S 15 KA 850/01

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Schleswig-Holstein
Sozialgericht	Schleswig-Holsteinisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	4
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 15 KA 850/01
Datum	10.03.2004

2. Instanz

Aktenzeichen	L 4 KA 17/05
Datum	31.01.2006

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Berufung der KlÄgerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 10. MÄrz 2004 wird zurÄckgewiesen. Die KlÄgerin trÄgt die notwendigen auÄßergerichtlichen Kosten im Berufungsverfahren. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten im Berufungsverfahren noch Äber die HÄhe der VergÄtung fÄr vertragsÄrztliche Leistungen in den Quartalen III/1999 bis II/2000 sowie IV/2000 bis I/2001.

Die KlÄgerin ist eine Gemeinschaftspraxis, bestehend aus drei Ärzten, die im Bereich der beklagten KassenÄrztlichen Vereinigung als Ärzte fÄr innere Medizin (zwei der drei Ärzte mit dem Schwerpunkt Kardiologie) zur vertragsÄrztlichen Versorgung zugelassen sind. In der Gemeinschaftspraxis werden ganz Äberwiegend kardiologische Leistungen erbracht.

Der HonorarverteilungsmaÄstab (HVM) der Beklagten sah fÄr die

streitgegenständlichen Quartale eine Unterteilung in arztgruppenspezifische Honorarkontingente vor. Dabei wurden für die Gruppe der Kardiologen zwei Unterkontingente für invasive und nichtinvasive Leistungsbereiche gebildet (vgl. § 12 Abs. 3d des HVM in der Fassung vom 10. März 1999 sowie § 12 Abs. 6 Buchst. g des HVM in der Fassung vom 1. April 2000).

Gegen den Honorarbescheid für das Quartal II/1999 legte die Klägerin mit der Begründung Widerspruch ein, dass der Präfabstrich des Quartals IV/98 abgezogen worden sei, obwohl dagegen Widerspruch eingelegt worden sei.

Gegen den Honorarbescheid für das Quartal III/1999 legte die Klägerin mit der Begründung Widerspruch ein, dass die Abrechnung im Hinblick auf psychotherapeutische Vergütungsanteile unter Vorbehalt gestellt sei. Damit entstünden erhebliche wirtschaftliche Unsicherheiten für die ärztlichen Leistungen.

Zur Begründung ihres Widerspruchs gegen die Honorarabrechnung für das Quartal IV/1999 führte die Klägerin aus, ihr sei aufgefallen, dass die Sachkostenpauschale zu den Gesamtpunktzahlen hinzugerechnet worden sei. Dadurch werde das Gesamtbudget erhöht und es sei nicht erkennbar, aus welchem Topf die Sachkosten, die mit 10 Pfennig pro Punkt vergütet worden seien, entnommen werden. Daher bestehe weiterer Klärungsbedarf.

Die Klägerin legte ferner Widerspruch gegen den Honorarbescheid für das Quartal I/2000 ein und führte zur Begründung aus: Es sei ein erheblicher, existenzgefährdender Punktwertabfall sowohl im nichtinvasiven Leistungsbereich als auch im invasiven Leistungsbereich eingetreten. Durch den Punktwertabfall sei eine kostendeckende Erbringung invasiv-kardiologischer Leistung nicht mehr möglich. Die Gründe für den Punktwertabfall könnten nicht nachvollzogen werden. Die Beklagte habe zu Unrecht Dialysekosten, Leistungen für ermächtigte Ärzte und Notfallleistungen sowie die Bezahlung der Psychotherapeuten allein aus dem Topf der Fachärzte finanziert. Diese ungerechte Geldverteilung führe zu einer Benachteiligung hochspezialisierter Facharztpraxen, die ihre Leistungen nicht mehr kostendeckend erbringen könnten. Es sei zu beanstanden, dass der Hausarzttopf zu groß und der Facharzttopf zu klein eingerichtet worden seien. Es werde geltend gemacht, dass der Punktwert von Kardiologen um mehr als 15 % geringer als der Durchschnittspunktwert sei.

Zur Begründung des Widerspruchs gegen die Honorarabrechnung für das Quartal II/2000 führte die Klägerin im Wesentlichen aus, dass sie ihre Leistungen überwiegend auf Überweisung erbringe. Das Überweisungsverhalten könne sie nicht beeinflussen. Durch eine größere Zahl von Überweisungen würden automatisch mehr Leistungen abgerechnet und der Punktwert würde sinken. Es sei ungerecht, dass sie das Risiko des von ihr nicht beeinflussbaren Überweisungsverhaltens zu tragen habe. Die Vergütung der Kardiologen stehe im Widerspruch zu dem in [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) verankerten Grundsatz der angemessenen Vergütung. Der Punktwertverfall wirke sich für die kardiologische Praxis sogar existenzbedrohend aus. Der HVM der Beklagten

privilegiere zu Unrecht u.a. Psychotherapeuten, die mit einem Punktwert von 7,88 Pfennigen vergtet werden.

Zur Begrndung ihres Widerspruchs gegen den Honorarbescheid fr das Quartal IV/2000 bezog sich die Klgerin auf die Begrndung zum Widerspruch gegen den Honorarbescheid fr das Quartal II/2000.

Ihren Widerspruch gegen die Honorarabrechnung fr das Quartal I/2001 begrndete die Klgerin nicht.

Die Klgerin legte ferner Widerspruch gegen eine sachlich rechnerische Berichtigung, bezogen auf die Vergtung von Leistungen nach Nrn. 63 und 64 EBM im Quartal III/2000, ein.

