

L 1 KA 8/00

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
Sächsisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
1
1. Instanz
SG Dresden (FSS)
Aktenzeichen
S 11 KA 317/98
Datum
03.05.2000
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KA 8/00
Datum
31.03.2004
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

I. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 03. Mai 2000 wird zurückgewiesen.
II. Die Beklagte hat der Klägerin die außergerichtlichen Kosten der Rechtsverteidigung im Berufungsverfahren zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin macht Anspruch auf eine höhere vertragsärztliche Vergütung in den Quartalen III/97 bis II/98 geltend.

Ausweislich der von der Beklagten vorgelegten Punktwertaufstellungen, auf die wegen der Einzelheiten verwiesen wird, haben die an der vertragsärztlichen Versorgung im Freistaat Sachsen teilnehmenden Kinderärzte in den streitigen Quartalen die folgenden kurativen Punktwerte erzielt:

Quartal Primärkassen Ersatzkassen
III/97 5,62 Pf. 6,94 Pf.
IV/97 5,51 Pf. 7,45 Pf.
I/98 4,85 Pf. 6,55 Pf.
II/98 5,39 Pf. 6,03 Pf.

Die kurativen Punktwerte der übrigen (budgetierten) Arztgruppen lagen in diesen Quartalen wie folgt (jeweils niedrigste und höchste Punktwerte in Pf.):

Quartal Primärkassen Ersatzkassen hausärztliche Grundvergütung
Primärkassen Ersatzkassen
III/97 5,62-7,42 7,03-9,07 6,92 8,18
IV/97 5,51 -7,09 7,45-9,58 6,70 8,95
I/98 4,77-6,76 6,19-8,59 6,56 8,22
II/98 5,36-6,83 6,03-7,61 6,66 7,27

Getrennt nach Primär- und Ersatzkassen haben sich für die budgetierten Arztgruppen folgende Durchschnittspunktwerte und in Bezug auf die Fachgruppe der Kinderärzte folgende prozentuale Abweichungen ergeben:

Quartal Durchschnittspunktwerte Abweichung (v.H.)
PK / EK Kinderärzte
III/97 6,27 Pf./7,78 Pf. - 10,37 v.H./- 10,80 v.H.
IV/97 6,14 Pf./8,31 Pf. -10,27 v.H./- 10,35 v.H.
I/98 5,78 Pf./7,45 Pf. - 16,09 v.H./- 12,09 v.H.
II/98 5,89 Pf./6,66 Pf. ~ 09,00 v.H./- 09,66 v.H.

Daneben haben sich Verringerungen der Arztzahlen bei der Gruppe der Allgemeinmediziner/praktischen Ärzte und bei Facharztfonds (Mikrobiologie mit Genehmigung Zytologie; Pathologen, die überwiegend zytologisch tätig sind: in III/97) ergeben. Arztzahlsteigerungen, die sich in den übrigen Facharztfonds ergeben haben, hat die Beklagte zu entsprechenden Erhöhungen der Fachgruppenbudgets veranlasst.

Insoweit hat sie nach Maßgabe von § 2 Abs. 1 HVM durch Bildung von Rückstellungen verfahren. Für die Vergütungsverteilung galt zunächst § 2 Abs. 3 HVM Ld. Fassung des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) vom 23.11.1996, der eine Aufteilung der Vergütung in Facharztfonds und für die Aufteilung der Mittel auf die einzelnen Facharztfonds die folgende Regelung vorsah: § 2 Abs. 4 HVM Die Aufteilung der Mittel erfolgt entsprechend den Durchschnittsanteilen der einzelnen Fachgruppen an der Gesamtvergütung im entsprechenden Quartal des Jahres 1995. Die nach dem 31.12.1995 stattfindende Veränderung der Anzahl der in der jeweiligen Facharztgruppe zugelassenen abrechnenden Ärzte ist ab einer Veränderungsrate von über zehn Prozent zu berücksichtigen. Dies erfolgt durch Anrechnung einer um zehn Prozent verminderten Veränderungsrate auf die Honorarmittel. Diese Bestimmung wurde für das streitbefangene Quartal wie folgt abgeändert (§ 2 Abs. 3 HVM i.d.F. vom 08.11.1997) und von der Beklagten zu Grunde gelegt. Danach war eine Aufteilung der Vergütung in Facharztfonds und für die Aufteilung der Mittel auf die einzelnen Facharztfonds die folgende Regelung einschließlich einer Übergangsbestimmung (§ 9 HVM) getroffen: § 2 Abs. 4 HVM Die Aufteilung der Mittel erfolgt entsprechend den Durchschnittsanteilen der einzelnen Fachgruppen an der Gesamtvergütung im entsprechenden Quartal des Jahres 1995. Die nach dem 31.12.1995 stattfindende Veränderung der Anzahl der in der jeweiligen Facharztgruppe zugelassenen abrechnenden Ärzte ist zu berücksichtigen ... § 9 HVM Satz 1: Die bis 30.06.1997 gültige Fassung des Honorarverteilungsmaßstabes ist nachfolgenden Maßgaben anzuwenden: Satz 3: Ab dem Quartal I/97 wird bei der Aufteilung der Honorarmittel auf die einzelnen Facharztfonds die nach dem 31.12.1995 stattfindende Veränderung der Anzahl der zugelassenen abrechnenden Ärzte ohne Einschränkung berücksichtigt (§ 2 Abs. 4); ... Die Beklagte hat aufgrund der Veränderung der Anzahl der hausärztlichen Kinderärzte vom Quartal III/95 zu III/97 (von 389 auf 386 Ärzte) das Fachgruppenbudget um 0,7712 v.H. reduziert (= 64.452,36 DM [PK], 69.804,66 DM [EK]). In derselben Weise verfuhr sie in den weiteren hier streitigen Quartalen:

Quartal Arztzahlveränderung Reduzierung(v.H.) von auf v. H. Primärkassen Ersatzkassen
IV/97 389 385 -1,0283 85.340,28 106.189,27
I/98 389 385 -1,0283 83.390,73 95.876,62
II/98 389 383 -1,5424 123.489,63 131.428,85

Die Klägerin ist als Fachärztin für Kinderheilkunde in P ... zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und nimmt an der hausärztlichen Versorgung teil. Die Beklagte hat ihren Vergütungsanspruch im Quartal III/97 unter Anwendung der ab 01.07.1997 geltenden Teilbudgetierung nach Maßgabe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) auf 53.843,92 DM festgesetzt (Bescheid vom 27.01.1998). Im Praxisbudget ergab sich dabei eine Überschreitungspunktzahl von 83.858 Punkten, die zu einer Quotierung aller Leistungen von 89,24 v.H. führte. Zu Quotierungen kam es auch beim Zusatzbudget "Psychosomatik, Übende Verfahren" (Überschreitungspunktzahl: 3.015 Punkte; Quote: 75,28 v.H.). Den Widerspruch (vom 22.02.1998) hat die Beklagte zurückgewiesen (Widerspruchsbescheid vom 08.07.1998). Hiergegen hat sich die am 10.08.1998 erhobene Klage gerichtet. In den weiteren streitgegenständlichen Verfahren verfuhr die Beklagte in derselben Weise. Hier ergaben sich die folgenden Daten:

Quartal Bescheid Vergütung Praxisbudget Zusatzbudget Psychoso- (DM) matik, Übende Verfahren ÜPZ Quot. ÜPZ Quot.

V/97 27.04.1998 55.114,44 153.124,6 79,24 4.843,0 60,94
I/98 27.07.1998 55.517,81 247.045,1 73,41 5.474,0 62,11
II/98 27.10.1998 54.517,82 211.070,1 74,76 4.099,0 66,53
ÜPZ = Überschreitungspunktzahl; Quot. = Quotierung des anerkannten Volumens (v.H.).

