem wesentlichen Leistungsbereich eine Verpflichtung der KV zur Korrektur der Honorarverteilung folge. Entsprechend könnten die Rheumatologen keine isolierte Betrachtung und Stützung ihres individualbudgetrelevanten Honoraranteils verlangen. Vielmehr sei zu berücksichtigen, dass sie einen erheblichen Honoraranteil mit Laboranalysekosten erwirtschafteten, welche außerhalb der Individualbudgetierung nach festen Kostensätzen in Euro vergütet würden. 36

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und die Verwaltungsvorgänge des Beklagten Bezug genommen. Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung. 37

Entscheidungsgründe: 38

39

Die zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet.

Das SG hat zutreffend entschieden, dass der Kläger eine erneute Entscheidung der
Beklagten über die ihm für die Quartale I/2003 bis III/2004 zustehenden vertragsärztlichen
Honorare nicht beanspruchen kann, denn er ist durch die angefochtenen Honorarbescheide
der Beklagten vom 23.07.2003 (für das Quartal I/2003), 22.10.2003 (für das Quartal II/2003),
28.01.2004 (für das Quartal III/2003), 28.04.2004 (für das Quartal IV/2003), 28.07.2004 (für
das Quartal I/2004), 25.10.2004 (für das Quartal II/2004) und vom 25.01.2005 (für das
Quartal III/2004), alle in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.06.2005, nicht in
rechtswidriger Weise beschwert (§ 54 Abs. 2 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG)). Diese
Bescheide sind rechtmäßig. Der Senat nimmt Bezug auf die Entscheidungen der Beklagten
und des SG (§§ 136 Abs. 3, 153 Abs. 1 SGG) und führt ergänzend aus:

Der Kläger hat keinen Anspruch auf höhere als mit diesen Bescheiden festgesetzte Honorare
für die Quartale I/2003 bis III/2004.

Rechtsgrundlage für Honoraransprüche aus vertragsärztlicher Tätigkeit ist § 85 Abs. 4
Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), hier in der für das Jahr 2003 maßgeblichen
Fassung vom 11.12.2001 (BGBl. I 3526) bzw. in der für die ersten drei Quartale des Jahres
2004 maßgeblichen Fassung vom 14.11.2003 (BGBl. I 2190). Nach dem in beiden
 Fassungen gleichlautenden Satz 1 verteilt die Kassenärztliche Vereinigung die
Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte; in der vertragsärztlichen Versorgung verteilt sie die
Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen
Versorgung (§ 73 SGB V). Sie wendet dabei nach § 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V den im
Benahmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an
(Satz 2 in der Fassung vom 11.12.2001) bzw. ab 01.07.2004 den mit den Landesverbänden
der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen erstmalig bis zum 30.04.2004
gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab an; für die Vergütung der
im ersten und zweiten Quartal 2004 erbrachten vertragsärztlichen Leistungen wird der am
31.12.2003 geltende HVM angewandt (Satz 2 in der Fassung vom 14.11.2003). Bei der
Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu
Grunde zu legen; dabei ist jeweils für die von den Krankenkassen einer Kassenart gezahlten
Vergütungsbeträge ein Punktwert in gleicher Höhe zu Grunde zu legen (§ 85 Abs. 4 Satz 3
SGB V gleichlautend). Diesen gesetzlichen Regelungen entsprechend sind die
angefochtenen Bescheide nach Maßgabe des HVM der Beklagten vom 17.04.1999 in der ab
01.01.2003 geltenden Fassung vom 30.11.2002 (Rhein. Ärzteblatt 1/2003 S. 76 ff.) bzw. für
das Quartal III/2004 nach Maßgabe des zwischen der Beklagten und den Spitzenverbänden
der Gesetzlichen Krankenkassen mit Geltung ab 01.07.2004 geschlossenen HVV (Rhein.
Ärzteblatt 6/2004 S. 76 ff.) ergangen.

Die angefochtenen Honorarbescheide sind formell und materiell rechtmäßig auf der
Grundlage der obigen Honorarverteilungsregelungen ergangen.