Die Widersprche gegen die Honorarbescheide fr die Quartale II/1999 bis II/2000 sowie IV/2000 und I/2001 sowie gegen die oben genannte sachlich rechnerische Berichtigung fr das Quartal III/2000 wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 8. November 2001 zurck und fhrte zur Begrndung im Wesentlichen aus: Soweit sich die Klgerin gegen die Einbehaltung eines Prfabstrichs aus dem Quartal IV/1998 mit der Honorarabrechnung II/1999 wende, habe sie nicht fristgerecht Widerspruch eingelegt. Wegen des Widerspruchs der Klgerin gegen die Honorarabrechnung III/1999 im Hinblick auf den darin enthaltenen Vorbehalt fhrte die Beklagte aus, dass dieser erforderlich sei, da die psychotherapeutisch Ttigen einen hheren Punktwert geltend machen wrden. Das Bundessozialgericht habe die Rechtmigkeit derartiger Vorbehalte in mehreren Entscheidungen vom 31. Oktober 2001 besttigt. Soweit sich die Klgerin mit dem Widerspruch gegen die Honorarabrechnung fr das Quartal IV/1999 mit der Begrndung gewandt hat, dass durch die Sachkostenpauschale das Gesamtbudget belastet wrde, fhrte die Beklagte unter Bezugnahme auf Â§ 12 Abs. 1b des HVM aus, dass Kosten vor der Bildung der Honorarkontingente vorweg vergtet werden und dass damit alle rzte gleichmig belastet wrden. Soweit die Klgerin geltend mache, dass sich die Sachkosten auf die Berechnung der Punktzahlbergrenzen auswirken wrden, sei darauf hinzuweisen, dass eine Krzung wegen berschreitung der Obergrenzen im Honorarabrechnungsbescheid fr das Quartal IV/1999 nicht erfolgt sei, so dass eine Beschwer insoweit nicht bestehe. Auch den Widersprchen gegen die Honorarabrechnungen fr die Quartale I/2000, II/2000 und IV/2000 knne nicht abgeholfen werden. Ab dem Quartal I/2000 seien in der Honorarverteilung entscheidende Vernderungen dadurch eingetreten, dass die Gesamtvergtung in der vertragsrztlichen Versorgung getrennt fr die Bereiche der hausrztlichen und der fachrztlichen Versorgung zu ermitteln sei. Nach der gesetzlich vorgesehenen "Bestregelung" fr Hausrzte seien in Schleswig-Holstein die Daten aus dem Jahre 1996 zugrunde zu legen. Fr die Berechnung der Honorarkontingente der Fachrzte wrden gem Â§ 12 Abs. 6d des HVM sowohl die durchschnittlichen Umstze der Arztgruppe im Jahr 1999 als auch die Anzahl der abrechnenden rzte der Fachgruppe im aktuell zu vergtenden Quartal herangezogen. Vernderungen der Arztzahl wrden folglich bercksichtigt. Soweit die Klgerin einen Punktwertabfall geltend mache,

sei darauf hinzuweisen, dass die Honorarzah­lungen für die Fachgruppe der Kardiologen gegenüber dem Quartal I/1999 sogar geringfügig um knapp 0,6 % je Arzt angestiegen seien. Der Punktwert für den invasiven und nichtinvasiven Leistungsbereich habe sich im Wesentlichen aufgrund einer Leistungsausweitung innerhalb der Fachgruppe verschlechtert. Außerdem wirke sich der Arztzahlzuwachs im fachärztlichen Bereich insbesondere in den Arztgruppen negativ aus, in denen kein Arztzahlzuwachs zu verzeichnen sei. Nach § 12 Abs. 6d HVM sei die Arztzahlentwicklung von allen Fachärzten zu tragen. Der HVM sei auch im Hinblick auf die Fachgruppe der Kardiologen korrekt zur Anwendung gebracht worden. So sei das Honorarkonting­ent der Kardiologen ab dem Quartal III/1997 in einen invasiven und einen nichtinvasiven Leistungsbereich unterteilt worden, um insoweit Schutzmaßnahmen einzuziehen. Das Unterkontingent für den invasiven Leistungsbereich habe sich zum Quartal IV/1999 nach dem prozentualen Anteil der Nrn. 625 bis 645 EBM aus dem ersten Halbjahr 1996 an der Gesamtanforderung der Kardiologen bemessen. Ab dem Quartal I/2000 seien die entsprechenden Vergütungsanteile aus dem Jahr 1999 maßgeblich. Durch Beschluss des Bewertungsausschusses vom 9. Dezember 1998 seien die Leistungen nach den Nrn. 640 bis 645 EBM mit Wirkung ab dem 1. April 1999 in neue Komplexgebühren nach Nrn. 5120 und 5122 überführt wurden. In die Komplexgebühren nach Nr. 5120 seien allerdings nicht nur diese invasiven Leistungen eingegangen, sondern auch nichtinvasive Leistungen, die in demselben Behandlungsfall nicht mehr gesondert berechnungsfähig seien. Begleitend zur Einführung der Komplexleistung für Herzkatheteruntersuchungen habe die Abgeordnetenversammlung am 10. März 1999 beschlossen, die Leistungsanteile des invasiven und nichtinvasiven Leistungsbereichs aus dem ersten Halbjahr 1999 neu zu berechnen. Die nichtinvasiven Leistungen, die in die neue Komplexgebühren eingegangen und in demselben Behandlungsfall nicht mehr gesondert berechnungsfähig seien, seien dem invasiven Leistungsbereich zusätzlich angerechnet worden. Ab dem Quartal II/1999 habe sich der für invasive Leistungen zur Verfügung stehende Vergütungsanteil durch den Änderungsbeschluss der Abgeordnetenversammlung von 3 % auf etwa 13 % erhöht. Soweit die Klägerin der Finanzierung bestimmter Leistungsbereiche aus der Vergütung der Fachärzte widerspreche, sei darauf hinzuweisen, dass alle nichthausärztlichen Leistungen aus dem Facharzttopf vergütet würden. Darin liege jedoch kein Nachteil, da dem Facharzttopf die entsprechenden Anteile aus der Vergangenheit (Jahr 1996) zugeführt würden. Bezogen auf die Bezahlung der Psychotherapeuten sei anzumerken, dass es insoweit zu keiner Alleinfinanzierung durch die Fachärzte gekommen sei. Nach dem Psychotherapeutengesetz müssten die Krankenkassen die Gesamtvergütung um das Volumen der Erstattungspsychiatrie aus dem Jahre 1997 zusätzlich 40 % erhöhen. Da die psychologischen Psychotherapeuten dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehörten, seien diese Gelder nach Trennung der Gesamtvergütung dem fachärztlichen Versorgungsbereich zuzuführen. Durch diese Mittel sei im fachärztlichen Versorgungsbereich die Entstehung eines finanziellen Engpasses vermieden worden. Die von der Klägerin beanstandeten Regelungen im HVM zur Vergütung von Psychotherapeuten beruhten auf gesetzlichen Vorgaben. Insgesamt hätten die gesetzlichen Neuregelungen zur Folge, dass für den

fachärztlichen Versorgungsbereich weniger Geld zur Verfügung stehe. Das gelte jedoch für alle Fachgruppen. Diese Folge könne und dürfe die Kassenzusammenfassung nicht im Rahmen des HVM konterkarieren. Unter Zugrundelegung der in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entwickelten Maßstäbe habe auch keine Pflicht zur Stützung des Punktwerts der Kardiologen bestanden. Eine gewisse Stützungsverpflichtung bestehe nur bei Gruppen, die ausschließlich auf Überweisung tätig würden. Auch seien keine Gründe zu erkennen, die zu einer vollständigen oder teilweisen Aufhebung der Honorarabrechnung für das Quartal I/2001 führen müssten. Soweit sich die Klägerin gegen die sachlich rechenerische Berichtigung hinsichtlich der Nrn. 63 und 64 EBM im Quartal III/2000 wende, könne dem Widerspruch aus näher bezeichneten Gründen ebenfalls nicht abgeholfen werden.

