

## L 12 KA 53/99

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 38 KA 961/96

Datum

23.03.1999

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 53/99

Datum

25.10.2000

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 23. März 1999 wird zurückgewiesen.

II. Der Kläger hat der Beklagten die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der Honorarverteilung für die vier Quartale des Jahres 1995 auf der Grundlage der Anlage 1 zum Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Beklagten in der Fassung des Beschlusses der Vertreterversammlung der Beklagten vom 12. November 1994.

Der Kläger ist als Lungenarzt in ... niedergelassen und als Vertragsarzt zugelassen.

Der ab dem 2. Quartal 1994 geltende Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Beklagten vom 19. März 1994 sah die Verteilung der nach Maßgabe des [§ 85 Abs.3a SGB V](#) berechneten Gesamtvergütung in verschiedene Honorarfonds vor (§ 8 HVM iVm der Anlage 1 Buchst.B Ziffer 1.1 bis 1.6), nämlich Honorarfonds für "ambulantes Operieren", "Prävention", "Labor O I und O II, Labor O III", "Polikliniken", "Fremdärzte" und "übrige Leistungen". Der Honorarfonds "übrige Leistungen" enthält nach Ziffer 1.6.1 den Betrag, der von der Summe nach Nr.1 Satz 1 (Gesamtsumme der von den Krankenkassen pauschal bezahlten Gesamtvergütungsanteile) nach Füllung der Honorarfonds 1.1 bis 1.5 verbleibt. Der Honorarfonds "übrige Leistungen" war gemäß Ziffer 1.6.2 wiederum aufgeteilt in einen Honorarfonds R 1 für Allgemeinärzte, praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung sowie diejenigen Internisten und Kinderärzte ohne Schwerpunktbezeichnung, deren Anteil an Grundleistungen nach dem Abschnitt B I, II und IV BMÄ an ihrem angeforderten Gesamtp/nktezahlvolumen mindestens 30 v.H. beträgt, und in einen Honorarfonds R 2 für die übrigen Ärzte.

Mit Beschluss der Vertreterversammlung vom 12. November 1994 wurde mit Wirkung ab 1. Januar 1995 (vgl. Bayerischer Staatsan- 2.6.3 der Anlage 1 Abschnitt B zum HVM sah für den Fall, dass der rechnerische Punktwert des "Honorarfonds R 2" unter dem des "Honorarfonds R 1" lag, eine Sonderregelung vor. In diesem Fall wurde gemäß Ziffer 2.6.3.5.1 der Anlage 1 Abschnitt B zum HVM auf der Grundlage der Abrechnungen des Jahres 1991 gesondert je Quartal und je Arztgruppe für jede Leistung des BMÄ deren Abrechnungshäufigkeit in der Arztgruppe ermittelt und durch die Anzahl der Ärzte in der Arztgruppe, welche die Leistungen im jeweiligen Quartal 1991 abgerechnet hat, geteilt. Dieses Ergebnis wurde als "Durchschnittshäufigkeit 1991" bezeichnet. Die gleiche Berechnung wurde auf der Grundlage der Abrechnungen eines jeden Quartals, für das nach den Regelungen in Ziffer 2.6.3.5 der Anlage 1 zu verteilen war, durchgeführt. Dieses Ergebnis wurde als "aktuelle Durchschnittshäufigkeit" bezeichnet. Arztgruppe war dabei die Gruppe von Ärzten, die mit der gleichen Arztbezeichnung zugelassen waren. Dies führte dazu, dass in den vier Quartalen 1995 im fachärztlichen Bereich jede Leistung gemäß Ziffer 2.6.3.5.2 Satz 1 Buchst.a mit einem "gestützten Punktwert" für die abgerechneten Leistungen bis zur Grenze der Durchschnittshäufigkeit 1991 sowie gemäß Ziffer 2.6.3.5.2 Satz 1 Buchst.b mit einem "abgesenkten Punktwert" für die darüber hinausgehenden Leistungen vergütet wurde.

Ziffer 2.6.3.5.4 sah für den Fall, dass die Anwendung der Regelungen über die Punktwertabsenkung zu einer unbilligen Härte führte, unter bestimmten, kumulativ geforderten drei Voraussetzungen (erheblich abweichende Praxisstruktur; Nachweis von mindestens 10 % höheren Praxiskosten; Honorarminderung über 15 %) auf Antrag eine ganz oder teilweise Vergütung mit dem "gestützten Punktwert" vor.