Die Beklagte hat die Widersprüche jeweils zurückgewiesen (Widerspruchsbescheide vom 04.11.1998, vom 04.01.1999 und vom 03.03.1999). Die Klägerin hat jeweils rechtzeitig Klage erhoben (gegen den Bescheid vom 27.04.1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04.11.1998 am 01.12.1998; gegen den Bescheid vom 27.07.1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04.01.1999 am 01.12.1998; gegen den Bescheid vom 27.10.1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.03.1999 am 23.03.1999). Die Klägerin hat vorgetragen, der Honoraropf der Kinderärzte sei viel zu gering bemessen. Die Beklagte habe der mit dem EBM-Ä 1996 erfolgten höheren Bewertung der Präventionsleistungen und der Einführung von neuen Leistungen (z.B. Hepatitis B-Impfung) nicht Rechnung getragen. Die sächsischen Kinderärzte lägen mit ihrem Honorar an letzter Stelle aller Fachgruppen. Ein Mindestgewinn sei nicht mehr gewährleistet. Ein Vergleich der Honorare für die Quartale I bis IV/97 der sächsischen Kinderärzte mit denen der anderen Bundesländer zeige deutlich, dass in Sachsen in besonders schwerem Maße falsche Entscheidungen getroffen worden seien. Auch habe es trotz festgestellter Überversorgung mit Kinderärzten im Planungsbereich P ... weitere Zulassungen gegeben. Die Anzahl der Kinderärzte in Sachsen habe sich im Quartal II/97 gegenüber dem entsprechenden Vorjahresquartal um

1,25 v.H. verringert. In entsprechender Weise habe die Beklagte der den Kinderärzten zustehenden Honoraropf um 1,25 v.H. reduziert. Gegenüber den im HVM geltenden Maßgaben hätten jedoch nur Änderungen von mehr als 10 v.H. Berücksichtigung finden dürfen. Überdies habe die Beklagte zu Lasten des Honoraropfes der Kinderärzte Arztzahlsteigerungen bei den anderen Facharztgruppen berücksichtigt, obwohl deren Steigerungen ebenfalls unter 10 v.H. gelegen hätten. Das Sozialgericht hat die Klagen zur gemeinsamen Entscheidung verbunden und mit Urteil auf mündliche Verhandlung vom 03.05.2000 antragsgemäß erkannt. Die Vergütungsverteilung sei rechtswidrig, weil die Beklagte in Anwendung der §§ 9, 2 Abs. 4 HVM das nach dem Ausgangsquartal des Jahres 1995 ermittelte Honorarkontingent bei der Fachgruppe der Kinderärzte wegen der geringeren Anzahl der abrechnenden Ärzte vermindert und bei anderen Arztgruppen wegen der gestiegenen Anzahl der abrechnenden Ärzte erhöht habe. In den Gründen ist ausgeführt: Allerdings seien die zur Anwendung gelangten Regelungen des EBM-Ä sowie diejenigen HVM-Regelungen, die eine Verteilung der Gesamtvergütung auf der Grundlage von Facharztfonds vorsähen, mit höherrangigem Recht vereinbar. Die Beklagte habe der Abrechnung der Klägerin Nr. 5 des Abschnitts der Allgemeinen Bestimmungen des EBM-Ä in der ab 01.07.1996 geltenden Fassung zugrunde gelegt. Soweit danach bei der Klägerin für die Teilbudgets "Gesprächsleistungen", "Ganzkörperstatus" und "klinisch-neurologische Basisdiagnostik" Punktmengen nicht zur Honorierung gelangt seien, sei dies nicht zu beanstanden. Die Einführung der Teilbudgets im EBM-Ä sei rechtmäßig. Auf die nach Teil A 1. 5.7.1. bis 5.7.5. eingeführten Teilbudgets sei nicht näher einzugehen, weil diese Regelungen hier keinen Einfluss gehabt hätten. Die Einführung der Teilbudgets "Gesprächsleistungen", "Ganzkörperstatus" und "klinisch-neurologische Basisdiagnostik" sei durch § 87 Abs. 2 SGB V gedeckt. Umfang und Grenzen der Gestaltungsmöglichkeiten des Bewertungsausschusses bei der Aufstellung des EBMÄ ergäben sich sowohl aus den inhaltlichen Vorgaben und Zielsetzungen in § 87 Abs. 2 SGB V als auch aus der Funktion des EBM-Ä innerhalb des vertragsärztlichen Vergütungssystems. Nach § 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V habe der Bewertungsausschuss den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander festzulegen. Die Bedeutung des EBM-Ä beschränke sich aber nicht auf die Funktion eines bloßen Leistungs- und Bewertungsverzeichnisses, sondern er sei vielmehr Teil eines aus mehreren Elementen bestehenden komplexen

Vergütungssystem. Der EBM-Ä stelle dabei ein wesentliches und unverzichtbares Steuerungsinstrument dar. Da die Honorarverteilung der autonomen Satzungsgewalt der einzelnen regionalen KV unterliege, könnten Vergütungsgrundsätze, die aus Sachgründen für den gesamten Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung einheitlich geregelt werden müssten oder zweckmäßigerweise einheitlich geregelt werden sollten, nur über den EBM-Ä verwirklicht werden (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 12](#), 16 und 18; st. Rspr.). Die Teilbudgetierungsregelungen seien mit höherrangigem Recht vereinbar. Die Rechtsprechung (vgl. BSG, Urteil vom 17.09.1997, [6 Rka 36/97](#)) habe die Einführung von Punktzahlobergrenzen für die Teilbudgets lediglich unter dem Gesichtspunkt unzulässiger Rückwirkung beanstandet, aber keine Bedenken gegen die grundsätzliche Bewertungsform erhoben.

Die Teilbudgetierung sei auch nicht deshalb zu beanstanden, dass der EBM-Ä selbst keine Ausnahme für eine (ganz oder teilweise) Befreiung von den Teilbudgets vorsehe. Entsprechende Ausnahmeregelungen seien in der zwischen den Partnern der Gesamtverträge geschlossenen Vereinbarung zur Weiterentwicklung der Reform des EBM-Ä vom 07.08.1996 vorgesehen (DÄ 1996, Heft 93, A 2815 f.), die eine Folgevereinbarung zur ergänzenden Vereinbarung zur Reform des EBM-Ä vom 14.09.1995 darstelle. Nach Nr. 4 dieser Vereinbarung seien die Kassenärztlichen Vereinigungen berechtigt, aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden auf Antrag des Arztes im Einzelfall Ausnahmen von der Teilbudgetierung nach den folgenden Nummern des Punktes 5 der Allgemeinen Bestimmungen A 1. 1. zuzulassen, soweit der Arzt einen entsprechenden Versorgungsschwerpunkt für seine Praxis nachweise:

- 5.6.1 Gesprächsleistungen (nur für die Leistung nach Nr. 851 EBM-Ä) - 5.7.1 Verbände, Injektionen, Punktionen, Anästhesien zur Schmerztherapie - 5.7.4. Kardiologie, Pneumologie, Röntgen-Diagnostik innere Organe - 5.7.5 HNO-Heilkunde, Phoniatrie, Pädaudiologie, Röntgen-Diagnostik Nasenhöhlen und Schädelteile