Gemäß § 7 Abs. 3 Satz 1 und 2 HVM bzw. HVV in den o.a. Fassungen gilt gleichermaßen:
Leistungen, die eine vertragsärztliche Praxis über das ihr zugeordnete maximal abrechenbare
individuelle Punktzahlvolumen hinaus abrechnet, unterliegen einer Kürzung auf dieses
Punktzahlvolumen. Die nach der Kürzung verbleibenden punktzahlbewerteten Leistungen
werden mit einem rechnerischen Punktwert von 5,11 Cent gemessen und an der jeweils zur
Verfügung stehenden Höhe der Gesamtvergütung bewertet mit der Folge, dass sich
quartalsweise eine Fachgruppenquote ergibt, die auf das maximal abrechenbare individuelle
Punktzahlvolumen anzuwenden ist. Damit bestimmt die Fachgruppenquote das Verhältnis
zwischen der auf 5,11 Cent je Punkt berechneten Honorarsumme und der zur Verfügung

stehenden Honorarsumme der Fachgruppe. Die Bildung und Anwendung von Fachgruppenquoten als wesentlicher Bestandteil der Individualbudgetierungsregelungen ist nicht zu beanstanden. In der Rechtsprechung des BSG (u.v.a. Urteil vom 29.08.2007 - B 6 KA 43/06 R -; vgl. auch BSG, Beschlüsse vom 20.10.2004 - B 6 KA 13/04 B - und vom 17.09.2008 - B 6 KA 62/07 B -) ist geklärt, dass der Normgeber des HVM für Arztgruppen und/oder Leistungsbereiche Honorarkontingente festlegen und bei deren Bemessung an Leistungs- und Honorarmengen vergangener Zeiträume anknüpfen darf. Die Bildung unterschiedlicher Honorarkontingente für die verschiedenen Arztgruppen zielt gerade darauf ab, dass sich für diese entsprechend der bei ihnen stattfindenden Steigerung oder Verminderung der Leistungsmengen unterschiedliche Punktwerte ergeben. Hierdurch soll verhindert werden, dass einzelne Arztgruppen durch eine Ausweitung ihrer Leistungen ihren jeweiligen Anteil an der Gesamtvergütung zu Lasten anderer Arztgruppen absichern oder vergrößern. Stattdessen werden durch die Kontingente die Punktwerte in den einzelnen Leistungsbereichen stabilisiert, so dass die Ärzte ihre vertragsärztlichen Einnahmen sicherer kalkulieren können.

Auch der Kläger stellt die Rechtmäßigkeit des für seine Honorarabrechnung einschlägigen HVM bzw. HVV grundsätzlich nicht in Abrede. Streit besteht zwischen den Beteiligten vielmehr im Wesentlichen darüber, ob die Beklagte es unter Verstoß gegen ihre Beobachtungs- und Reaktionspflicht pflichtwidrig verabsäumt hat, punktwertstützende Maßnahmen vorzunehmen, und ob damit ein Anspruch des Klägers auf ein höheres Honorar zu begründen ist. Das ist zu verneinen. 45

Nach ständiger Rechtsprechung des BSG (u.a. in den oben zitierten Entscheidungen) geht mit der Bildung von Honorarkontingenten eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht der KVen als Normgeber einher. Eine Reaktionspflicht bei der Honorarverteilung kann danach gegeben sein, wenn sich bei einer Arztgruppe ein auf das Honorar mindernd auswirkender dauerhafter Punktwertabfall von mehr als 15 % unter das sonstige Durchschnittsniveau ergibt, von dem Punktwertverfall ein wesentlicher Leistungsbereich betroffen ist, die dem Punktwertverfall zu Grunde liegende Mengenausweitung nicht von der Arztgruppe selbst zu verantworten ist und die Honorarrückgänge in dem wesentlichen Leistungsbereich nicht durch andere Effekte kompensiert werden. Ob aus dem Punktwertverfall in einem wesentlichen Leistungsbereich eine Verpflichtung der KV zur Korrektur der Honorarverteilung folgt, kann 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. Demgemäß hat das BSG in seinen Entscheidungen zur angemessenen Vergütung vertragsärztlicher Leistungen, bei deren Nichtvorliegen eine Stützungspflicht der KVen gegeben sein könnte, entscheidend auf die durchschnittlichen Gesamteinkünfte einer Arztgruppe in einem Bezugszeitraum abgestellt (BSG, Urteil vom 29.08.2007 a.a.O. m.w.N.). 46

Die Anwendung der o.a. Grundsätze vermag keinen höheren Honoraranspruch des Klägers zu begründen. Insofern kommt es insbesondere nicht auf die Höhe seiner (individuellen) Einnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit an (vgl. LSG NRW, Urteil vom 21.05.2003 - L 11 47

KA 47/02 - m.w.N.). Bezogen auf die Honorarsituation des einzelnen Vertragsarztes kann allenfalls eine Härtefallregelung im Einzelfall durchgreifen, um die es in diesem Verfahren indessen nicht geht. Den o.a. Ausführungen des BSG folgend ist vielmehr für die erforderliche Gesamtbetrachtung auf die (kollektive) Honorarsituation der Arztgruppe abzustellen ist.