Im Quartal 1/95 wurden so die Leistungen der hausärztlich tätigen Vertragsärzte aus dem Honorarfonds R 1 mit einem Punktwert von 8,19 Pf vergütet, während die Leistung der Gebietsärzte aus dem Honorarfonds R 2 mit einem gestütztem Punktwert von 8,06 Pf

Durchschnittspunkt看 für die fachärztliche Vergütung der übrigen Leistungen in diesem Quartal betrug 7,77 Pf.

Im Quartal 2/95 betrug der Punkt看 für Leistungen der hausärztlich tätigen Vertragsärzte aus dem Honorarfonds R 1 8,10 Pf, die gestützten fachärztlichen Leistungen wurden mit 7,95 Pf, die mit einem abgesenkten Auszahlungspunkt看 mit 6,90 Pf vergütet. Der Durchschnittspunkt看 für die fachärztliche Vergütung der übrigen Leistungen in diesem Quartal betrug 7,65 Pf.

Im Quartal 3/95 betrug der Punkt看 für Leistungen, die aus dem Honorarfonds R 1 vergütet wurden 8,15 Pf, der gestützte Punkt看 für fachärztliche Leistungen 8,15 Pf und der abgesenkte Punkt看 7,15 Pf. Die übrigen Leistungen wurden mit einem Durchschnittspunkt看 von 7,85 Pf vergütet.

Im Quartal 4/95 war der Punkt看 für Leistungen aus dem Honorarfonds R 1 8,00 Pf, für Leistungen, die aus dem Honorarfonds R 2 zu vergüten waren, ergab sich ein gestützter Punkt看 von 7,95 Pf, ein abgesenkter Punkt看 von 6,70 Pf und ein rechnerischer Durchschnittspunkt看 für die übrigen Leistungen von 7,40 Pf.

Mit den Honorarbescheiden vom 20. Juli 1995 (Quartal 1/95), 17. Oktober 1995 (Quartal 2/95), 16. Januar 1995 (Quartal 3/95) und 16. April 1996 (Quartal 4/95) setzte die Beklagte das Honorar des Klägers für die von ihm zur Abrechnung gebrachten Leistungen unter Anwendung der Anlage 1 zum HVM 95 fest. Den Honorarabrechnungen des Klägers war jeweils eine Aufstellung über die Leistungen beigelegt, die wegen Überschreitung der Durchschnittshäufigkeit teilweise mit dem abgesenkten Punkt看 vergütet wurden entsprechend der Anlage 1 Abschnitt B Ziffer 2.6.3.5.2 zum HVM 95. Das für den Kläger festgesetzte Honorar 90.374,76 DM, im Quartal 3/95 76.097,27 DM und im Quartal 4/95 101.540,13 DM.

Zur Begründung seiner gegen die Honorarbescheide eingelegten Widersprüche trug der Kläger vor, er wende sich gegen die teilweisen Punktwertabsenkungen bei den Primärkassen. Die Gruppe der Pulmologen sei eine extrem heterogene Gruppe. Es werde nicht zwischen Allergologen und Nichtallergologen unterschieden. Seit dem Bezugszeitpunkt 1991 habe sich die Gruppe deutlich verändert. Es seien Absenkungen bei Ziffern vorgenommen worden, die zumindest 1991 noch Praxisbesonderheiten mit Abrechnungshäufigkeiten weit unter 50 % der Kollegen gewesen seien. Extreme Ungereimtheiten lägen bei den Röntgenleistungen vor. Er liege bei der Gruppe der Röntgenleistungen deutlich unter dem Schnitt seiner Fachgruppe. Trotzdem werde ihm mehr als die Hälfte seiner Röntgenleistungen mit dem abgesenkten Punkt看 abgerechnet. Grund dafür sei, dass viele Kollegen zusätzlich zu Röntgen-Thoraxaufnahmen eine Durchleuchtung anfertigten und hierfür eine eigene Ziffer heranzögen. Obwohl er günstiger als seine Kollegen arbeite, werde er mit einem abgesenkten Punkt看 bestraft.