Dagegen hat sich die Klägerin mit der am 10. Dezember 2001 beim Sozialgericht Kiel eingegangenen Klage gewandt. Mit der Klage hat die Klägerin ausdrücklich nur noch einen höheren Punktwert für die invasiven kardiologischen Leistungen geltend gemacht. Den Widerspruchsbescheid hat sie ferner ausdrücklich nicht angegriffen, soweit es dort um die sachlich rechenerische Berichtigung hinsichtlich der Nrn. 63 und 64 EBM im Quartal III/2000 geht. Zur Begründung hat die Klägerin im Wesentlichen ausgeführt: Die Einführung der Komplexziffern Nrn. 5120 und 5122 EBM habe zu außerordentlichen Ertrags- und Umsatzrückgängen bei überdurchschnittlich hohen Praxiskosten geführt. In der Vergangenheit habe sie für invasiv-kardiologische Leistungen durchschnittlich 17.000 bis 18.000 Punkte pro Fall abrechnen können. Entsprechende Leistungen würden mit der Komplexziffer 5120 nur noch mit 10.000 Punkten bewertet. Zudem sei ein Punktwertverfall zu verzeichnen, der eine kostendeckende Erbringung der Komplexziffern nicht mehr gewährleisten würde. Im Quartal I/2000 habe der Punktwert schließlich einen Tiefstwert von nur noch 4,76 Pfennig im Primärkassenbereich und 5,61 Pfennig im Ersatzkassenbereich erreicht. Bei einem Punktwert von 5 bis 6 Pfennigen seien die Leistung nach Nr. 5120 nur noch mit insgesamt 500,- bis 600,- DM vergütet worden. Dem hätten reine Kosten für die Erbringung dieser Leistung ohne Arztlohn in Höhe von mindestens 2.000,- DM gegenübergestanden. Dazu hat die Klägerin auf die von einem Wirtschaftsprüfer zusammengestellten Daten aus ihrer Buchführung für das Jahr 1996 Bezug genommen. Die angefochtenen Honorarbescheide seien rechtswidrig, weil sie gegen den Grundsatz der angemessenen Vergütung aus [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) verstießen. Entgegen der Auffassung des Bundessozialgerichts habe [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) nicht nur den Charakter eines objektiven Rechts, sondern die Vorschrift begründe einen subjektiven Anspruch des Vertragsarztes auf Vergütung in einer bestimmten Höhe. Die Beklagte habe außerdem gegen ihre Beobachtungs- und Reaktionspflicht verstoßen. Sie wäre verpflichtet gewesen, Honorarentwicklungen regelmäßig daraufhin zu überprüfen, ob ungewollte Verwerfungen entstanden seien. Insoweit hat sich die Klägerin auf eine Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 9. September 1998 ([B 6 KA 56/97 R](#)) bezogen. Sie fühle als fast ausschließlich invasiv kardiologisch tätige Gemeinschaftspraxis die in der genannten Entscheidung aufgestellten Voraussetzungen. Auch habe der Punktwertverfall einen längeren Zeitraum betroffen und sei nicht nur als gelegentlich anzusehen. Ferner seien von dem

Punktwert vom Umsatz her gesehen wesentliche Leistungsbereiche betroffen. Im Quartal I/2000 sei der Punktwert für invasiv kardiologische Leistungen 32 % (Primärkassen) bzw. 31 % (Ersatzkassen) geringer gewesen als der durchschnittliche Punktwert aller Arztpraxen in diesem Quartal. Anlass zur Korrektur der Honorarverteilung bestehe nach der genannten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bereits, wenn der Punktwert der aus dem Honorartopf vergüteten Leistungen um mindestens 15 % niedriger sei als der Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen. Der Beklagten sei bekannt gewesen, dass eine Vielzahl von Faktoren die Mengenausweitung in Bezug auf die invasiv kardiologischen Leistungen verursacht habe. Ferner sei ihr bekannt gewesen, dass invasiv kardiologische Leistungen nur auf Überweisung erbracht werden könnten und die Erbringer der Leistung deshalb nicht für die Mengenausweitung verantwortlich seien. Ferner sei die Mengenausweitung dadurch verursacht worden, dass Kardiologen eine Abrechnungsgenehmigung nur erteilten, wenn sie 200 Fälle pro Jahr nachweisen könnten. Gleiches gelte für die Durchführung interventioneller Maßnahmen (z.B. PTCA oder Stent), die nach Nr. 5122 vergütet werden. Hier müssten 50 Leistungen nachgewiesen werden. Dieser Nachweis sei ab Oktober 1999 zu erbringen und zwar erstmalig für die Zeit von Oktober 1999 bis Oktober 2000. Um die Qualitätsrichtlinien zu erfüllen, hätten die Ärzte mehr Leistungen erbracht als vorher. Im Gegensatz zur Beklagten seien andere Kassenärztlichen Vereinigungen wie die Kassenärztlichen Vereinigungen Bayern, Hessen und Hamburg ihrer Reaktionspflicht nachgekommen, indem sie Leistungen nach Nrn. 5120 und 5122 EBM mit einem festen Punktwert von 10 Pfennig vergüteten. Auch die Beklagte wäre verpflichtet gewesen, den Punktwert für diese Leistungen auf 10 Pfennig zu setzen. Indem die Beklagte dies unterlassen habe, habe sie auch gegen die Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen für die Vereinbarung von Gesamtvergütungen im Jahr 1999 verstoßen. Nach § 1 Ziff. 1 der Empfehlungen werde den Kassenärztlichen Vereinigungen empfohlen, durch geeignete Maßnahmen im Rahmen der Honorarverteilung sicherzustellen, dass die zum 1. April 1999 neu bewerteten Leistungen der Abschnitte Q I 4. und Q I 5. EBM weiterhin kostendeckend erbracht werden könnten. Diese Empfehlung habe für die Beklagte bindende Wirkung. Zudem habe die Beklagte nicht berücksichtigt, dass mit der Nr. 5125 EBM (Beobachtung und Betreuung eines Kranken, entsprechend den Inhalten der Vereinbarung gemäß [§ 135 Abs. 2 SGB V](#) zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen nach diagnostischer Herzkatheteruntersuchung, entsprechend der Leistung nach 5120, mehr als 4 Stunden, einmal im Behandlungsfall) eine neue Leistung eingeführt worden sei. Die Beklagte wäre verpflichtet gewesen, das Teilbudget für invasive kardiologische Leistungen im Hinblick auf diese neu in den EBM aufgenommene Leistung zu erhöhen, weil anderenfalls die invasiv tätigen Kardiologen die Leistung über den verminderten Punktwert aus eigener Tasche bezahlen müssten. Auf die neue Leistung nach Nr. 5125 EBM entfielen 10 bis 12 % aller im entsprechenden Teilbudget vergüteten Leistungen.