In der Protokollnotiz zu Abschnitt 4 sei weiterhin geregelt, dass das "Einvernehmen" zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Verbänden der Krankenkassen auch dann hergestellt sei, wenn Übereinstimmung darüber erzielt werde, auf welche Sachverhalte sich eine Ausnahmeregelung beziehen solle. Die Partner der Gesamtverträge seien berechtigt gewesen, diese Regelung über Ausnahmen von der Teilbudgetierung in einer Vereinbarung zu treffen. Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG seien die Partner der Bundesmantelverträge zwar gehindert, das Bewertungsgefüge des EBM-Ä zu verändern. Sie seien aber berechtigt, Regelungen zur Ausführung des EBM-Ä zu treffen (vgl. BSG, Urteil vom 17.09.1997, [6 Rka 90/96](#)). Eine solche ergänzende Regelung zur Ausführung des EBM-Ä stelle nicht nur die ergänzende Vereinbarung zur Reform des EBM-Ä vom 14.09.1995, sondern auch die Vereinbarung zur Weiterentwicklung der Reform des EBM-Ä vom 07.08.1996 dar. Da diese Vereinbarung als Anlage zu den Bundesmantelverträgen geschlossen worden ist, sei sie auch für den einzelnen Vertragsarzt verbindlich. Dies ergebe sich auch aus [§ 95 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#). Soweit die Honorarverteilung der Beklagten auf der Grundlage von Facharztfonds vorgenommen worden sei, sei dies ebenfalls nicht zu beanstanden. Nach dem im Zeitraum von III/96 bis II/97 geltenden HVM vom 23.11.1996 (veröffentlicht als Beilage zu den KVS-Mitteilungen 6/96) erfolge die Honorarverteilung getrennt nach Primär- und Ersatzkassen (§ 2 Abs. 1 HVM). Aus der eingehenden Gesamtvergütung seien zunächst Rückstellungen zu bilden. Nach dem Vorwegabzug für die Vergütung bestimmter Leistungen werde die verbleibende Gesamtvergütung nach Anteilen auf 15 Arztgruppen aufgeteilt. Die Aufteilung der Mittel erfolge entsprechend den Durchschnittsanteilen der einzelnen Fachgruppen an der Gesamtvergütung des Jahres 1995. Gemäß § 2 Abs. 4 HVM in der Fassung bis 31.12.1996 sei vorgesehen gewesen, dass die nach dem 31.12.1995 stattfindende Veränderung der Anzahl der in der jeweiligen Facharztgruppe zugelassenen abrechnenden Ärzte ab einer Veränderungsrate von über 10 v.H. zu berücksichtigen sei, wobei die Anrechnung durch eine um 10 v.H. verminderte Veränderungsrate auf die Honorarmittel erfolgen solle. Mit dem HVM vom 08.11.1997 für die Honorarverteilung ab dem Quartal III/97 sei festgelegt (§ 9 Nr. 2 HVM), dass ab dem Quartal I/97 bei der Aufteilung der Honorarmittel auf die einzelnen Facharztfonds die nach dem 31.12.1995 stattfindende Veränderung der Anzahl der zugelassenen abrechnenden Ärzte ohne Einschränkung berücksichtigt werde. § 2 Abs. 4 HVM gelte nicht für die Honorarfonds "Notärzte und Nichtvertragsärzte im Notfall" und "ermächtigten Ärzte, Krankenhäuser und Institute". Die Division der Fondsanteile durch den betreffenden Leistungsbedarf ergebe den kurativen Punktwert (§ 2 Abs. 5 Abs. 1 HVM). Soweit die Klägerin einen zu geringen "Honorartopf wegen der für die Kinderärzte neu hinzugekommener Leistungen und wegen der höheren Bewertung mehrerer EBM-Positionen geltend mache, begründe dieses Vorbringen die Rechtswidrigkeit der Vergütungsverteilung nicht. Die vergütungsrechtliche Behandlung von Impfleistungen als ärztliche Leistungen und ihre Honorierung mit einem schwankenden Punktwert sei mit Bundesrecht vereinbar. Für das Jahr 1997 seien die Krankenkassen nicht gehalten gewesen, den auf die in [§ 85 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) genannten Leistungen entfallenden Anteil der Gesamtvergütung weiter zu erhöhen. Nach [§ 85 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) i.d.F. des GSG sei der Teil der Gesamtvergütung, der auf die ärztlichen Leistungen nach den [§§ 25 f. 26 SGB V](#), die ärztlichen Leistungen der Schwangerschafts- und Mutterschaftsvorsorge im Rahmen des § 196 RVO sowie die ärztlichen Leistungen im Rahmen der von den Krankenkassen satzungsgemäß übernommenen Schutzimpfungen entfalle, zusätzlich zu den gesetzlich festgelegten Veränderungen in den Jahren 1993, 1994 und 1995 um jeweils 6 v.H. zu erhöhen. Der zusätzlich zu entrichtende Vergütungsanteil sei nur zur Vergütung der Leistungen nach Abs. 3a Satz 7 zu verwenden ([§ 85 Abs. 4a Satz 2 Halbsatz 2 SGB V](#) i.d.F. des GSG). Diese Regelungen hätten nur für den Zeitraum der vom Gesetz verpflichtend vorgegebenen Begrenzung des Anstiegs der vertraglich zu vereinbarenden Gesamtvergütung auf die Steigerung der Grundlohnsommen und damit nur für die Jahre von 1993 bis 1995 gegolten, aber nicht für den hier streitgegenständlichen Zeitraum von 1997. Die Beklagte sei auch nicht verpflichtet, Vorsorge- und Früherkennungsleistungen (Nrn. 140 bis 149 EBM-Ä) aus der Gesamtvergütung vor Durchführung der Honorarverteilung abzugelten. Einen entsprechenden Rechtssatz habe das Gesetz für 1997 und auch 1998 nicht enthalten, sondern ein solcher sei erstmals mit Art. 14 Abs. 4 des GKV-SolG vom 19.12.1998 für 1999 getroffen worden. Auch der EBM-Ä enthält keine weitergehenden Vorgaben für die Honorierung dieser ärztlichen Leistungen. Auch soweit die Beklagte die Honorarverteilung auf der Grundlage von Facharztfonds vorgenommen habe, sei dies rechtlich nicht zu beanstanden. Die KV sei im Rahmen der ihr nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) obliegenden Honorarverteilung grundsätzlich berechtigt, die Gesamtvergütung nach festen, arztgruppenbezogenen Kontingenten zu verteilen (vgl. [BSGE 77, 288](#); st. Rspr.). Honorarverteilungsregelungen einer KV sind an den Vorgaben in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) zu messen. Die KV sei an die gesetzlichen Vorgaben und auch an die Bestimmungen des EBM-Ä gebunden. Der HVM einer KV dürfe nicht gegen die Vorschriften des auf der Grundlage des [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) erlassenen Bewertungsmaßstabes verstoßen. Dieser sei Bestandteil des Bundesmantelvertrages-Ärzte, dem Vorrang vor regionalen Gesamtverträgen und einer KV-Satzung habe. Besondere Bedeutung komme [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) zu, nach welchem bei der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistungen des Vertragsarztes zugrunde zu legen seien. Dieser Vorschrift könne nicht die Forderung entnommen werden, die Leistungen nach ihrer Art und ihrem Umfang stets gleichmäßig, d.h. mit einem für

alle Leistungen einheitlichen Punktwert, zu vergüten. Das Gesetz schließe eine fachgruppenbezogene Aufteilung der Gesamtvergütung mit der Folge, dass die vertragsärztlichen Leistungen nicht mehr entsprechend dem EBM-A im selben Verhältnis, sondern, abhängig von der