Mit im Wesentlichen übereinstimmenden Widerspruchsbescheiden vom 17. Juni 1996, 4. November 1996, 9. Dezember 1996 und 24. März 1997 wies die Beklagte die Widersprüche zurück. Zur Begründung wies sie auf die gesetzlichen Bestimmungen, die Regelungen des HVM sowie die dazu ergangene Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes hin.

Gegen diese Widerspruchsbescheide hat der Kläger jeweils Klage zum Sozialgericht München erhoben, die die Az.: S 38 Ka 961/96, S 38 Ka 1653/96, S 38 Ka 50/97 sowie S 38 Ka 634/97 erhielten. Zur Begründung machte er geltend, die Einteilung in die Gruppen Hausärzte R 1 und Fachärzte R 2 sei willkürlich. Es wäre richtig gewesen, bezüglich der Besserstellung der Hausärzte so zu verfahren, wie es bezüglich der ambulanten Operationen geschehen sei. Für eine Besserstellung der hausärztlichen Versorgung über die Hausarztpauschale hinaus fehle die gesetzliche Ermächtigung. Durch die fehlende Untergliederung des Honorarfonds R 2 in Fachgruppen und die willkürliche Zuordnung zu R 1 und R 2 werde der Minderheitenschutz verletzt. Exzessive Punktwertanforderungen bestimmter Gruppen gingen zulasten der Lungenärzte, dies obwohl die Punktzahlsteigerung in R 2 zum Teil durch Ärzte in R 1 verursacht werde, beispielsweise durch die vermehrte Zahl an CT und MR-Untersuchungen durch Radiologen aufgrund von Überweisungen durch Hausärzte. Er beanstandete auch, dass wesentliche Teile des Honorarverteilungsmaßstabes zur Entscheidung an den Vorstand der Beklagten delegiert worden seien. Dies sei ein Verstoß gegen die Satzung der Beklagten und die Notwendigkeit des Benehmens mit den Krankenkassen. In der mündlichen Verhandlung am 23. März 1999 verband das Sozialgericht die vier Streitsachen zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung miteinander. Der Prozessbevollmächtigte des Klägers beantragte, die Honorarbescheide der Beklagten für die vier Quartale 1995 in der Fassung der jeweiligen Widerspruchsbescheide aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, die Leistungen des Klägers im Jahre 1995 insgesamt mit dem gestützten Punkt看 oder mit dem durchschnittlichen Punkt看 aller Vertragsärzte abzurechnen und zu vergüten.

Die Beklagte wies darauf hin, dass die Differenzierung innerhalb des R 2-Honorarfonds nach einem gestützten und abgesenkten Punkt看 für den Kläger vorteilhaft sei. Der Kläger habe durch die Berechnung eines gestützten und eines abgesenkten Punktwertes im Quartal 1/95 660,06 DM, im Quartal 2/95 1.077,11 DM, im Quartal 3/95 1.287,97 DM und im Quartal 4/95 3.122,94 DM mehr erhalten gegenüber der Zugrundelegung eines einheitlichen Punktwertes für den Honorarfonds R 2.