Die im Zuständigkeitsbereich der Beklagten vertragsärztlich tätigen internistischen Rheumatologen bilden als Untergruppe 8 der Arztgruppe 19 eine eigene Arztgruppe (Rhein. Ärzteblatt 7/97 S. 61 f.), der ein gemäß § 6 Abs. 5 HVM/HVV a.F. zu bestimmender Anteil am (nach den Vorwegabzügen verbleibender) Verteilungsbetrag (sog. Honorartopf) für die Vergütung IB-relevanter Leistungen zur Verfügung steht. Der Anteil betrug für diese Arztgruppe 48

ab 01.01.2000 0,3732 % ab 01.07.2001 0,4000 % ab 01.01.2003 0,4041 %. 49

Trotz dieser Erhöhungen des Honoraranteils sank die Fachgruppenquote bis 30.06.2004. Das Absinken der Fachgruppenquote hat indessen nicht zu einer entsprechenden Minderung der durchschnittlichen Gesamtvergütung der Arztgruppe der internistischen Rheumatologen geführt, die die Beklagte zu einer Reaktion hätte veranlassen müssen. 50

Der Senat hat bereits in seinem Urteil vom 13.06.2007 - L 11 KA 19/06 - bezogen auf die in jenem Verfahren beanstandete Vergütung dieser Arztgruppe für die Quartale III/2002 und IV/2002 den Abfall der Fachgruppenquote im Vergleich zu den Vorjahren auf den Anstieg der Laborkosten nach Inkrafttreten der EBM-Laborreform zum 01.07.1999 (von 33.468,86 EUR auf 829.711,61 EUR und sodann im Jahre 2000 sogar auf 2.152.386,57 EUR) zurückgeführt, der im Abrechnungsverhalten der Rheumatologen seine Ursache hatte und damit keinen Anspruch auf Honorarerhöhung begründen konnte. Hintergrund ist, dass ein wesentlicher Teil des Honorars der internistischen Rheumatologen aus der extrabudgetären Kostenerstattung für Laboranalytik besteht. Mit der Einführung der Kostenerstattung bestimmter (analytisch-technischer) Laborleistungen gemäß Kapitel O EBM-Ä in der reformierten Fassung neben der Honorierung punktzahlbewerteter Leistungen musste sichergestellt werden, dass die Vertragsärzte in Hinblick auf die bundesweit fest vergüteten Laborkosten eine Vergütung in DM bzw. Euro 1:1 erhielten. Die Beklagte bzw. die Vertragspartner des HVV haben dieser Zielsetzung folgend unter Berücksichtigung der ihnen obliegenden Verhinderung einer Leistungsmengenausweitung (§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V a.F.) mit § 6b Abs. 6 HVM (nachfolgend ebenso im HVV geregelt) diese Laborkosten auf Basis eines Vorwegabzuges aus den Fachgruppentöpfen vergütet mit der Folge, dass für den Honoraranteil lediglich die Restgeldmenge im Topf zur Verfügung stand. Dies hatte zur Folge, dass sich jede Veränderung des Umfangs der Laboranalytik besonders deutlich auf den Anteil für die Vergütung budgetierter Leistungen auswirkt. 51

In der Folgezeit - in den Jahren 2002 bis 2004 - ist indes das durchschnittliche Honorar dieser Arztgruppe nahezu gleich geblieben. Schwankungen im Jahreshonorar in einem Umfang von 3.000,00 EUR führen nicht zu einer Verpflichtung der Beklagten, die Honorarverteilungsregelung anzupassen. 52

Unabhängig davon widerspreche es dem Ziel der Honorarverteilung auf der Grundlage fester, arztgruppenbezogener Honorarkontingente, wenn eine Fachgruppe ihre Leistungsmenge zu Lasten der Honorarvolumina anderer Fachgruppen ausweiten könnte. Eine Erhöhung der Arztlzahl dieser Fachgruppe - worauf auch das Schreiben der Beklagten vom 12.10.2004 hinweist - führt nicht, unabhängig davon, ob damit eine bedarfsbedingte Ausweitung der Leistungsmenge einhergeht, zwangsläufig zu einer Steigerung ihres Honorarvolumens zu 53