Mengenentwicklung im jeweiligen Leistungsbereich, unterschiedlich hoch vergütet werden, nicht grundsätzlich aus. Dies sei vielmehr in [§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V](#) vorgesehen. Nach dem Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung seien die ärztlichen Leistungen prinzipiell gleichmäßig zu vergüten. Der normsetzenden Körperschaft bleibe aber ein Spielraum für sachlich gerechtfertigte Abweichungen. Sonach dürften für Arztgruppen und/oder Versorgungsgebiete Honorarquoten gebildet werden. Die sachliche Rechtfertigung liege darin, Vorsorge dagegen zu treffen, dass durch eine unterschiedliche Mengendynamik in den Fachgruppen das Honorargefüge ungerechtfertigt zugunsten einzelner und zum Nachteil anderer Arztgruppen verändert werde. Es sei sachgerecht und vom Gestaltungsspielraum der KV bei der Honorarverteilung gedeckt, die auf die einzelnen Fachgruppen entfallenden Honorarkontingente auf der Grundlage eines bestimmten Basisjahres festzuschreiben und damit prinzipiell zu verhindern, dass Leistungsausweitungen einer Fachgruppe Einfluss auf die Honorierung ärztlicher Leistungen in anderen Fachgruppen hätten. Diese Erwägungen waren auch für die Beklagte bei der Einführung der Honorarverteilung auf der Grundlage von Facharztfonds leitend. Die Beklagte sei auch nicht gehalten, Vorsorge- und Früherkennungsleistungen nach den Nrn. 140 ff. EBM-Ä generell von mengenbegrenzenden Maßnahmen auszunehmen. Eine Privilegierung des Mengenzuwachses habe der Gesetzgeber bis zum 31.12.1998 für Kinder-Vorsorgeuntersuchungen nicht vorgenommen. Eine KV sei deshalb nicht verpflichtet, Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Honorarverteilung so zu privilegieren, dass sich Punktwertrückgänge auf die Honorierung dieser Leistungen nicht auswirken könnten (vgl. BSG, Urteil vom 08.03.2000, [B 6 KA 7/99 R](#)). Die Anknüpfung des zustehenden Honoraranteils an den Anteil des Honorarvolumens des Ausgangs quartals des Jahres 1995 sei ebenfalls nicht zu beanstanden. Eine Anbindung an das Jahr 1996 sei schon wegen der nicht nachvollziehbaren Mengenausweitungen in den Quartalen I und II/96 nicht angezeigt gewesen (vgl. zur Darstellung der Entwicklungen: BSG, Urteil vom 17.09.1997, [6 RKA 36/97](#), Urteile vom 08.03.2000, [B 6 KA 8/99 R](#) und [B 6 KA 16/99 R](#)). Soweit die Klägerin unter Hinweis auf die zum 01.01.1996 erfolgte Höherbewertung der Nrn. 140 ff. EBM-Ä eine unzureichende Bemessung des Honorarkontingents der Kinderärzte rügt, begründe dies die Rechtswidrigkeit der als Bemessungsgrundlage herangezogenen Honoraranteile des Jahres 1995 nicht. Der Anreiz für den einzelnen Kinderarzt, bei möglichst vielen Kindern die gebotenen Vorsorgeuntersuchungen durchzuführen, sei erhalten geblieben. Dass dies Auswirkungen auf den Punktwert der Leistungen der Kinderärzte haben könne, sei notwendige Konsequenz der Bildung von arztgruppenbezogenen Honorarkontingenten. Darüber hinaus habe es auch bei anderen Facharztgruppen mit dem EBM-A 1996 Bewertungskorrekturen gegeben. Zudem wäre eine KV stets verpflichtet, Bewertungskorrekturen bei einzelnen Leistungen zum Anlass für Korrekturen hinsichtlich der Honorarkontingente zu nehmen. Dies sei aber sachlich nicht gerechtfertigt ist (vgl. BSG, Urteil vom 08.03.2000, [B 6 KA 7/99 R](#)). Zu der hier streitigen Frage der Berücksichtigung der Veränderung der Arztzahl hat das Sozialgericht in den Entscheidungsgründen ausgeführt: Der Grundsatz der Verteilungsgerechtigkeit sei verletzt, weil die Beklagte aufgrund der Regelung zur Arztzahlveränderung das nach dem Ausgangs quartal des Jahres 1995 ermittelte Honorarkontingent bei der Fachgruppe der Kinderärzte wegen der geringeren Anzahl der abrechnenden Ärzte vermindert und bei anderen Arztgruppen wegen der gestiegenen Anzahl der abrechnenden Ärzte erhöht habe. Dies führe zur Rechtswidrigkeit und Aufhebung des angefochtenen Bescheides. Soweit die Klägerin die Rechtswidrigkeit der angegriffenen Regelungen wegen einer nicht kostendeckenden sowie unangemessenen Vergütung rüge, insbesondere im Vergleich zu den Honorarumsätzen der Ärzte in den alten Bundesländern, sei dem aber nicht zu folgen. Rechtswidrig sei indessen nicht schon, dass die mit Wirkung zum 01.01.1997 in Kraft gesetzte Fassung des § 2 Abs. 4 HVM erst nachträglich mit dem Honorarverteilungsmaßstab vom 08.11.1997 beschlossen worden sei. In § 2 Abs. 4 HVM vom 23.11.1996 sei vorgesehen gewesen, die nach dem 31.12.1995 stattfindende Veränderung der Anzahl der in der jeweiligen Facharztgruppe zugelassenen abrechnenden Ärzte ab einer Veränderungsrate von über 10 % zu berücksichtigen. Die Anrechnung habe mit einer um 10 verminderten Veränderungsrate auf die Honorarmittel erfolgen sollen. Diese Regelung hätte bei den Kinderärzten nicht zu einer Verminderung des Honorarkontingents geführt, weil die Anzahl der Kinderärzte nur um 1,25 % gesunken sei. Dem gegenüber lege § 9 HVM vom 08.11.1997 fest, dass bei der Aufteilung der Honorarmittel auf die einzelnen Facharztfonds die nach dem 31.12.1995 stattfindende Veränderung der Anzahl der zugelassenen abrechnenden Ärzte ohne Einschränkung zu berücksichtigen sei. Von der in Streit stehenden Regelung gehe keine verhaltenssteuernde Tendenz aus. Die Höhe des Anteils an der Gesamtvergütung wirke sich nicht auf das Behandlungsverhalten des einzelnen Arztes aus, das durch den Krankheitszustand seiner Patienten bestimmt werde. Umfang und Therapie in jedem einzelnen Behandlungsfall hätten sich an den objektiven Maßstäben der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung auszurichten ([§ 12 Abs. 1, § 72 Abs. 2 SGB V](#)). Dem gemäß sei auch nicht vorgetragen, dass bei einer früheren Änderung von § 2 Abs. 4 HVM die Klägerin eine Umstellung ihrer Praxisführung hätte vornehmen können. Die sich ergebende Folgerung, dass der Vertragsarzt im Zeitpunkt der Leistungserbringung nur von einer ungefähren Höhe des zu erwartenden Honorars ausgehen kann, sei hinnehmbar, zumal der Auszahlungspunktwert ohnehin erst errechnet werden könne, wenn alle Leistungen aller Mitglieder einer KV aus einem Quartal gegenüber der KV abgerechnet worden seien. Ein Anspruch auf eine höhere Vergütung könne nicht aus § 2 Abs. 2 SGB V hergeleitet werden. Die in dieser Vorschrift den Partnern der Verträge über die vertragsärztliche Versorgung auferlegte Verpflichtung, Vorsorge dafür zu treffen, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden, habe rein objektiv-rechtliche Bedeutung. Dies begründe aber grundsätzlich kein subjektives Recht des einzelnen Vertragsarztes auf ein bestimmtes, als angemessen bewertetes Honorar für die einzelne Leistung oder die ärztliche Tätigkeit insgesamt. Einem solchen Anspruch stehe das vom Gesetz vorgegebene gesamtvertragliche Vergütungssystem entgegen. Die Krankenkassen honorierten danach nicht gesondert jede einzelne ärztliche Leistung, sondern entrichteten mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung eine zwischen ihren Landesverbänden und der KV vertraglich vereinbarte Vergütung. Die Partner des Gesamtvertrages, KV einerseits und Landesverbände bzw. Verbände der Krankenkassen andererseits vereinbarten die Höhe der Gesamtvergütung ([§ 85 Abs. 1, Abs. 3 SGB V](#)). Die KV könne auf der Grundlage des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) nur die vereinbarte Gesamtvergütung an die Vertragsärzte verteilen. Nachforderungen der KV an die Krankenkassen seien grundsätzlich ausgeschlossen und müssen in einem beitragsfinanzierten Krankenversicherungssystem auch ausgeschlossen sein, weil die Kassen ihrerseits von den Versicherten nachträglich keine höheren Beiträge einziehen könnten. Stehe aber der für die Honorierung aller vertragsärztlicher Leistungen maximal zur Verfügung stehende Geldbetrag als Ergebnis der Vereinbarungen der Gesamtvertragspartner fest, könne sich für den einzelnen Arzt von vornherein kein Anspruch auf ein Honorar in bestimmter Höhe, sondern nur ein Anspruch auf einen seiner Leistungen entsprechenden Anteil an dieser Gesamtsumme ergeben. Das danach aus [Art. 12. Abs. 1 GG](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) allein als Prüfungsmaßstab in Betracht kommende Gebot der Verteilungsgerechtigkeit sei verletzt, wenn vom Prinzip der gleichmäßigen Vergütung abgewichen werde, obwohl zwischen den betroffenen Ärzten bzw. Arztgruppen keine Unterschiede von solcher Art und Gewicht bestünden, dass eine ungleiche Behandlung gerechtfertigt ist. Das Gleichbehandlungsgebot des [Art. 3 GG](#) enthalte jedoch nicht nur das Verbot sachwidriger Differenzierung, sondern ebenso das Gebot, wesentlich Ungleiches ungleich zu behandeln (st. Rspr., vgl. BVerfGE 98, 356, 385). Zu einer Differenzierung bei ungleichen Sachverhalten sei der Gesetzgeber allerdings nur verpflichtet, wenn die tatsächliche Ungleichheit so groß ist, dass sie bei einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise nicht unberücksichtigt bleiben dürfe. Dieses dem Gleichheitssatz innewohnende Differenzierungsgebot könne etwa verletzt sein, wenn die Honorierung aller ärztlichen Leistungen nach einem einheitlichen Punktwert infolge eines starken Anstiegs der abgerechneten Punkte zu einem massiven Absinken des