Mit Urteil vom 23. März 1999 wies das Sozialgericht die Klagen ab. Der Kläger habe weder einen Anspruch auf den gestützten Punkt看 für alle Leistungen noch auf einen Durchschnitts-Honorarbescheide entsprächen den Bestimmungen des im Jahre 1995 gültigen HVM. Der Kläger, der Lungenarzt sei, sei zutreffend in den Honorarfonds R 2 eingeordnet worden, somit haben ihn auch die Untergliederungen in einen gestützten und in einen abgesenkten Punkt看 betroffen. Der HVM 95 sei sowohl in formeller Hinsicht wie auch in materieller Hinsicht nicht zu beanstanden und genüge den rechtlichen Anforderungen. Entgegen den Ausführungen des Klägers sei noch vor Verabschiedung des HVM das erforderliche Benehmen mit den Krankenkassenverbänden hergestellt worden. Auch soweit in dem HVM dem Vorstand der Beklagten Regelungsbefugnisse eingeräumt worden seien, sei dies nicht zu beanstanden. Durch die entsprechenden Regelungen des HVM seien keine Grundzüge der Honorarverteilung betroffen. Die im HVM ausgesprochenen Ermächtigungen an den Vorstand der Beklagten seien deshalb als zulässig anzusehen. Die streitbefangenen Regelungen der Anlage 1 zum HVM 95 ständen auch mit höherrangigem Recht im Einklang. Die Einteilung in die Honorarfonds R 1 und R 2 sei entgegen der Auffassung des Klägers auch nicht willkürlich. Der Gesetzgeber habe ausdrücklich in [§ 73 Abs. 1 SGB V](#) bestimmt, dass die vertragsärztliche Versorgung in die hausärztliche und fachärztliche Versorgung einzuteilen sei. Der Honorarverteilungsmaßstab, der diese Gliederung nachvollziehe, sei Ausfluss dieser gesetzlichen Regelung. Auch die Aufteilung innerhalb des R 2-Fonds in einen abgestützten und einen abgesenkten Punkt看 sei nicht zu beanstanden. Hintergrund für diese Differenzierung sei die Stützung kleinerer Praxen unter Zugrundelegung der Durchschnittshäufigkeit 1991 der Arztgruppe gewesen. Unerheblich sei auch der Einwand des Klägers, das Abrechnungsverhalten der Arztgruppe habe sich geändert. Die von der Beklagten vorgelegten Zahlen und Vergleichswerte 1991 bzw. 1995 zeigten, dass sich das Abrechnungsverhalten der

Arztgruppe der Lungenärzte z.B. bei der Röntgenleistung nach der Nr.5053 BMÄ/E-GO nur unwesentlich verändert habe. Ein verfassungswidriger Eingriff in die Grundrechte der Art.3 Abs.1 und Art.[12 Abs.1](#) Grundgesetz sei nicht erkennbar.

Gegen das am 6. Mai 1999 zugestellte Urteil hat der Kläger am 7. Juni 1999 (einen Montag) Berufung einlegen lassen. Zur Begründung dieser Berufung wird vorgetragen, das Bundessozialgericht habe zwar in der von der Beklagten bereits zitierten Entscheidung vom 29. September 1993, Az.: [6 RKa 65/91](#), befunden, dass die zum Zwecke der Honorarverteilung vorgenommene Aufteilung einer durch gesamtvertragliche Vereinbarung begrenzten Gesamtvergütung in leistungsbezogene Teilbudgets ("Honorartöpfe") grundsätzlich zulässig sei. Daraus könne jedoch nicht der Schluss gezogen werden, dass auch eine Aufteilung in einen Honorartopf für Hausärzte (R 1) und einen Honorartopf für die übrigen, fachärztlich tätigen Ärzte (R 2) zulässig sei. Soweit Beklagte und Sozialgericht hierzu auf die in [§ 73 SGB V](#) vom Gesetzgeber getroffene Entscheidung verwiesen, wonach sich die vertragsärztliche Versorgung in die hausärztliche und die fachärztliche gliedere, der Honorarverteilungsmaßstab, der diese Gliederung nachvollziehe, demzufolge nur Ausfluss dieser gesetzlichen Regelung sei, werde verkannt, dass sich diese Regelung nicht auf die Honorarverteilung, sondern ausschließlich auf die Inhaltsbestimmung der so gegliederten, unterschiedlichen ärztlichen Leistungen beziehe. Für die von der Beklagten und dem Sozialgericht vertretene Auffassung gebe es weder Anhaltspunkte im Gesetz, noch in den Gesetzgebungsmaterialien. Der Hinweis, der Gesetzgeber habe die funktionale Gliederung der Versorgungsbereiche als ein geeignetes Mittel angesehen, kostensteigernde Entwicklungen in der vertragsärztlichen Versorgung, die aufgrund der ständigen Zunahme spezialisierter fachärztlicher Leistungen bedingt seien, zu begrenzen und auf diese Weise die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern, sei nicht ausreichend. Zum einen beruhe die kostensteigernde Entwicklung in der vertragsärztlichen Versorgung nicht ausschließlich auf der ständigen Zunahme spezialisierter fachärztlicher Leistungen, zum anderen wäre ein Regulativ hierfür auch nicht bei der Honorarverteilung zu installieren, denn dann müsste auch das Problem der hausärztlich verursachten Kostensteigerungen entsprechend gelöst werden. Tatsächlich sei die Ausweitung, die im Rahmen der Honorarverteilung zulasten der Ärzte des Honorarfonds R 2 gingen, zu einem beträchtlichen Teil, etwa durch Zielaufträge, durch die Ärzte des Honorarfonds R 1 verursacht. Aufgrund der Einordnung sämtlicher Fachärzte in einen Honorarfonds gehe die Mengenausweitung im Honorarfonds R 2 auch zulasten der Fachgruppe der Lungenärzte, auch wenn diese hierfür nicht verantwortlich seien.