Lasten anderer Arztgruppen. Dies liefe auf die Anerkennung angebotsinduzierter - sich je nach Arztzahl ändernder - Honorarvolumina hinaus bzw. trüge in sich die Tendenz zu einer auslastungsunabhängigen Alimentierung der Vertragsärzte. Dies stünde nicht mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit in Einklang (BSG, Beschluss vom 23.05.2007 - B 6 KA 85/06 B - unter Hinweis auf sein Urteil vom 20.10.2004 - B 6 KA 30/03 R -). Eine bedarfsbedingte Ausweitung der Leistungsmenge liegt hier nicht vor, wie sich aus der von der Beklagten überreichten Übersicht über die Entwicklung der Arztzahlen und Vergütungen der internistischen Rheumatologen ergibt.

Insoweit der Kläger meint, die Ursache für den Punktwertabfall liege auch in dem medizinisch-technischen Fortschritt begründet, trägt auch das sein Begehren nicht. Angesichts ihr aus Art. 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz (GG) folgenden Gesichtspunkten der Honorarverteilungsgerechtigkeit ist zwar 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 (BSG, Urteil vom 20.10.2004 - B 6 KA 30/03 R -). Zweifelhafte ist bereits vor dem Hintergrund, dass das BSG in der genannten Entscheidung das Kriterium der "geringen" Zahl bei einer Honorargruppe von unter 5 Leistungserbringern als erfüllt angesehen hat, ob die Zahl der Vertragsärzte der hier betroffenen Fachgruppe mit 26 (2003) bzw. 25 Ärzten (2004) als in diesem Sinn "gering" anzusehen ist. Ungeachtet dessen ist jedenfalls weder vorgetragen noch erkennbar, dass die Gruppe der internistischen Rheumatologen in besonderem Maße von Leistungsausweitungen durch medizinisch-technischen Fortschritt betroffen war.

54

Auch die vom Kläger zur weiteren Begründung angeführte Änderung des EBM-Ä vermag eine Verpflichtung der Beklagten zu punktwertstützenden Maßnahmen nicht zu begründen. Im EBM-Ä wurde die Bewertung rheumatologischer Leistungen zum 01.07.2002 neu geregelt (Deutsches Ärzteblatt 2002 A-879): Nach dem EBM-Ä a.F. haben Internisten (und Orthopäden) für die von ihnen erbrachten rheumatologischen Betreuungen Honorar gemäß der dritten Tatbestandsvariante der Ziffer 16 erhalten (vgl. die Aufführung der Ziffer in den Allgemeinen Bestimmungen A I., Teil B Nr. 5 EBM-Ä a.F., Deutsches Ärzteblatt 1996 A-3364; 1997 A-864). Zum 01.07.2002 wurde diese Tatbestandsvariante aus Ziffer 16 EBM-Ä gestrichen. Stattdessen wurde die Ordinationsgebühr der Ziffer 1 EBM-Ä für fachärztliche Internisten (und Orthopäden) mit dem Schwerpunkt Rheumatologie erhöht (585 Punkte in Fällen von Krankenkassen-Mitgliedern und deren Familienangehörigen, 740 Punkte in Fällen von Rentnern, - gegenüber sonst 235/300 Punkten für fachärztliche Internisten und 315/510 Punkten für Orthopäden). Diese Erhöhung hat sich für die internistischen Rheumatologen, obwohl sie - anders als die orthopädischen Rheumatologen - nicht in die Regelungen über Praxis- und Zusatzbudgets einbezogen waren (vgl. BSG, Urteil vom 28.01.2009 - B 6 KA 50/07 -), nicht auf die Vergütung ausgewirkt, soweit sie - wie der Kläger - ihr Individualbudget ohnehin ausgeschöpft hatten. Honorarkontingente können indessen nicht allein deshalb rechtswidrig werden, weil nach der Festlegung ihres Zuschnitts eine Höherbewertung von solchen Leistungen im EBM-Ä erfolgt, die aus einem derartigen festen Honorarkontingent vergütet werden (BSG, Urteil vom 29.08.2007 - B 6 KA 43/06 R; vgl. auch BSG, Beschluss vom 17.09.2008 - B 6 KA 62/07 B -). Erst recht besteht keine Reaktionspflicht der Beklagten bei Änderung einzelner EBM-Ziffern. Anhaltspunkte dafür, dass der Bewertungsausschuss bei der Neuregelung seinen Regelungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgeübt hat, indem er etwa eine ärztliche Minderheitengruppe bei der Honorierung benachteiligt oder sich sonst erkennbar von sachfremden Erwägungen hat leiten lassen (vgl. BSG, Urteile vom 20.01.1999 - B 6 KA 46/97

55

- und vom 15.05.2002 - B 6 KA 33/01 R -), sind weder vorgetragen noch zu erkennen.