Die Klägerin hat beantragt,

die Honorarabrechnung der Beklagten für die Quartale II/1999 bis II/2000 und

IV/2000 bis I/2001 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 8. November 2001 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, der Klägerin neue Honorarbescheide unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu erteilen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen

und sich zur Begründung auf den Inhalt des angefochtenen Widerspruchsbescheides bezogen. Ergänzend hat sie im Wesentlichen ausgeführt: Durch den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 9. Dezember 1998 seien die Leistungen nach den Nrn. 640 bis 645 mit Wirkung ab dem 1. April 1999 in neue Komplexgebühren nach den Ziffern 5120 und 5122 überführt worden. Dabei seien in die Komplexgebühr nach Nr. 5120 EBM nicht nur diese invasiven Leistungen eingegangen, sondern auch nichtinvasive Leistungen, die in demselben Behandlungsfall nicht mehr gesondert berechnungsfähig seien. Vor diesem Hintergrund seien die Leistungsanteile des invasiven und des nichtinvasiven Leistungsbereichs im HVM neu berechnet worden. Die nichtinvasiven Leistungen, die in die neue Komplexgebühr eingegangen und in demselben Behandlungsfall nicht mehr gesondert berechnungsfähig seien, seien dem invasiven Leistungsbereich zusätzlich angerechnet worden. Damit hätte sich ab dem Quartal II/1999 der Vergütungsanteil der invasiven Leistungen von 3 % auf etwa 13 % erhöht. Ohne den Änderungsbeschluss der Abgeordnetenversammlung wäre ein Punktwert für den invasiven Leistungsbereich in Höhe von 3 bis 4 Pfennigen zu erwarten gewesen. Damit sei sie ihrer Beobachtungs- und Reaktionspflicht nachgekommen. Die Einführung der Komplexziffern 5120 und 5122 EBM zum Quartal II/1999 habe nicht zu einem Punktwertrückgang, sondern im Gegenteil zu einem Anstieg des Punktwerts geführt. Der Punktwert habe im Quartal I/1999 noch 6,37 Pfennig (Primärkassen) bzw. 7,77 Pfennig (Ersatzkassen) betragen und sei im Quartal II/1999 auf 8,29 Pfennig (Primärkassen) bzw. 9,88 Pfennig (Ersatzkassen) angestiegen. Dass der Punktwert im Quartal III/1999 wieder zurückgegangen sei, stehe im Zusammenhang mit der Einführung der Zuschlagsziffer nach Nr. 5125 EBM. Durch die Einführung dieser Leistungsziffer sei es zu einer erhöhten Punktzahlanforderung gekommen. Dadurch sei der Punktwert gefallen. Der Punktwertrückgang im Quartal I/2000 stehe ebenfalls nicht mit der Einführung der Komplexgebühren im Zusammenhang. Hintergrund sei vielmehr die gesetzliche Trennung der Gesamtvergütung in einen fachärztlichen und einen hausärztlichen Versorgungsbereich. Zudem habe im Quartal I/2000 die höchste Punktzahlanforderung im invasiven Bereich vorgelegen und auch die von allen Fachärzten zu tragende Arztlageentwicklung habe eine Rolle gespielt. Im Hinblick auf das Vorbringen der Klägerin zu den die Vergütung übersteigenden Kosten für die Erbringung von Leistungen sei darauf hinzuweisen, dass nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ohnehin kein Anspruch auf eine kostendeckende Vergütung von Leistungen bestehe. Der Verringerung der Punktzahlen für die Erbringung von Komplexleistungen liege eine Entscheidung des Bewertungsausschusses zugrunde. Eine Verpflichtung zur Stützung des Punktwerts bei den invasiven kardiologischen Leistungen habe nicht bestanden. Der

Auszahlungspunktwert für diesen Leistungsbereich habe in den meisten Quartalen sogar deutlich oberhalb des durchschnittlichen Punktwerts der nicht budgetierten Arztgruppen gelegen. Der Vergleich mit dem durchschnittlichen Punktwert der nicht budgetierten Arztgruppen sei sachgerecht, da der sog. Quartalspunktwert erst nach Durchführung der Praxisbudgetierung errechnet werde und dieser Punktwert folglich künstlich erhöht sei. Zudem zählte die Fachgruppe der Kardiologen zu den nicht budgetierten Arztgruppen. Ferner sei festzustellen, dass die Punktwerte für den invasiven und den nichtinvasiven Leistungsbereich in den Folgequartalen ohnehin nur unwesentlich voneinander abwichen.

Mit Urteil vom 10. März 2004, zugestellt am 19. März 2004, hat das Sozialgericht Kiel die Klage abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt: Der Vorschrift des [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) könne nicht die Forderung entnommen werden, dass die Leistungen des Vertragsarztes stets gleichmäßig mit einem einheitlichen Punktwert zu vergüteten seien. Eine Aufteilung in verschiedene Honorartypen sei grundsätzlich zulässig. Allerdings bedürfe es für Topfbildungen wegen der möglichen unterschiedlichen Punktwerte einer sachlichen Rechtfertigung. Gemäß [§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V](#) habe die Kassenärztliche Vereinigung die Möglichkeit, im HVM gesonderte Honorartypen für verschiedene Fachgruppen zu bilden, um Vorsorge dagegen zu treffen, dass durch eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Fachgruppen das Honorargefüge ungerechtfertigt verändert werde. Außerdem könne die Bildung nach Leistungsbereichen zulässig sein. Bei Vorliegen von Sachgründen könnten Honorartypen nach Leistungsbereichen gebildet werden, wenn damit Steuerungszwecke verbunden seien, die ihrerseits im Gesetz oder vertragsärztlichen Vergütungssystem selbst angelegt seien oder die zu verfolgen zu den legitimen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags gehöre. Für die Gruppe der Kardiologen habe die Beklagte einen Honorartyp für invasive Leistungen und einen anderen Honorartyp für nichtinvasive Leistungen gebildet. Eine solche Differenzierung sei zulässig. Die personell und technisch aufwendigen Leistungen des invasiven Bereichs würden nur von sehr wenigen niedergelassenen Kardiologen durchgeführt. Im übrigen würden diese Leistungen durch Kliniken erbracht. Die Leistungen seien nach Einführung der Komplexziffern 5120 ff. entsprechend hoch bewertet. Die Kammer sei nicht der Auffassung, dass die Beklagte nach Einführung der neuen Komplexziffer Nr. 5125 EBM den Honorartyp der Kardiologen bzw. das invasive Honorarkontingent hätte aufstocken müssen. Gelder seien hierfür nicht bereitgestellt worden, so dass die anderen Arztgruppen oder aber nur die Kardiologen von einer Erhöhung des invasiven Untertopfs betroffen gewesen wären. Auch wenn der Punktwert im invasiven Bereich erheblich gefallen sei, wie die Klägerin anhand von Statistiken belegt habe, so sei die Kammer doch nicht der Auffassung, dass die Beklagte bzw. die Abgeordnetenversammlung dem durch eine Änderung der Kontingente hätte Rechnung tragen müssen. Auch die Auffassung der Klägerin, nach der die Beklagte den Punktwert wenigstens hätte stützen müssen, werde von der Kammer nicht geteilt. Gemäß [§ 12 Abs. 6j HVM](#) sei die Stützungsverpflichtung im HVM nur für Arztgruppen vorgesehen, die Leistungen nur auf Überweisung erbringen. Eine Stützung erfolge bis maximal 15 % unter dem durchschnittlichen