Die höchstrichterlichen Urteile, die zur Frage der Aufteilung der Versorgung in eine hausärztliche und fachärztliche Versorgung eingegangen seien, beträfen die vorliegende Fallgestaltung nicht. Zwar habe sowohl das BSG (Urteil vom 18. Juni 1997, Az.: [6 RKa 58/96](#)) als auch das BVerfG (Beschluss vom 17. Juni 1999, Az.: 1 WvR 2507/97) die Gliederung bzw. Trennung der Versorgungsbereiche in einen haus- und einen fachärztlichen Versorgungsbereich für verfassungsgemäß befunden, dies habe jedoch nur die Frage betroffen, ob die ausdrückliche, diesbezügliche Regelung des [§ 73 SGB V](#) mit der Verfassung vereinbar sei. Diese Entscheidungen enthielten jedoch keine Aussage hinsichtlich der hier gegenständlichen Frage, die sich auf die Zulässigkeit der Aufteilung in einen Honorarfonds für Hausärzte und einen Honorarfonds für Fachärzte im Rahmen der Honorarverteilung beziehe.

Die Prozessvollmächtigten des Klägers beantragen,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 23. März 1999 sowie die Honorarbescheide der Beklagten vom 20. Juli 1995, in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. Juni 1996, vom 17. Oktober 1995, in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4. November 1996, vom 16. Januar 1996 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. Dezember 1996 und vom 16. April 1996 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. März 1997 werden aufgehoben.

Die Beklagte wird verurteilt, die Leistungen des Klägers in den Quartalen 1 bis 4/95 mit dem durchschnittlichen Punktwert aller Vertragsärzte oder insgesamt mit dem gestützten Punktwert abzurechnen und zu vergüten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakten der Beklagten zu den vier Quartalen des Jahres 1995 sowie die Klageakten des SG München mit den Az.: S 38 Ka 961/96, S 38 Ka 1653/96, S 38 Ka 50/97 und S 38 Ka 634/97 und die Berufungsakte, Az.: [L 12 KA 53/99](#), zur Entscheidung vor. Auf deren Inhalt, insbesondere den der vorbereitenden Schriftsätze sowie die zur Niederschrift erfolgten Feststellungen, wird zur Ergänzung des Tatbestandes Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte sowie gemäß [§ 151 Abs.1](#) iVm [§ 64 Abs.2](#) und [3 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist unbegründet. Das Sozialgericht hat mit dem angefochtenen Urteil vom 23. März 1999 zu Recht die Klagen gegen die Honorarbescheide vom 20. Juli 1995, 17. Oktober 1995, 16. Januar 1996 und 16. April 1996, jeweils in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 17. Juni 1996, 4. November 1996, 9. Dezember 1996 und 24. März 1997 abgewiesen. Die Berechnung des Honorars des Klägers für die vier Quartale des Jahres 1995 auf der Grundlage des einschlägigen Honorarverteilungsmaßstabes ist nicht zu beanstanden.

Der Senat hat bereits mit Urteilen vom 13. Oktober 1999 (Az.: L 12 KA 11/98), vom 23. Februar 2000 (Az.: L 12 KA 89/98), vom 12. April 2000 (Az.: [L 12 KA 84/98](#)) und vom 24. Mai 2000 (Az.: L 12 KA 150/98) die Honorarverteilung der Beklagten für das Jahr 1995 für rechtmäßig erklärt. Er hat sich dabei vor allem insbesondere das Urteil vom 3. März 1999, Az.: [B 6 KA 15/98 R \(SozR 3-2500 § 85 Nr.31\)](#) sowie des Bayerischen Verfassungsgerichtshofes (VerfGH 51, 74 = BayVBL 1999, 461) gestützt.