Punktwertes und als dessen Konsequenz zu einer schwerwiegenden Benachteiligung einer Arztgruppe führe, die - etwa wegen der strikten Zeitgebundenheit der von ihr erbrachten Leistungen wie etwa im Bereich von psychotherapeutischen Leistungen - die Leistungsmenge im Unterschied zu anderen Arztgruppen nicht ausweiten könne. Maßgebend für die Beurteilung, ob das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit verletzt sei, sei aber nicht die Situation des einzelnen Arztes, sondern die der jeweiligen Arztgruppe im Bereich einer KV, deren Honorarverteilung angegriffen werde. Eine Konstellation, die der Situation der Psychotherapeuten bei der Erbringung strikt zeitgebundener Leistungen vergleichbar wäre, liege bei der Erbringung der Leistungen der Fachärzte für Kinderheilkunde nicht vor. Auch sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, dass die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gegenüber Kindern im Bereich der Beklagten konkret gefährdet gewesen ist. Selbst nach einem Absinken des Umsatzes der sächsischen Kinderärzte je Arzt auf 233.448 DM in 1997 und auf 321.148 DM in 1998 habe der Überschuss je Arzt bei durchschnittlichen Betriebsausgaben in Höhe von 52,8 gelegen (vgl. Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung, hrsg. von der KBV, Übersicht D 10), etwa 110.000 DM (1997) bzw. 109.100 DM (1998). Zudem sei das Absinken der Punktwerte eine Entwicklung, die nicht auf die Fachgruppe der Klägerin beschränkt gewesen sei, sondern ebenso die anderen Facharztgruppen betroffen habe. Maßgebend für eine Verletzung des Grundsatzes der Verteilungsgerechtigkeit seien die bereits dargestellten Erwägungen, welche die sachliche Rechtfertigung der Verteilung der Gesamtvergütung nach Facharztfonds begründeten. Sie hätten ihre Grundlage darin, dass die Bildung von festen Honorarkontingenten sowohl der Begrenzung der Auswirkungen des Mengenzuwachses auf die dafür verantwortliche Arztgruppe als auch dem Ziel diene, dass durch eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Bereichen das Honorargefüge zu Lasten anderer Arztgruppen beeinflusst werde. Die Beschränkung der Auswirkung der Mengenausweitung sei nur einer der Gesichtspunkte ist, die unter Berücksichtigung einer gebotenen Differenzierung bei der Bildung von fachgruppenbezogenen Teilbudgets zu beachten seien. Der Normgeber sei zur Prüfung verpflichtet, ob andere Umstände als von den Vertragsärzten selbst verursachte Leistungsausweitungen zu einer Veränderung innerhalb der verschiedenen Honorarkontingente führen müssten, etwa gesetzliche oder satzungsgemäße Leistungsausweitungen. Auch sei auf eine Korrekturverpflichtung der KV hingewiesen worden, soweit Laborleistungen nach Abschnitt OIII EBM-Ä verstärkt nicht mehr von der Fachgruppe erbracht würden, der sie ursprünglich aufgrund des Leistungsverhaltens der Ärzte zugerechnet gewesen seien. Hinsichtlich der Entwicklungen in dem Patientenaufkommen einzelner Arztgruppen bei der kontingentierten Honorarverteilung sei eine Korrekturpflicht der KV nur dann für geboten gehalten worden, wenn es sich um wesentliche Veränderungen im Vergleich zum Ausgangsquartal und um eine länger dauernde, mindestens über ein Jahr anhaltende Entwicklung handele. Als wesentlich ist eine Änderung dann angenommen worden, wenn sich das Patientenaufkommen der Arztgruppe um mindestens 10 v.H. im Vergleich zum Ausgangsquartal verändert habe und sich entsprechende Entwicklungen bei den übrigen Arztgruppen nicht ergeben hätten. Da das Patientenaufkommen in gewissem Umfang auch der Steuerung durch die Ärzte der jeweiligen Fachgruppe zugänglich sei, sei bei der Honorarverteilung nur solchen Veränderungen Rechnung zu tragen, die auf objektiven Veränderungen der Zusammensetzung des Patientengutes beruhen. Bei der Bildung von Honorartöpfen für Leistungen, die Ärzte nur auf Überweisung hin erbringen könnten und bei denen ihnen eine Mitverantwortung für eine Mengenausweitung und damit ein Punktwertabfall nicht zugerechnet werden könne, habe das BSG im Regelfall Anlass zur Korrektur der Honorarverteilung gesehen, wenn der Punktwert der aus dem Honorartopf vergüteten Leistungen um wenigstens 15 v.H. niedriger als der Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen sei. Ausgangspunkt sei hier, dass eine besondere Begünstigung durch eine Erhöhung des Honorarkontingents wie auch die Benachteiligung durch eine Verminderung des Honorarkontingents das Vorliegen einer sachlichen Rechtfertigung erfordere ([Art. 3 Abs. 1 GG](#)). Die Verringerung eines Kontingents führe selbst bei gleichbleibendem Leistungsumfang zu einem niedrigeren Punktwert. Bei der insgesamt begrenzten Gesamtvergütung für alle vertragsärztlichen Leistungen habe die Erhöhung von Honorarkontingenten notwendigerweise zur Folge, dass anderen Arztgruppen nur ein geringeres Honorarkontingent verbleibe. Eine sachliche Rechtfertigung für die infolge der Arztdynamisierungsregelung verbundene Veränderung der Honorarkontingente sei indes nicht gegeben. Ein Zusammenhang mit der jeweiligen Zahl der Ärzte sei medizinisch grundsätzlich nicht gegeben. Durch die Zulassung weiterer Ärzte verändere sich die Morbidität der Versicherten nicht. Auch ergebe sich kein Anhalt dafür, dass durch eine Verringerung der Anzahl der abrechnenden Ärzte der bislang bestehende Leistungsbedarf bei den Patienten weg falle, so dass aus einer Verringerung der Anzahl der abrechnenden Kinderärzte nicht zwingend auf einen geringeren Leistungsbedarf geschlossen werden könne ... Dies zeige auch die tatsächliche Entwicklung. Soweit die Beklagte die Regelung zur Arztdynamisierung mit Blick auf das geltende Bedarfsplanungssystem für gerechtfertigt halte, könne dem nicht gefolgt werden. Jede neu eröffnete Praxis erreiche erst nach etwa rund drei Jahren den Durchschnitt an Behandlungsfällen. Auch bewirkten Facharztfonds mit geringer Mitgliederzahl schon geringe Arztdynamisierungen relativ hohe Veränderungen der Honorarkontingente (z.B. in der Honorargruppe 260 von 47 Ärzten auf 52 Ärzte eine Steigerung von 10,53 v.H.) Zwar führe ein Anwachsen der Zahl der Vertragsärzte zu einem Anwachsen des Leistungsumfangs. Aus einer weiter wachsenden Zahl von Vertragsärzten könne aber nicht zwingend auf eine bedarfsgerechte Expansion ärztlich erbrachter Leistungen geschlossen werden. Gerade auch wegen der angebotsinduzierten Nachfrage, ferner der Tatsache, dass sich neue Ärzte ihren Bedarf - auch - selbst schaffen und um die durch die Morbiditätsentwicklung der Versicherten nicht begründete Steigerung des Leistungsumfangs für die ambulante Versorgung zu begrenzen, habe der Gesetzgeber eine verschärfte Zugangsbegrenzung ([§ 102 SGB V](#) i.d.F. des GSG bzw. in der Fassung des GKVGRG 2000) für erforderlich gehalten. Die Beklagte habe aber auch die erhöhten Arztdaten bei den nicht der Bedarfsplanung unterliegenden Arztgruppen berücksichtigt und deren Honorarkontingente mit den nach § 2 Abs. 1 HVM erfolgten Rückstellungen erhöht. Die von der Beklagten eingeführte Arztdynamisierungsregelung sei auch unter Berücksichtigung von [§ 85 Abs. 4a Satz 3 SGB V](#) i.d.F. des GKV-Gesundheitsreformgesetzes (BGBl. I. S. 2634) nicht rechtmäßig, mit welchem dem Bewertungsausschuss aufgegeben worden sei, erstmalig bis zum 28.02.2000 Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütung, insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung sowie für deren Anpassung an solche Veränderungen zu bestimmen. Eine Aussage zur Berücksichtigung von Arztdynamisierungen im allgemeinen lasse sich hieraus nicht ableiten. Gegen das am 08.09.2000 zugestellte Urteil richtet sich die am 02.10.2000 eingelegte Berufung. Die Beklagte trägt vor, die Kombination von begrenzter Gesamtvergütung und Leistungssteigerungen, die von der ebenfalls seit 1993 geltenden Bedarfsplanung ausgehen, müsse zu Gunsten derjenigen Arztgruppen, bei denen noch Versorgungsbedarf bestehe, berücksichtigt werden. Unter den Gesichtspunkten der Bedarfsplanung bedeute die Zulassung von Vertragsärzten in nicht gesperrten Zulassungsbezirken und die dadurch hervorgerufenen Leistungssteigerungen eine gewollte und vom Gesetzgeber sanktionierte Leistungsmehrung. Diese Leistungsmehrung sei Auswirkung der Beseitigung einer bis dahin bestehenden nicht vollständigen Versorgung. Die finanziellen Folgen seien von allen Vertragsärzten zu tragen. Denn aus Sicht der betroffenen Facharztgruppe stelle es einen reinen Zufall dar, dass im Basisjahr für die Aufteilung der Mittel auf die Honorarfonds der sie betreffende Versorgungsgrad noch nicht erreicht worden sei. Aus diesem Grunde sei es zwingend geboten, das Prinzip der Honorarverteilung nach Anteilen an der Gesamtvergütung des Jahres 1995 zwecks Berücksichtigung von - berechtigten - Leistungssteigerungen auf Grund von Neuzulassungen zu durchbrechen. Die Erhöhung der Mittel in den betreffenden Fonds ist deshalb nicht als unsachlich zu werten. Die Vertragsärzte unterlägen im Übrigen zu über 97 v.H. der Bedarfsplanung. Die Tatsache, dass für die geringe Anzahl der nicht der Bedarfsplanung unterliegenden Ärzte im Rahmen der Honorarverteilung keine Sonderregelung getroffen wurde, kann die grundsätzliche Berechtigung der in Streit stehenden Regelung nicht widerlegen. Es sei nicht zu beanstanden, dass die Mittel für Arztdynamisierungen insbesondere denjenigen