Punktwert der nicht budgetierten Arztgruppen. Bei der Klägerin handle es sich aber nicht um Ärzte und bei den Kardiologen auch nicht um eine Arztgruppe, die ausschließlich auf Überweisung tätig seien. Auch wenn ein großer Teil der Leistungen auf Überweisung erbracht werde, so beschränke sich die Regelung im HVM doch auf solche Arztgruppen, die ausschließlich auf Überweisung tätig seien. Die Beklagte habe ihrer Beobachtungs- und Reaktionspflicht dadurch Genüge getan, dass sie zum Einen "Schutzzone" durch Trennung des invasiven und nichtinvasiven Bereichs gebildet habe und zum Anderen die Leistungsanteile neu berechnet habe, so dass sich der Vergütungsanteil ab dem Quartal II/99 von 3 % auf etwa 13 % erhöht habe. Ein Anspruch auf eine bestimmte Vergütung gebe es nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht. Im Rahmen ihrer Beobachtungs- und Reaktionspflicht habe die Beklagte die von ihr erlassenen Verteilungsregelungen regelmäßig daraufhin zu überprüfen, ob der Zweck der Regelung ganz oder teilweise nicht erreicht oder gar verfehlt werde. Sie habe die Verteilungsregelungen weiter zu entwickeln, wenn sich herausstelle, dass die vorgenommene Einteilung dazu führe, dass der Punktwert in einzelnen Bereichen deutlich stärker abfalle und als Grund dafür keine von den Leistungserbringern selbst verursachte Mengenausweitung erkennbar sei. Hierbei müsse es sich allerdings um eine dauerhafte Entwicklung handeln. Außerdem müsse ein wesentlicher Leistungsbereich einer Arztgruppe betroffen sein. Zudem führe das Bundessozialgericht in seiner Entscheidung vom 3. März 1999 ([B 6 KA 8/98 R](#)) aus, dass Anlass zur Korrektur der Honorarverteilung nur bestehe, wenn der Punktwert den Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen um 15 % oder mehr unterschreite und wenn außerdem Ärzte betroffen seien, die Leistungen nur auf Überweisung erbringen könnten. Beide Voraussetzungen seien hier nicht erfüllt. Zum Einen erbringe die Arztpraxis nicht ausschließlich invasiv-kardiologische Leistungen und zum Anderen würde die Klägerin nicht ausschließlich auf Überweisung tätig. Zudem könne der Punktwert für invasiv-kardiologische Leistungen nicht mit dem künstlich erhöhten durchschnittlichen Punktwert der Arztgruppe verglichen werden. Wenn andere Kassenärztliche Vereinigungen im Bundesgebiet für invasiv-kardiologische Leistungen einen Punktwert von 10 Pfennig angesetzt hätten, könne dies viele Ursachen haben. Auch wenn die Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine Vergütung auf der Basis von 10 Pfennig vorsehe, sei zu berücksichtigen, dass es sich dabei um eine Empfehlung handle. Im Übrigen gehe der EBM für alle Leistungen von einem heute nur noch fiktiven Punktwert von 10 Pfennig aus. Die Klägerin könne daraus keine Ansprüche auf eine höhere Vergütung herleiten.

Mit der am 13. April 2004 beim Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht eingegangenen Berufung macht die Klägerin nur noch höhere Vergütung für die Quartale III/1999 bis II/2000 sowie IV/2000 und I/2001 mit der Begründung geltend, dass die Beklagte der Einföhrung der mit 1600 Punkten bewerteten Nr. 5125 EBM-Ä (Beobachtung und Betreuung eines Kranken, entsprechend den Inhalten der Vereinbarung gemäß [Ä§ 135 Abs. 2 SGB V](#) zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen nach diagnostischer Herzkatheteruntersuchung, entsprechend der Leistung nach 5120, mehr als 4 Stunden, einmal im Behandlungsfall) zum 1. Juli 1999 hätte Rechnung tragen

müssen. Zur Begründung trägt sie im Wesentlichen vor: Bereits drei Monate nach Einführung der Komplexgebühren (Nr. 5120 und 5122 EBM) habe der Bewertungsausschuss den Abschnitt Q des EBM erneut geändert und die Leistungspositionen 5125 und 5126 neu in den EBM aufgenommen. Von den Leistungspositionen würden Betreuungs- und Beobachtungsleistungen erfasst, die der Arzt im Zusammenhang mit einer Herzkatheteruntersuchung nach den Ziffern 5120 und 5122 erbringe. Diese Leistungen fielen regelmäßig im Rahmen einer Herzkatheteruntersuchung an. Es handele sich mithin um reine Zuschlagsziffern. Die Vergütung sei mit 1.600 bzw. 3.500 Punkten vergleichsweise hoch. Ziel der Aufnahme der neuen Leistungspositionen sei es gewesen, einer erkannten Fehlentwicklung im Bereich der invasiv kardiologischen Leistungen entgegen zu wirken. Durch die Erweiterung der Leistungspositionen solle ein Ausgleich dafür geschaffen werden, dass die Punktzahl für eine Herzkatheteruntersuchung mit der Einführung der Leistungskomplexe von durchschnittlich 18.000 auf 10.000 Punkte abgesenkt worden sei. Um dennoch eine kostendeckende Leistungserbringung sicherzustellen und einen Anreiz zu schaffen, weiterhin invasiv kardiologische Leistungen zu erbringen, habe sich der Bewertungsausschuss dafür entschieden, die Ziffern 5125 und 5126 ergänzend in den EBM aufzunehmen. Auf diese erneute Änderung des EBM habe die Beklagte nicht reagiert und den Honorartopf für invasiv kardiologische Leistungen nicht geändert. In der Folge sei der Punktwert rapide um fast die Hälfte auf einen Tiefstwert im Quartal I/2000 von 4,76 Pfennig (Primärkassen) bzw. 5,61 Pfennig (Ersatzkassen) gesunken. Dieser Punktwertverfall sei maßgebend auf die mit der Einführung der Leistung Nr. 5125 EBM zum III. Quartal 1999 bewirkte Erhöhung der Punktzahlen zurückzuführen. Da die Beklagte das Honorarkontingent nicht erhöht habe, habe die Einführung der Zuschlagsziffer 5125 EBM nicht zu der beabsichtigten Aufwertung und Stärkung invasiv kardiologischer Leistungen geführt. Dadurch, dass die Beklagte untätig geblieben sei, sei sie ihrer Verpflichtung zur Umsetzung der Steuerungsentscheidung des Bewertungsausschusses auf Ebene des HVM nicht nachgekommen. Die Beklagte sei jedoch an die Entscheidung des Bewertungsausschusses gebunden. Der EBM sei Grundlage des HVM. Es sei auch ohne Weiteres vorhersehbar gewesen, dass es wegen der Teilbudgetierung aufgrund der neuen Zuschlagsziffern zu einem gravierenden Punktwertverfall im Bereich der invasiv kardiologischen Leistungen kommen würde. Da die neu eingeführte Leistung nach Nr. 5125 EBM einen Anteil von 11 bis 13 % aus dem Honorartopf der invasiv kardiologischen Leistungen ausmache, hätte dieser Honorartopf in den Quartalen III/1999 bis II/2000 sowie IV/2000 und I/2001 um den entsprechenden Prozentsatz aufgestockt werden müssen. Dadurch wäre ihr Honorar in den streitgegenständlichen Quartalen um 97.281,32 DM höher ausgefallen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 10. März 2004 sowie die Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale III/1999 bis II/2000 sowie IV/2000 und I/2001 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 8. November 2001 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, ihr im Hinblick auf die Einführung der Ziffer 5125 EBM die in den genannten Quartalen abgerechneten invasiv-kardiologischen Leistungen