Auch der aus Art. 12 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 3 Abs. 1 GG herzuleitende Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit stützt keinen Anspruch des Klägers auf höheres Honorar. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG müssen die Honorarverteilungsregelungen einer KV mit den gesetzlichen Vorgaben des § 85 SGB V i.V.m. dem aus Art. 12 und 3 Abs. 1 GG folgenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit im Einklang stehen. § 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V bestimmt, dass bei der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistungen des Vertragsarztes zu Grunde zu legen sind. Dieser Vorschrift kann nicht entnommen werden, dass alle Leistungen stets nach Art und Umfang gleichmäßig, d. h. nach einem einheitlichen Punktwert, honoriert werden müssten. Zwar darf die KV wegen der berufsregelnden Tendenz von Honorarverteilungsvorschriften die Verteilung nicht nach freiem Ermessen gestalten und ist an den Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung gebunden. Indes bleibt ihr als normsetzende Körperschaft ein Spielraum für sachlich gerechtfertigte Abweichungen, der es ihr ermöglicht, ihrem Sicherstellungsauftrag und ihren sonstigen gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen gerecht zu werden (LSG NRW, Urteil vom 25.06.2003 - L 11 KA 243/01 m.w.N.). Es ist weder vorgetragen noch besteht Anlass für die Annahme, dass die den streitgegenständlichen Abrechnungsbescheiden zu Grunde liegenden Bestimmungen diesen Grundsätzen nicht genügen. 56

Auch im Übrigen existiert keine Anspruchsgrundlage, auf die das Begehren des Klägers gestützt werden könnte. 57

Das von den Partnern der Gesamtverträge zu beachtende gesetzliche Gebot, ärztliche Leistungen angemessen zu vergüten (§ 72 Abs. 2 SGB V) scheidet als Anspruchsgrundlage aus. Diese Regelung enthält nur ein objektives Gebot, das im Allgemeinen keine subjektive Rechte der Vertragsärzte begründet. Einzelne Ärzte können sich im Rahmen einer Inzidentprüfung der für die Vergütungshöhe maßgeblichen Vorschriften des EBM-Ä und des HVM/HVV entweder dann auf dieses Gebot berufen, wenn durch eine zu niedrige Honorierung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes - beziehungsweise zumindest hinsichtlich eines Teilgebiets - und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem beteiligten ärztlichen Leistungserbringer gefährdet wäre, oder dann, wenn in einem - fachlichen 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, Beschluss vom 11.03.2009 - B 6 KA 31/08 B -, vgl. auch Urteil des Senats vom 09.12.2009 - L 11 (10) KA 39/07 -). Der Kläger hat nicht substantiiert dargetan, dass diese Voraussetzungen vorliegen. 58

Ein Anspruch auf eine höhere Vergütung der in den Quartalen I/2003 bis III/2004 erbrachten vertragsärztlichen Leistungen nach den Abrechnungsmodalitäten dieser Quartale ergibt sich schließlich auch nicht aus Art 12 Abs. 1 GG. Auch bei der Prüfung, ob normative Regelungen der Honorarverteilung den Anforderungen des Art. 12 Abs. 1 GG genügen, ist primär auf die generelle Situation der betroffenen Arztgruppe und nicht auf die Ertragssituation einer einzelnen vertragsärztlichen Praxis abzustellen. Dementsprechend ist unerheblich, in welcher Höhe der einzelne Vertragsarzt Honoraransprüche erwerben und ob seine Praxis einen ausreichenden Gewinn abwerfen kann. Die Berücksichtigung der generellen Situation einer Arztgruppe schließt zugleich aus, dass ein Anspruch auf höhere Vergütung mit Erfolg für nur einen kurzen Zeitraum oder für beliebig herausgegriffene Quartale geltend gemacht werden kann (BSG, Urteil vom 09.12.2004 - B 6 KA 44/03 R -; vgl. auch Urteile des Senats vom 09.12.2009 a.a.O. und vom 03.09.2007 - L 11 KA 105/06 -). 59

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung.	60
Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (§ 160 Abs. 2 SGG).	61