Nach der zwischenzeitlich gefestigten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sind Honorarverteilungsregelungen in erster Linie an den gesetzlichen Vorgaben des [§ 85 Abs.4 SGB V](#) iVm dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, der sich aus Art.12, Abs.1 iVm [Art.3 Abs.1 GG](#) ergibt, zu messen (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr.10](#) S.57 f., Nr.11 S.66 f., Nr.12.76 f., Nr.16 S.100 f., Nr.24 S.162 f., Nr.26 S.183 f. und Nr.31 S.236 f.). Zentrale Bedeutung kommt dabei der Bestimmung des [§ 85 Abs.4 Satz 3 SGB V](#) zu, nach der bei der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistungen des Vertragsarztes zugrunde zu legen sind. Dieser Vorschrift kann allerdings nicht die Forderung entnommen werden, die Leistungen müssten nach ihrer Art und ihrem Umfang stets gleichmäßig, d.h. mit einem für alle Leistungen einheitlichen Punktwert, honoriert werden. Das Gesetz schließt nicht grundsätzlich aus, durch die Regelungen eines HVM die

Gesamtvergütung in Teilbudgets aufzuteilen, auch wenn sich als deren Folge ergibt, dass vertragsärztliche Leistungen nicht mehr entsprechend der im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen (EBM-Ä) festgelegten Punktzahl-Bewertung, sondern - aufgrund unterschiedlicher Punktwerte, die auf unterschiedlichen Mengenentwicklungen in verschiedenen Leistungsbereichen beruhen - unterschiedlich hoch vergütet werden. Im Hinblick auf die berufsregelnde Tendenz von Honorarverteilungsvorschriften steht die Bildung von Teilbudgets nicht im freiem Ermessen der KÄV. Solche sogenannten Topfbildungen bedürfen vielmehr wegen der möglichen unterschiedlichen Punktwerte einer sachlichen Rechtfertigung (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr.26](#) S.183; Nr.31 S.237). Das Gesetz räumt ausdrücklich die Möglichkeit ein, eine nach Arztgruppen oder Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung der Vergütung vorzusehen ([§ 85 Abs.4 Satz 5 SGB V](#) idF des Gesundheitsstrukturgesetzes - GSG - vom 21. Dezember 1992, [BGBl.I 2266](#)). Honorartöpfe können aber auch für bestimmte Leistungsbereiche geschaffen werden, wenn damit Steuerungszwecke verbunden sind, die ihrerseits im Gesetz bzw. im vertragsärztlichen Vergütungssystem selbst angelegt sind oder die zu verfolgen zu den legitimen Aufgaben der KÄV im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages gehört (vgl. zuletzt BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr.26](#) S.184 mwN). Mischsysteme mit Honorartöpfen sowohl für bestimmte Leistungen als auch nach Arztgruppen sind gleichfalls zulässig (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr.11](#) S.67 f.). Die Bildung von Honorartöpfen kann auch damit verbunden werden, dass für verschiedene Töpfe unterschiedliche Punktwertregelungen gelten. So können die KÄVen für alle Leistungen auf feste Punktwerte verzichten und nach Maßgabe des Gesamtvergütungsvolumens schwankende ("floatende") Punktwerte vorsehen bzw. für einige Bereiche feste Punktwerte garantieren und nur die restlichen Leistungen einem floatenden Punktwert unterwerfen (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr.23](#) S.155, Nr.27 S.195, Nr.28 S.202 f. und Nr.31 S.237 f.). Zulässig ist auch eine unterschiedliche Honorierung innerhalb der Fallwerte, indem ein begrenzter Basisfallwert nach einem höheren Punktwert, die darüber hinausgehenden Leistungen aber nur nach Maßgabe der verbleibenden Restvergütung honoriert werden (vgl. BSG [SozR 3-2500 Nr.27](#) S.195, Nr.28 S.203 f. und Nr.31 S.238 f.).