mit einem höheren Punktwert zu vergüteten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die die Klägerin betreffenden Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Prozessakte und die Gerichtsakten des Sozialgerichts Kiel zu den Aktenzeichen S 15 KA 848/01 und S 15 KA 531/00 haben dem Senat vorgelegen. Diese sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Beratung gewesen. Wegen weiterer Einzelheiten wird auf ihren Inhalt verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig. Die Klage ist nicht deshalb unzulässig, weil die Klägerin zweimal wegen desselben Streitgegenstands Klage erhoben hat und schließlich die ausweislich des Fax-Aufdrucks einige Stunden früher per Telefax erhobene Klage (SG Kiel zum Aktenzeichen S 15 KA 848/01) zurückgenommen hat. Dadurch war die vorliegende Klage zwar zum Zeitpunkt der Klagerhebung gemäß [Â§ 94 SGG](#), [Â§ 202](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) in Verbindung mit [Â§ 17 Abs. 1 Satz 2](#) Gerichtsverfassungsgesetz (GVG) unzulässig. Die Klage ist jedoch durch die in dem Verfahren zum Aktenzeichen S 15 KA 848/01 erklärte Rücknahme nachträglich zulässig geworden, weil die Rücknahme die Wirkung der Klagerhebung rückwirkend beseitigt. Abzustellen ist insoweit auf den Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung (vgl. Leitherer in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 8. Aufl. 2005, [Â§ 94 Rz. 7b](#); Finanzgericht Düsseldorf, Urteil vom 17. November 2002 [17 K 1537/98 I](#), Bayerischer VGH, Beschluss vom 3. Februar 2005, [âB 22 ZB 05.61](#) [âB NJW 2005, 1450](#)).

Im Berufungsverfahren macht die Klägerin nur noch höhere Vergütung für die Quartale III/99 bis II/00 sowie IV/00 und I/01 geltend. Zudem hat die Klägerin ihr Begehren im Berufungsverfahren in zulässiger Weise (vgl. BSG, Urteil vom 23. Februar 2005 [âB B 6 KA 77/03 R](#) [âB SozR 4-1500 Â§ 92 Nr. 2](#)) dahin eingeschränkt, dass nur noch eine höhere Vergütung für die genannten Quartale im Hinblick auf die Einführung der Nr. 5125 EBM geltend gemacht wird.

Rechtsgrundlage für Honorarverteilungsregelungen ist [Â§ 85 Abs. 4](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), hier anzuwenden in der bis zum 31. Dezember 1999 geltenden Fassung des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) vom 20. Dezember 1998, BGBl. I S. 2477 bzw. soweit die Quartale I, II und IV/00 sowie I/01 betroffen sind [âB in der Fassung des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 vom 22. Dezember 1999, BGBl. I S. 2626](#)). Danach haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Gesamtvergütung nach Maßgabe des HVM an die Vertragsärzte zu verteilen; bei der Verteilung sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu Grunde zu legen. Nach dem für die streitgegenständlichen Quartale geltenden HVM der Beklagten wurden die

nach Abzug von Vorwegvergrößerungen verbleibenden Gesamtvergrößerungsanteile in Honorarkontingente für nach dem EBM-Ärztliche budgetierte und nicht budgetierte Arztgruppen aufgeteilt. Danach erfolgte eine weitere Unterteilung in arztgruppenspezifische Kontingente. Bei der Bildung der Volumina wurden bei den nicht budgetierten Arztgruppen, zu denen auch die Kassenärztliche, wegen der Änderung des EBM-Ärztliche von 1996 die Verhältnisse im ersten Halbjahr 1996 berücksichtigt. Das Honorarkontingent der Kardiologen war in zwei Unterkontingente für invasiv-kardiologische und nichtinvasiv-kardiologische Leistungsbereiche unterteilt.

Der HVM der Beklagten in den hier maßgebenden Fassungen steht mit höherrangigem Recht im Einklang. Der Senat geht der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts folgend davon aus, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Ausformung des Honorarverteilungsmaßstabs einen Gestaltungsspielraum haben, weil die Honorarverteilung eine in der Rechtsform einer Norm, nämlich einer Satzung, ergehende Maßnahme der Selbstverwaltung ist (vgl. BSG, Urteil vom 10. Dezember 2003 – [B 6 KA 54/02 R](#) – [BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 Â§ 85 Nr. 5](#), m.w.N.). Die Beklagte ist im Rahmen der ihr nach [Â§ 85 Abs. 4 SGB V](#) obliegenden Honorarverteilung grundsätzlich berechtigt, die Gesamtvergrößerung nach festen arztgruppenbezogenen Kontingenten zu verteilen (vgl. BSG, Urteil vom 8. März 2000 – [B 6 KA 7/99 R](#) – [BSGE 86, 16 = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr. 23](#)). Insoweit ist sie allerdings an die gesetzlichen Vorgaben und auch an die Bestimmungen des EBM-Ärztliche gebunden. Der auf der Grundlage des [Â§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) als Satzung zu beschließende Honorarverteilungsmaßstab einer Kassenärztlichen Vereinigung darf nicht gegen die Vorschriften des auf der Grundlage des [Â§ 87 Abs. 2 SGB V](#) erlassenen Bewertungsmaßstabs verstoßen. Dieser ist nach [Â§ 87 Abs. 1 SGB V](#) Bestandteil des Bundesmantelvertrags-Ärztliche, der wiederum in seiner Rechtsqualität Vorrang vor regionalen Gesamtverträgen und den Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen hat (BSG, Urteil vom 8. März 2000, a.a.O., juris Rz. 34). Das ergibt sich im Übrigen aus [Â§ 81 Abs. 3 SGB V](#). Danach müssen die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen Bestimmungen darüber treffen, dass u.a. die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abzuschließenden Verträge für sie wie für ihre Mitglieder verbindlich sind. Ein Honorarverteilungsmaßstab, der sich in Widerspruch zu verbindlichen Vergrößerungsvorgaben des EBM-Ärztliche setzt, ist deshalb rechtswidrig und – da es sich um eine Norm handelt – nichtig (vgl. BSG, Urteil vom 8. März 2000, a.a.O., m.w.N.).