Facharztgruppen entzogen worden seien, deren Anzahl rückläufig gewesen sei, jedenfalls soweit in diesen Bereichen eine Überversorgung festzustellen sei. Dies sei bei der Gruppe der hausärztlichen Kinderärzte der Fall. Die Anzahl der hausärztlichen Kinderärzte sei von 389 im Jahr 1995 auf 379 im Jahr 1999 zurückgegangen und habe zu Abzügen im Honorarfonds geführt. Der Bereich der Kinderärzte sei im genannten Zeitraum jedoch größtenteils überversorgt. Die Berufungsklägerin habe angesichts begrenzter Gesamtvergütungen und steigender Zulassungszahlen in einzelnen Bereichen das legitime Ziel verfolgt, einen Ausgleich zwischen denjenigen Facharztgruppen, deren Versorgungsgrad noch nicht vollständig erreicht worden sei, und denjenigen, bei denen Überversorgung vorliege, herzustellen. Im Übrigen bewirke die Auffassung des Sozialgerichts Dresden eine erhebliche Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz von betroffenen Facharztgruppen. So habe sich die Anzahl der fachärztlichen Internisten hat sich von 1995 bis 1999 um rd. 50 v.H. erhöht. Auf Grund dessen seien ca. 1/3 der dem entsprechenden Honorarfonds zur Verfügung stehenden Mittel auf die Regelung zur Berücksichtigung von Arztzahländerungen zurückzuführen. Wollte man der Auffassung des SG Dresden folgen, so wären den fachärztlichen Internisten beispielsweise im Quartal IV/99 ein Drittel weniger Mittel zugeflossen, was die wirtschaftliche Existenz der gesamten Facharztgruppe und damit den Sicherstellungsauftrag der Berufungsklägerin gefährdet hätte. Die Beklagte sehe sich auch durch die Einführung der getrennten Honorarverteilung für den haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich mit Wirkung ab 1. Januar 2000 sowie den hierzu erlassenen Begleitvorschriften bestätigt. Der Gesetzgeber sehe in der Berücksichtigung von Arztzahländerungen bei der Festlegung der Mittel für den jeweiligen Versorgungsbereich in [§ 85 Abs. 4a Satz 3 SGB V](#) ebenfalls ein sachgerechtes Kriterium, die Höhe der betreffenden Mittel festzulegen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Berufungsvorbringens wird auf die Schriftsätze vom 29.09.2000 und vom 29.01.2002 (Bl. 1 ff., 47 f d.A.) Bezug genommen.

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 03.05.2000 aufzuheben und die Klagen abzuweisen.

Die Klägerin beantragt, die Berufung zurückzuweisen. Sie stützt sich auf die angefochtene Entscheidung und führt aus, die Annahme, dass sich mit einer Veränderung der Arztzahl auch der Umfang der ärztlichen Leistungen verändere, sei unzutreffend, jedenfalls nicht in dem von der Beklagten behaupteten Maße. Die Morbiditätsstruktur bestehe unverändert fort. Wegen der weiteren Einzelheiten der Berufungserwiderung wird auf den Schriftsatz vom 20.11.2000 (Bl. 34 ff.) Bezug genommen. Wegen der weiteren Einzelheiten zum Sach- und Streitstand, insbesondere wegen den Darlegungen der Beklagten zur Vorgehensweise bei der Punktwertberechnung zum Quartal 11/97, wird auf die Gerichtsakten aus beiden Rechtszügen und auf die Verwaltungsakte Bezug genommen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist statthaft und auch im Übrigen zulässig, jedoch unbegründet. Die angefochtene Entscheidung ist nicht zu beanstanden. Die hier streitgegenständlichen Bescheide über die Vergütungsverteilung vom 27.01.1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.07.1998, vom 27.04.1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04.11.1998, vom 27.07.1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04.01.1999 und schließlich vom 27.10.1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.03.1999 sind rechtswidrig, soweit die Beklagte den Vergütungsanspruch der Klägerin danach unter Anwendung des § 9 und des eingangs genannten § 2 Abs. 4 HVM, der gemäß der in § 9 Satz 3 HVM getroffenen Übergangsbestimmung hier Anwendung findet, wegen einer verminderten Anzahl der Fachgruppe der Kinderärzte und einer gestiegenen Anzahl von abrechnende Vertragsärzten in anderen Arztgruppen begrenzt hat. Insoweit ist die Beklagte zur Neubescheidung nach Maßgabe der nachfolgenden Gründe verpflichtet. Allerdings ist die Vergütungsverteilung, soweit die Beklagte die Gesamtvergütung nach Maßgabe von Facharztfonds und unter Anwendung von Teilbudgets verteilt hat, ausweislich der höchstrichterlichen Rechtsprechung, auf die sich das SG zutreffend gestützt hat, nicht zu beanstanden. Auch soweit die Klägerin im erstinstanzlichen Verfahren die Bildung eines aus ihrer Sicht zu geringen "Honorartopfes" wegen der für Kinderärzte neu hinzugekommener Leistungen und wegen der höheren Bewertung von anderen EBM-Positionen gerügt hat, hat die Klage keinen Erfolg; insoweit ist allein der dem Bewertungsausschuss sowie der vertragsärztlichen Selbstverwaltung zukommende Gestaltungsraum berührt. Aus diesem Grunde ist auch das weitere erstinstanzliche Vorbringen der Klägerin hinsichtlich der generellen Herausnahme von Vorsorge- und Früherkennungsleistungen (Nrn. 140 ff. EBM-Ä) bei mengenbegrenzenden Maßnahmen aus Rechtsgründen unerheblich, weil der Gesetzgeber insoweit eine Privilegierung des Mengenzuwachses für Kinder-Vorsorgeuntersuchungen im hier streitgegenständliche Zeitraum nicht vorgenommen hat. Die Beklagte war deshalb nicht verpflichtet, Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Honorarverteilung so zu privilegieren, dass sich Punktwerrückgänge auf die Honorierung dieser Leistungen nicht auswirken konnten. Keinen Erfolg hat das Klagevorbringen, soweit die Klägerin ihrer Vergütung als "unangemessen" niedrig ansieht. Insoweit stützt sich die erstinstanzliche Entscheidung zutreffend auf die den Beteiligten bekannte, vom SG zutreffend herangezogene ständige Rechtsprechung des erkennenden Senats (vgl. im Übrigen [BSGE 73, 131 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 4](#); seitdem st. Rspr.). Von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe wird daher hinsichtlich der vorgenannten Rechtsfragen abgesehen und auf die Gründe der angefochtenen Entscheidung in Anwendung von [§ 153 Abs. 2 SGG](#) verwiesen. Anders stellt sich die Rechtslage hingegen dar, soweit die Beklagte von § 2 Abs. 4 i.V.m. § 9 Satz 3 HVM i.d.F. vom 08.11.1997 Gebrauch gemacht hat. Diese Bestimmung sah neben der Einführung von Facharztfonds (§ 2 Abs. 3 HVM) für die Aufteilung der Mittel die folgende, hier streitgegenständliche Regelung vor: § 2 Abs. 4 HVM: Die Aufteilung der Mittel erfolgt entsprechend den Durchschnittsanteilen der einzelnen Fachgruppen an der Gesamtvergütung im entsprechenden Quartal des Jahres 1995. Die nach dem 31.12.1995 stattfindende Veränderung der Anzahl der in der jeweiligen Facharztgruppe zugelassenen abrechnenden Ärzte ist zu berücksichtigen. Die Anwendung dieser Vergütungsbestimmung hat zur Folge, dass sich der Vergütungsanspruch der Klägerin in allen streitgegenständlichen Quartalen vermindert hat. Dies ist zwischen den Beteiligten im Übrigen auch unstrittig. Ausgangspunkt dieses Vorgehens war die Verringerung der Arztzahl bei den Kinderärzten gegenüber dem Vergleichsquartal von 400 auf 395 Ärzte mit der Folge der Verminderung des Fachgruppenbudgets um 0,125 v.H. ... Die sich hieraus ergebenden "Überschüsse" hat die Beklagte - auf Kosten der Fachgruppe der Kinderärzte - anderen Facharztfonds, in denen Arztzahlsteigerungen eingetreten waren, entsprechend zugeführt. Die Aufstockungen der Honorarfonds hat sie in Anwendung ihres § 2 Abs. 1 HVM durch die Bildung von Rückstellungen aus den eingehenden Gesamtvergütungen sichergestellt. Über das Vorgehen der Beklagten besteht in rechnerischer Hinsicht kein Streit. Streit besteht indessen über die Rechtmäßigkeit der von der Vertreterversammlung der Beklagten getroffenen Satzungsbestimmung (hier: § 2 Abs. 4 HVM) selbst. Der Senat ist mit dem SG der Auffassung, das die genannte Satzungsbestimmung rechtswidrig ist. Nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) verteilt die Kassenärztliche Vereinigung die Gesamtvergütung unter die Vertragsärzte. Sie wendet dabei den im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an. Bei der Verteilung sind Art und Umfang der Leistungen des Vertragsarztes zu Grunde zu legen. Der Verteilungsmaßstab soll sicherstellen, dass eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes verhindert wird. Der Verteilungsmaßstab kann eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung vorsehen. Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG, der sich der erkennende Senat anschließt, ist bei der Anwendung der Honorarverteilung das aus [Art. 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) herzuleitende Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit zu beachten. Dieser Grundsatz ist verletzt, wenn vom Prinzip der gleichmäßigen Vergütung abgewichen wird, obwohl zwischen den betroffenen Ärzten bzw. Arztgruppen keine Unterschiede von

solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass eine ungleiche Behandlung gerechtfertigt ist. Die Beklagte hat zwar einen Spielraum für sachlich gerechtfertigte Abweichungen von der grundsätzlich gleichen Honorierung ärztlicher Leistungen. Diesen Spielraum darf sie jedoch nicht nach freiem Belieben ausgestalten, sondern nur nach sachlich gerechtfertigten Gesichtspunkten, die beachtet werden müssen, damit die Beklagte ihren Sicherstellungsauftrag und ihre sonstigen vertraglichen und gesetzlichen Verpflichtungen erfüllen kann. Differenzierungen müssen unter anderem geeignet und geboten für die Zielerreichung sein und insbesondere den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz berücksichtigen (vgl. etwa BSG [SozR 32500 § 85 Nr. 11](#), Nr. 24, jeweils m.w.N.; st. Rspr.). Die Beklagte rechtfertigt ihre Satzungsbestimmung damit, dass die "Kombination von begrenzter Gesamtvergütung und Leistungssteigerungen, die von der ... seit 1993 geltenden Bedarfsplanung ausgehen, ... zu Gunsten derjenigen Arztgruppen (gehen müsse), bei denen noch Versorgungsbedarf besteht". Unter dem Gesichtspunkt der Bedarfsplanung bedeute die Zulassung von Vertragsärzten in nicht gesperrten Zulassungsbezirken und die dadurch hervorgerufenen Leistungssteigerungen eine gewollte und vom Gesetzgeber sanktionierte Leistungsmehrung. Dieses sei nicht Folge einer arztinduzierten Leistungsmehrung, "sondern die Auswirkung der Beseitigung einer bis dahin bestehenden nicht vollständigen Versorgung". Diese Hinweise rechtfertigen die getroffene Satzungsbestimmung nicht.

Die Anknüpfung allein an die Veränderung der jeweiligen Arztlzahl hat zur Folge, dass sich der Vergütungsanspruch des jeweils betroffenen Vertragsarztes - hier der Klägerin - in Folge der Anwendung der genannten Satzungsbestimmung unabhängig von dem jeweiligen individuellen Leistungsgeschehen vermindert. Die Beklagte hat hierzu weder näher dargelegt noch überhaupt substantiiert, in welchem Umfang Arztlzahlveränderungen zu Veränderungen im Leistungsgeschehen führen sollen. Mit Recht weist das Sozialgericht darauf hin, dass die Beschränkung der Auswirkung der Mengenausweitung zwar ein Gesichtspunkt sein kann, der unter Berücksichtigung einer gebotenen Differenzierung bei der Bildung von fachgruppenbezogenen Teilbudgets zu beachten ist (vgl. BSGE 77, 268, 293; BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 24](#)). Insoweit besteht eine Korrekturpflicht im Rahmen der Entwicklung im Patientenaufkommen bei einzelnen Arztgruppen, wenn es sich um wesentliche Veränderungen im Vergleich zum Ausgangsquartal und um eine länger dauernde, mindestens über ein Jahr anhaltende Entwicklung handelt. "Wesentlich" ist eine Änderung dann, wenn sich das Patientenaufkommen der Arztgruppe um mindestens 10 v.H. im Vergleich zum Ausgangsquartal verändert hat und sich entsprechende Entwicklungen bei den übrigen Arztgruppen nicht ergeben haben. Da das Patientenaufkommen in gewissem Umfang auch der Steuerung durch die Ärzte der jeweiligen Fachgruppe zugänglich ist, ist bei der Honorarverteilung nur solchen Veränderungen Rechnung zu tragen, die auf objektiven Veränderungen der Zusammensetzung des Patientengutes beruhen.

Die Verringerung eines Kontingents führt selbst bei gleichbleibendem Leistungsumfang zu einem niedrigeren Punktwert. Anders ausgedrückt: In Folge der von der Veränderung der jeweiligen Arztlzahl abhängigen Honorarverschiebung bleibt der jeweiligen Arztgruppe, ohne dass sich im Leistungsgeschehen oder in der Morbidität der versicherten Patienten eine Änderung ergäbe, ein niedrigeres Vergütungsvolumen. Das SG weist aber mit Recht darauf hin, dass sich durch die Zulassung weiterer Ärzte in anderen Arztgruppen die Morbidität der Versicherten nicht verändert. Weitere Zulassungen erklären für sich genommen eine Ausweitung der Leistungsmengen aber nicht (vgl. auch BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 11](#), Nr. 12 und Nr. 26; ebenfalls seitdem st. Rspr.).