Nach diesen Grundsätzen ist der für die streitgegenständlichen Quartale 1/95 bis 4/95 geltende HVM rechtlich nicht zu beanstanden. Bei diesem HVM handelt es sich in tatsächlicher Hinsicht in den wesentlichen Bestimmungen zunächst um die Bildung von Honorartöpfen sowohl für bestimmte Leistungen als auch für bestimmte Arztgruppen ("ambulantes Operieren", "Prävention", "Labor O I und O II", "Labor O III", "Polikliniken" und "Fremdärzte" und "Honorarfonds übrige Leistungen", aufgeteilt in einen Honorarfonds R 1 und in einen Honorarfonds R 2, vgl. § 8 HVM in Verbindung mit der Anlage 1 Buchst.B). Die Festsetzung von Honorarkontingenten durch die Bildung von Töpfen für einzelne Arztgruppen und/oder Leistungsbereiche ist sachlich gerechtfertigt. Die Topfbildung ist die konsequente Folgerung aus den Neuregelungen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG vom 21. Dezember 1992, [BGBl.I, 2266](#)), das in [§ 85 Abs.3](#) a bis c SGB V eine Obergrenze für die Erhöhung der Gesamtvergütungen vorgesehen hat, weil dadurch eine Vorsorge dagegen geschaffen wird, dass eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Bereichen das Honorargefüge zulasten anderer Arztgruppen und/oder Leistungsbereiche beeinflusst (vgl. zuletzt BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr.26](#) S.183 f., Nr.31 S.237 f. und BSG, Urteil vom 3. März 1999, B 6 Ka 56/97 R). Mit der Bildung getrennter Honorarfonds für die Hausärzte (R 1) und für die Fachärzte (R 2) orientiert sich der Honorarverteilungsmaßstab an den gesetzlichen Vorgaben des [§ 73 Abs.1 SGB V](#), der gerade eine Aufteilung der vertragsärztlichen Versorgung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung vorsieht. Diese Differenzierung ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden (vgl. BayVerfGHE 51, 74, 85).

Des Weiteren sieht der streitgegenständliche HVM für den Fall, dass der rechnerische Punktwert des Honorarfonds R 2 (Fachärzte) unter dem rechnerischen Punktwert des Honorarfonds R 1 (Allgemeinärzte) liegt (Ziffer 2.6.3.5 der Anlage 1 des HVM) eine Aufspaltung der Vergütung nach einem gestützten und einem abgesenkten Punktwert vor. Auch dies ist sachgerecht, weil mit der Basisvergütung nach einem gestützten Punktwert sichergestellt wird, dass kleine, im Leistungsvolumen unterdurchschnittliche Facharztpraxen angesichts des eingetretenen Punktwerteverfalls und im Hinblick auf ihre Fixkosten vertragsärztliche Leistungen noch wirtschaftlich erbringen können. Es ist auch nicht sachwidrig, dass die Beklagte hinsichtlich der Grenze des gestützten Punktwerts auf die Abrechnung der entsprechenden Leistungen im jeweiligen Quartal des Jahres 1991 ("Durchschnittshäufigkeit 1991") abgestellt hat. Auch insoweit orientiert sich die Beklagte an den gesetzlichen Vorgaben. Nach [§ 85 Abs.3](#) a Satz 2 SGB V idF des GSG sind auch die Veränderungen der Gesamtvergütung auf das Vergütungsvolumen im Jahr 1991 zu beziehen, in dem es noch keine Budgetierung der Gesamtvergütung gab (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr.17](#) S.111 f.). Da der Kläger für alle Leistungen, wenn auch teilweise eine abgesenkte Vergütung erhält, liegen auch keine Anhaltspunkte für einen im Sinne des [Art.12 Abs.1 GG](#) unverhältnismäßigen Eingriff in die Berufsausübung vor (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr.31](#) S.238).