Entgegen der Auffassung der Klägerin hat die Beklagte jedoch nicht gegen Vorgaben für die Honorarverteilung aus dem EBM-Ärztliche verstoßen. Dem EBM-Ärztliche ist keine Vorgabe dahin zu entnehmen, dass invasiv-kardiologische Leistungen mit der Einführung der Zuschlagsziffer 5125 EBM-Ärztliche ab dem Quartal III/99 höher als bisher zu vergrößerung sein. Wie die Klägerin auch in der Berufungsbegründung nachvollziehbar ausführt, ist die Einführung der genannten Zuschlagsziffer im Zusammenhang mit der im vorangegangenen Quartal II/1999 vorgenommenen Einführung der Komplexziffern Nr. 5120 und 5122 für die Durchführung von Herzkatheteruntersuchungen zu sehen. Die Einführung dieser Komplexziffern hat danach zu einer Verringerung der Punktzahlen geführt, die bei Durchführung

von Herzkatheteruntersuchungen höchstens angesetzt werden können. Dabei kann dahingestellt bleiben, ob die Einföhrung der Komplexziffern tatsächlich so wie von der Klägerin angegeben zu einem Rückgang der durchföhrung dieser Untersuchung abrechenbaren Punkte von 18.000 auf 10.000 geföhrt hat. Mit der Einföhrung von Komplexziffern hat der Bewertungsausschuss dem in [Â§ 87 Abs. 2a](#) und 2b SGB V in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 ([BGBl. I S. 2266](#)) enthaltenen Auftrag des Gesetzgebers entsprochen, einzelne Geböhrenpositionen zu Leistungskomplexen zusammenzufassen. Dahinter steht gerade das Bestreben, die bei bestimmten typischen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen anfallenden Leistungen pauschal abzugelten und der Tendenz zu Leistungsausweitungen und einem damit verbundenen Punktwertverfall entgegenzuwirken (vgl. BSG, Urteil vom 20. März 1996 - B 6 RKa 51/95 - [BSGE 78, 98](#) = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr. 12](#), juris Rz. 27, unter Bezugnahme auf die Gesetzesbegründung, [BT-Drucks. 12/3608, Seite 89](#)). Das Ziel, einem Punktwertverfall entgegenzuwirken, ist mit der Einföhrung der Komplexziffern in Schleswig-Holstein auch erreicht worden. Das wird daran deutlich, dass der Punktwert, der in den Quartalen I bis IV/98 zwischen 6,16 und 7,03 (Primärkassen) bzw. zwischen 7,23 und 8,20 Pfennig (Ersatzkassen) lag, im Quartal II/99 deutlich auf 8,29 Pfennig (Primärkassen) bzw. 9,88 Pfennig (Ersatzkassen) angehoben wurde. Wenn man mit der Klägerin davon ausgeht, dass die mit der Einföhrung der Komplexziffern bewirkte Verringerung der abrechenbaren Punktzahlen zum Quartal II/99 durch die Einföhrung der Zuschlagsziffer Nr. 5125 EBM-Ä teilweise kompensiert werden sollte, so kann in der Einföhrung der Zuschlagsziffer keine Vorgabe dahin gesehen werden, dass die Vergöftung der Durchföhrung von Herzkatheteruntersuchungen insgesamt angehoben werden sollte. Vielmehr wurde die zum Quartal II/99 eingeföhrte deutliche Absenkung der Vergöftung wieder etwas zurückgenommen. Da die Beklagte die Absenkung der durchföhrung von Herzkatheteruntersuchungen abrechenbaren Punktzahlen zum Quartal II/99 nicht zum Anlass für die Verringerung des Honorarkontingents für invasiv-kardiologische Leistungen genommen hat, kann die Klägerin auch nicht verlangen, dass die Abmilderung der Punktwertabsenkung durch die Einföhrung einer Zuschlagsziffer zu einer Erhöhung des Honorarkontingents zu Lasten anderer Fachgruppen führen müsste.

Im Übrigen wäre die Beklagte zur Erhöhung des Honorarkontingents für invasiv-kardiologische Leistungen selbst dann nicht verpflichtet, wenn man der Auffassung der Klägerin folgend davon ausgehen wollte, dass die Durchföhrung von Herzkatheteruntersuchungen mit der Einföhrung der Zuschlagsziffer nach Nr. 5125 EBM-Ä aufgewertet werden sollte. Aus der Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung im Rahmen der Honorarverteilung Vorgaben des EBM-Ä zu beachten, folgt nicht, dass jede Einföhrung neuer Geböhrenziffern zu einer Änderung der Honorarverteilung führen müsste, dass neu eingeföhrte Geböhrenziffern von einer Mengensteuerung freizustellen wären oder dass dort eine Mengenausweitung ohne Rücksicht auf den Punktwertverfall in anderen Leistungsbereichen begünstigt werden dürfte (BSG, Urteil vom 8. März 2000, a.a.O., juris Rz. 38). Deshalb ist die Beklagte nicht verpflichtet, den Zuschlag nach Nr. 5125 EBM-Ä für die Durchföhrung von

Herzkatheteruntersuchungen im Rahmen der Honorarverteilung so zu privilegieren, dass sich Punktwertrückgänge auf die Honorierung dieser Leistungen nicht auswirken können. Zwar ist die Beklagte nach der Rechtsprechung des BSG zur Prüfung verpflichtet, ob andere Umstände als von den Vertragsärzten selbst verursachte Leistungsausweitungen zu einer Veränderung innerhalb der verschiedenen Honorarkontingente führen können. Als derartige Umstände können z.B. gesetzliche oder satzungsmäßige Leistungsausweitungen in Betracht kommen (vgl. BSG, Urteil vom 7. Februar 1996 B 6 RKA 68/94 – BSGE 77, 288 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 11; BSG, Urteil vom 28. Januar 1998 – B 6 KA 96/96 R – SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 24). Wie das BSG mit Urteil vom 8. März 2000 (a.a.O., juris Rz. 40) klargestellt hat, steht dem jedoch die Härterbewertung bestimmter ärztlicher Leistungen im EBM nicht gleich. Die Härterbewertung von Leistungen wird durch die Honorarverteilung nach festen Arztgruppen bezogenen Kontingenten und den dadurch bewirkten Rückgang von Punktwerten nicht aufgehoben. Zwar wirkt sich die Erhöhung von Punktzahlen im EBM unter diesen Umständen nicht auf den Anteil der jeweiligen Arztgruppe an der Gesamtvergütung aus. Der Anreiz, gerade die höher vergütete Leistung zu erbringen, bleibt aber erhalten. Im vorliegenden Fall wird mit der Zuschlagsziffer Nr. 5125 EBM ein Anreiz geschaffen, einen Kranken im Zusammenhang mit der Durchführung einer Herzkatheteruntersuchung mit Coronarangiographie "entsprechend den Inhalten der Vereinbarung gem. Â§ 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen nach diagnostischer Herzkatheteruntersuchung" mehr als vier Stunden zu beobachten und zu betreuen. Nach allem ist die Beklagte nicht verpflichtet, Bewertungskorrekturen bei einzelnen Leistungen zum Anlass für Korrekturen hinsichtlich der Honorarkontingente der einzelnen Arztgruppen vorzunehmen (so auch ausdrücklich bezogen auf die Härtere Bewertung von Vorsorge- und Früherkennungsleistungen bei Kindern ab dem 1. Januar 1996: BSG, Urteil vom 8. März 2000, a.a.O., juris Rz. 40).