Tatsächlich besteht kein Anhalt für die von der Beklagten geäußerte Vermutung, dass durch eine Verringerung der Anzahl der abrechnenden Ärzte der bislang bestehende Leistungsbedarf bei den Patienten wegfallen soll. Aus der Verringerung der Anzahl der abrechnenden Kinderärzte ist deshalb nicht zwingend auf einen geringeren Leistungsbedarf zu schließen. So ist ausweislich der von der Beklagten vorgelegten Unterlagen die kurative Punktzahlanforderung im Bereich der Fachgruppe der hausärztlichen Kinderärzte von 154.768.713,4 (PK) bzw. 137.395.917,3 Punkte (EK) im Quartal III/97 auf 162.846.456,8 Punkte (PK) bzw. 145.900.989,4 (EK) Punkte im Quartal IV/97 gestiegen. Eine ähnliche Entwicklung hat sich in den Folgequartalen ergeben (Quartal I/98: 165.274.687,9 Punkte [PK]) und 149.943.531,3 Punkte [EK], Quartal II/98: 157.654.737,7 Punkte [PK] und 146.910.566,2 Punkte [EK]). Auch soweit die Beklagte die Regelung zur Arztlzahlveränderung mit Blick auf das geltende Bedarfsplanungssystem für gerechtfertigt hält, kann dem nicht gefolgt werden. Zwar werden für die Arztgruppen der Ärzte für Allgemeinmedizin/Praktischen Ärzte, Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Internisten, Kinderärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Fachärzte für diagnostische Radiologie und Urologen arztgruppenspezifische Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad als Grundlage für die Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in den Planungsbereichen bestimmt (§§ 101, 103, 104 SGB V, Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte). Jede neu eröffnete Praxis erreicht aber erst nach etwa rund drei Jahren den Durchschnitt an Behandlungsfällen. Auch bewirken in Facharztfonds mit geringer Mitgliederzahl schon geringe Arztlzahlveränderungen relativ hohe Veränderungen der Honorarkontingente (z.B. in der Honorargruppe 260 von 47 Ärzte auf 52 Ärzte eine Steigerung von 10,53 v.H.). Zwar belegen die von der Beklagten vorgelegten Zahlen bezüglich der Entwicklungen der Leistungsanforderungen in den einzelnen Facharztfonds, wie auch allgemein bekannt, dass ein Anwachsen der Zahl der Vertragsärzte zu einem Anwachsen des Leistungsumfangs führt. Aus einer weiter wachsenden Zahl von Vertragsärzten kann aber nicht zwingend auf eine bedarfsgerechte Expansion ärztlich erbrachter Leistungen geschlossen werden. Gerade auch wegen der angebotsinduzierten Nachfrage, der Tatsache, dass sich neue Ärzte ihren Bedarf - auch - selbst schaffen und um die durch die Morbiditätsentwicklung der Versicherten nicht begründete Steigerung des Leistungsumfangs für die ambulante Versorgung zu begrenzen, hat der Gesetzgeber eine verschärfte Zugangsbegrenzung (§ 102 SGB V i.d.F. des GSG 1993, BGBl. I. S. 2266; bzw. in der Fassung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000, BGBl. I. S. 2635) für erforderlich gehalten (dazu KassKomm-Hess, § 102 Rdnr. 4). Indessen ist hieraus weder zu folgern noch ergibt sich daraus ein ausreichender Beleg der Einbeziehung dieses - allein zulassungsrechtlich relevanten - Rahmens in die vertragsärztliche Vergütungsverteilung. Die Beklagte hat aber auch die erhöhten Arztlzahlen bei den nicht der Bedarfsplanung unterliegenden Arztgruppen berücksichtigt und deren Honorarkontingente mit den nach § 2 Abs. 1 HVM erfolgten Rückstellungen erhöht. So wurden insbesondere die Honorarkontingente des Fonds der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin erhöht. Gerade den Laborärzten wird aber eine Mitverantwortlichkeit für Leistungsausweitungen zugerechnet (BSG, Urteil vom 28.01.1998 - [B 6 KA 96/96 R](#)). Nach alledem sind ausreichend gewichtige Erwägungen, die die von der Beklagten vorgenommenen Erhöhungen bzw. Verringerungen der Honorarvolumina rechtfertigen könnten, nicht ersichtlich, zumal die streitige Regelung ohnehin nicht das Ziel verfolgt, auf das Leistungsverhalten des einzelnen Arztes oder der Arztgruppe im Sinne einer Mengensteuerung einzuwirken. Unzutreffend erweist sich der von der Beklagten auch im Berufungsverfahren geltend gemachte Hinweis auf § 85 Abs. 4a Satz 3 SGB V i.d.F. des GKV-Gesundheitsreformgesetzes (BGBl. I. S. 2634). Damit ist dem Bewertungsausschuss lediglich aufgegeben, erstmalig bis zum 28.02.2000 Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütung nach Absatz 4, insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung sowie für deren Anpassung an solche Veränderungen zu bestimmen, die bei der Bestimmung der Anteile der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung an der Gesamtvergütung zu beachten sind. Bei der erstmaligen Bestimmung der Vergütungsanteile für die hausärztliche Versorgung nach Satz 1 ist der auf die hausärztliche Versorgung entfallende Anteil an der Gesamtheit des in einer Kassenärztlichen Vereinigung abgerechneten Punktzahlvolumens des Jahres 1996 zu Grunde zu legen; übersteigt in den Jahren 1997 bis

1999 der in einer Kassenärztlichen Vereinigung auf die hausärztliche Versorgung entfallende Anteil der abgerechneten Punkte am gesamten Punktzahlvolumen den entsprechenden Anteil des Jahres 1996, ist von dem jeweils höheren Anteil auszugehen. Veränderungen in der Zahl der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in den Jahren nach 1996 sind zu berücksichtigen. Mit diesen Regelungen war eine nachhaltige Förderung und Privilegierung der hausärztlichen Versorgung bezweckt. Eine Aussage zur Berücksichtigung von Arztzahlveränderungen im allgemeinen lässt sich hieraus aber gerade nicht ableiten. [§ 85 Abs. 4a Satz 3 SGB V](#) zielt im übrigen lediglich darauf ab, nach 1996 eingetretene Übergänge von an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten in die fachärztliche Versorgung bzw. von an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten in die hausärztliche Versorgung zu berücksichtigen (vgl. die amtliche Begründung des einschlägigen Gesetzesentwurfes, [BT-Drucks. 14/1245 S. 72](#) f.). Dem entsprechend war mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16.02.2000 (DÄ, Heft 9 vom 03.03.2000, B-489) in Bezug auf die erstmalige Festlegung der Vergütungsanteile für den hausärztlichen und fachärztlichen Bereich für das Jahr 2000 die Bereinigung des relativen Leistungsbedarfsanteils um die mit dem Versorgungsbereichswechsel von Ärzten veränderten Leistungsbedarfsanteile sowie die ab dem 01.01.2000 quartalsweise Berücksichtigung von Versorgungsbereichswechseln vorgesehen, wobei die Bereinigung quartalsweise auf der Basis des Honorarbescheides des Vorjahresquartals des wechselnden Vertragsarztes durchzuführen war und die Vergütung für die hausärztliche Grundvergütung immer im hausärztlichen Versorgungsbereich verblieb. Mit dem weiteren Beschluss vom 20.06.2000 (DÄ, Heft 27 vom 07.07.2000, B-1619) hat der Bewertungsausschuss für die Zeit ab 01.01.2001 die Ergänzung aufgenommen, dass die Vergütung für die Leistungen, die im Katalog gemäß § 6 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung aufgeführt sind, grundsätzlich immer im fachärztlichen Versorgungsbereich verbleiben. Aus der Einfügung von [§ 85 Abs. 4a Satz 3 SGB V](#) i.d.F. des GKV-GRG 2000 in das vertragsärztliche Vergütung geschehen ist mithin lediglich zu entnehmen, dass damit den nach 1996 eingetretenen Übergängen im Verhältnis der an der hausärztlichen sowie der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzten Rechnung getragen werden sollte. Keineswegs ist diese Vorschrift indessen - wie von der Beklagten angenommen - eine Rechtfertigung für die Einbeziehung von Arztzahlveränderungen in die vertragsärztliche Vergütungsverteilung, wie dies mit § 2 Abs. 4 HVM - rechtswidrig - erfolgt ist. Im Übrigen sieht der Senat auch hier von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab und nimmt auf die Gründe der angefochtenen Entscheidung in Anwendung von [§ 153 Abs. 2 SGG](#) Bezug. Die Beklagte ist daher nach Maßgabe der vorstehenden rechtlichen Hinweise zur Neubescheidung verpflichtet.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 und 4 SGG](#).

Gründe für eine Zulassung der Revision sind weder zu ersehen noch dargetan. § 2 Abs. 4 HVM erstreckt sich über den Bereich des Freistaates Sachsen hinaus nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2005-11-11