Der Kläger kann einen Rechtsanspruch auf Honorierung der von ihm in den Quartalen 1/95 bis 4/95 erbrachten Leistungen nach höheren als den von der Beklagten ermittelten Punktwerten schießlich auch nicht aus [§ 72 Abs.2 SGB V](#) ("angemessene Vergütung") herleiten. Die in [§ 72 Abs.2 SGB V](#) den Partnern der Verträge über die kassen- bzw. vertragsärztliche Versorgung auferlegte Verpflichtung, unter anderem für eine angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen zu sorgen, ist objektiv-rechtlich aufzufassen und begründet im Allgemeinen keine subjektiven Rechte des betroffenen Vertragsarztes (vgl. hierzu BSG [SozR 3-2500 § 72 Nr.5](#) S.6 ff.; BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr.12](#) S.82 f.). Etwas anderes könnte nur gelten, wenn durch eine zu niedrige Honorierung ärztlicher Leistungen das kassenärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem beteiligten ärztlichen Leistungserbringer gefährdet wäre. Es ist aber weder ersichtlich noch von der Klägerseite geltend gemacht, dass es beim Kläger als Folge der Honorierung seiner ärztlichen Leistungen in den Quartalen 1/95 bis 4/95 mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu einer existenzgefährdenden Situation gekommen ist. Hierfür spricht auch, dass der Kläger keinen Härtefallantrag gemäß Buchst.B Ziffer 2.6.3.5.4 der Anlage 1 zum HVM in den streitigen Quartalen gestellt hat und ein solcher Antrag auch nicht erfolgreich gewesen wäre, da keine unbillige Härte im Sinne dieser Vorschrift vorgelegen hat. Nur dann, wenn die Voraussetzungen eines Härtefalls im Sinne dieser Regelung vorgelegen hätte, wären unter Umständen alle vom Kläger abgerechneten Leistungen mit dem gestützten Punktwert entsprechend der 2. Alternative in dem vom Kläger gestellten Antrag vergütungsfähig. Das aus dem Honorarfonds R 2 zu leistende Honorar des Klägers bei Anwendung der Regelungen nach Ziffer 2.6.3.5.1 mit 2.6.2.5.3 liegt aber nicht um mehr als 5 % niedriger als bei Zugrundelegung des rechnerischen Punktwertes nach der Ziffer 2.6.3.2. Durch die Berechnung eines gestützten und eines abgesenkten Punktwertes aufgrund der Regelungen im HVM 95 ergab sich für den Kläger vielmehr eine positive Auswirkung gegenüber der Berechnung des Honorars des Klägers aufgrund eines einheitlichen Punktwertes im Honorarfonds R 2. Im Quartal 1/95 führte dies zu einem um 660,06 DM höheren Honorar, im Quartal 2/95 zu einem um 1.077,11 DM höheren Honorar, im Quartal 3/95 zu einem um 1.287,97 DM höheren Honorar und im Quartal 4/95 sogar zu einem um 3.122,94 DM höheren Honorar.

Im Ersatzkassenbereich wurden gegen den Vertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und den Verbänden der Ersatzkassen für die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Jahre 1995 vom 27. September 1996 keine Einwendungen erhoben. Dieser Vertrag enthält als Folge des GSG zum 1. Januar 1993 wie der streitgegenständliche HVM ebenfalls eine Begrenzung der Vergütung

in Anbindung an die Vergütungshöhe des Jahres 1991 unter Berücksichtigung der in [§ 85 Abs.3](#) a SGB V vorgesehenen Steigerungsraten (vgl. Ziffern 2.1 und 2.2). Des Weiteren ist auch hier die Festlegung von Honorarkontingenten durch eine Aufteilung in Teilsummen für "vertragsärztliche Behandlung allgemein" (ohne Laboratoriumsleistungen), für "Prävention und Schutzimpfungen", für "ambulantes Operieren" und für "Laboratoriumsleistungen" vorgesehen (vgl. Ziffer 2.2). Schließlich finden unter bestimmten Voraussetzungen für den Bereich "ambulantes Operieren" (vgl. Ziffer 2.3) und für die "Laboratoriumsleistungen" (vgl. Ziffer 2.5.1 bis 2.5.4) Stützungsmaßnahmen zulasten der Teilsumme "vertragsärztliche Behandlung allgemein" statt. Die genannten Regelungen sind ebenfalls rechtlich nicht zu beanstanden. Die zum HVM gemachten rechtlichen Ausführungen gelten diesbezüglich sinngemäß. Die im streitgegenständlichen HVM vor allem streitige Aufteilung des Honorartopfes "übrige Leistungen" in einen Honorartopf R 1 für Allgemeinärzte und einen Honorartopf R 2 für Fachärzte ist im Ersatzkassenbereich nicht vorgesehen.

Insgesamt erweist sich danach die Berufung des Klägers als unbegründet und ist deshalb zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§ 193 Abs.1 und Abs.4 Satz 2 SGG](#) in der Fassung des GSG und beruht auf der Erwägung, dass die Beklagte auch im Berufungsverfahren obsiegt hat.

Gründe, die Revision nach [§ 160 Abs.2 Nrn.1](#) und [2 SGG](#) zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-09-27