Auch ein Verstoß gegen die Beobachtungs- und Reaktionspflichten liegt bereits deshalb nicht vor, weil im Bereich der invasiv-kardiologischen Leistungen in den streitgegenständlichen Quartalen kein deutlicher und nicht nur vorübergehender Punktwertabfall (vgl. dazu BSG, Urteil vom 9. September 1998 – B 6 KA 55/97 R – BSGE 83, 1 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 26) eingetreten ist. Vielmehr ist der Punktwert mit Einführung der Komplexziffern zum Quartal II/99, wie oben dargestellt, deutlich über den Punktwert der vorangegangenen Quartale angestiegen. Nach der Einführung der Zuschlagsziffer nach Nr. 5125 EBM hat sich der Punktwert wieder reduziert; er ist in den streitgegenständlichen Quartalen aber im Durchschnitt etwa genauso hoch wie der Punktwert in den Quartalen I/98 bis I/99. Etwas Anderes gilt allein für das Quartal I/00. Dort war der Punktwert für invasiv-kardiologische Leistungen auf 4,77 Pfennig (Primärkassen) bzw. 5,62 Pfennig (Ersatzkassen) gefallen. Da der Punktwertabfall lediglich ein Quartal betrifft, handelt es sich jedoch zweifellos nicht um eine dauerhafte Entwicklung und die Beklagte hatte auch keine Möglichkeit, auf diesen nur ein Quartal betreffenden Punktwertabfall zu reagieren.

Soweit die Klägerin unter Bezugnahme auf das Urteil des Bundessozialgerichts

vom 9. September 1998 ([a.a.O.](#)) geltend macht, dass der Punktwert für invasiv-kardiologische Leistungen mindestens 15 % unter demjenigen den größten Teil der sonstigen Leistungen liegt, ist ergänzend darauf hinzuweisen, dass die in der genannten Entscheidung entwickelten Kriterien ohnehin nicht auf die in den hier maßgebenden Quartalen geltende Honorarverteilung mit zahlreichen Honorarkontingenten, die alle Fachgruppen und fast alle Leistungen abdecken (so dass es keinen relevanten "Restbereich sonstiger Leistungen" mehr gibt) übertragbar sind (vgl. BSG, Urteile vom 20. Oktober 2004 – [B 6 KA 31/03 R](#), juris Rz. 34 sowie [B 6 KA 30/03](#) – [BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 Â§ 85 Nr. 12](#)). Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die Punktwerte für invasiv-kardiologische Leistungen in den streitgegenständlichen Quartalen im Durchschnitt der streitgegenständlichen Quartale etwa den Punktwerten aus dem Honorarkontingent der nichtinvasiven Leistungen entsprachen. Insoweit wird auf die von der Beklagten vorgelegte Übersicht auf Bl. 91 der Gerichtsakte Bezug genommen. Außerdem lag der Punktwert für invasiv-kardiologische Leistungen in den meisten der streitgegenständlichen Quartalen über dem durchschnittlichen Punktwert der nicht budgetierten Arztgruppen.

Dass mit der Honorierung in den streitgegenständlichen Quartalen gegen den Grundsatz der angemessenen Vergütung nach Â§ 72 Abs. 2 SGB verstoßen würde, hat die Klägerin im Berufungsverfahren nicht mehr geltend gemacht und es gibt dafür auch keine Anhaltspunkte. Nach ständiger Rechtsprechung kann ein subjektives Recht des einzelnen Vertragsarztes auf höheres Honorar für ärztliche Leistung gemäß [Â§ 72 Abs. 2 SGB V](#) erst dann in Betracht kommen, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen, etwa einer Arztgruppe oder als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden Ärzte gefährdet wird (vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004 B [6 KA 44/03 R](#) [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 Â§ 72 Nr. 2](#), juris Rz. 129 ff.). Dafür bestehen für die Berufsgruppe der Ärzte für innere Medizin keine Anhaltspunkte. Im Übrigen gibt es auch keine Hinweise darauf, dass die Klägerin in den streitgegenständlichen Quartalen eine unangemessen niedrige Vergütung erhalten hätte: Die klinische Gemeinschaftspraxis mit drei Ärzten für innere Medizin (davon zwei mit Schwerpunkt Kardiologie) hat z.B. in den Quartalen III/1999 bis I/2000 jeweils eine Bruttovergütung um 550.000,00 DM pro Quartal erhalten. Das bedeutet, dass jedem der drei Ärzte ein Honorar von etwa 180.000,00 DM pro Quartal gezahlt worden ist. Unter Abzug eines Kostensatzes von etwa 60 % (vgl. Grunddaten der KBV für Internisten, die nach dem Urteil des BSG vom 31. August 2005 [B 6 KA 6/04 R](#) auch auf Kardiologen übertragen werden können) verbleibt ihr daher ein Überschuss in Höhe von etwa 72.000,00 DM pro Quartal bzw. 24.000,00 DM pro Monat. Damit liegt der Gewinn der Klägerin je Arzt (vor Steuern) allein aus der vertragsärztlichen Tätigkeit etwa doppelt so hoch wie das im EBM vom 1. Juli 1997 kalkulierte Durchschnittseinkommen von jährlich 138.000,00 DM je Arzt (vgl. dazu BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004, [a.a.O.](#); BSG, Urteil vom 31. August 2005, [a.a.O.](#), vorgesehen für SozR 4, juris Rz. 28). In derartigen Fällen erübrigen sich weitere Ausführungen zur Angemessenheit der Vergütung.

Der Senat kann auch keine Anhaltspunkte dafür erkennen, dass die Beklagte das Honorar für die von der Klägerin erbrachten invasiv-kardiologischen Leistungen in den streitgegenständlichen Quartalen aus anderen von der Klägerin nicht ausdrücklich geltend gemachten Gründen rechtswidrig zu niedrig festgesetzt haben könnte.

Die Kostenentscheidung folgt aus [Â§ 193 Abs. 1 und 4 SGG](#) in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden und hier noch anwendbaren Fassung (vgl. BSG, Urteil vom 30. Januar 2002 – [B 6 KA 12/01 R](#) – [SozR 3-2500 Â§ 116 Nr. 24](#)).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Erstellt am: 06.03.2006

Zuletzt verändert am: 23.12.2024