
S 79 KA 137/99

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Berlin-Brandenburg
Sozialgericht	Landessozialgericht Berlin-Brandenburg
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	7
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Einführung von Praxis- und Zusatzbudgets, hausärztlich tätige Internisten mit psychosomatischer Aussichtung Grundsatz der Honorarverteilungs , Fachgruppentöpfe, unterschiedliche Punktwerte, angemessene Vergütung, § 85 Abs.4 Satz 1-3 SGB V , Abschnitt A I Teil B EBM-Ä § 10 Abs. 1 AVM KV Berlin
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 79 KA 137/99
Datum	10.01.2001

2. Instanz

Aktenzeichen	L 7 KA 21/01
Datum	29.03.2006

3. Instanz

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

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 10. Januar 2001 wird zurückgewiesen. Die Klägerin hat der Beklagten auch deren Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Gewährung eines höheren Honorars für das Quartal III/97.

Die Klägerin nimmt seit Mitte 1991 als Ärztin für Innere Medizin (hausärztliche Tätigkeit) in B/P an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Der sie betreffenden

Honorarberechnung für das streitige Quartal III/97 legte die Beklagte u. a. die Bestimmungen der zum 1. Juli 1997 in Kraft getretenen Regelungen des Abschnitts A I Teil B des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) über die Praxis- und Zusatzbudgets sowie die Regelungen ihres ab dem 1. Juli 1997 geltenden Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) zugrunde. Unter Berücksichtigung regionaler Fallpunktzahlen ermittelte sie nach den vorgenannten Regelungen des EBM-Ä für die Klägerin ein Praxisbudget von 434.798 Punkten, das die Klägerin bei einem Quotienten von 127,66 % mit den von ihr angeforderten 555.045 Punkten für insgesamt 500 budgetrelevante Fälle deutlich überschritt. Im Bereich der Zusatzbudgets berücksichtigte die Beklagte zu Gunsten der Klägerin das qualifikationsgebundene fallzahlabhängige Zusatzbudget Psychosomatik/Äbende Verfahren im Umfang von 27 Punkten je Fall. Nach den Bestimmungen des HVM, der in § 10 Abs. 1 für die einzelnen Fachrichtungen, wie z. B. die Fachrichtung der hausärztlich tätigen Internisten und die der Allgemeinmediziner/Praktischen Ärzte die Bildung von so genannten Teilbudgets vorsah, die ihrerseits in Subbudgets für die von der Anrechnung auf die Praxisbudgets ausgenommenen Leistungen (Subbudget A) und die übrigen Leistungen (Subbudget B) zu unterteilen waren, kamen für die Klägerin als hausärztlich tätige Internistin im Subbudget A Punktwerte in Höhe von 4,772 DPf im Primärkassenbereich und 5,954 DPf im Ersatzkassenbereich sowie im Subbudget B 6,580 DPf im Primärkassenbereich und 9,564 DPf im Ersatzkassenbereich zur Auszahlung.

Gegen diesen Honorarbescheid für das Quartal III/97 legte die Klägerin Widerspruch ein und führte zur Begründung im Wesentlichen aus: Die Festsetzung des Praxisbudgets sei rechtswidrig. Denn abgesehen davon, dass es hierfür insgesamt an einer hinreichend bestimmten gesetzlichen Grundlage fehle, sei der für die Berechnung u. a. maßgebliche Kostensatz für die Arztgruppe der hausärztlich tätigen Internisten insbesondere auch im Vergleich zur Arztgruppe der Allgemeinmediziner/Praktischen Ärzte viel zu niedrig angesetzt worden. Zudem sei insoweit auf Bezugszeiträume zurückgegriffen worden, in denen es die Arztgruppe der hausärztlich tätigen Internisten noch nicht gegeben habe. Schließlich hätten in die regionalisierte Berechnung der Fallpunktzahlen nicht die teilbudgetierten Abrechnungswerte des ersten Halbjahres 1996 Eingang finden dürfen, weil das Bundessozialgericht (BSG) die rückwirkende Budgetierung von Gesprächs- und Untersuchungsleistungen im EBM-Ä 1996 zwischenzeitlich für unwirksam erklärt habe.

Diesen Widerspruch wies die Beklagte mit ihrem Widerspruchsbescheid vom 15. März 1999 als unbegründet zurück und führte aus: Die Vergütung von Leistungen auf der Grundlage der zum 1. Juli 1997 eingeführten arztgruppenbezogenen fallzahlabhängigen Praxisbudgets sei rechtmäßig. Insbesondere fehle es nicht an einer ausreichenden Rechtsgrundlage und auch der gewählte Kostensatz für die hausärztlich tätigen Internisten sei nicht zu beanstanden.

Mit ihrer Klage hat die Klägerin im Wesentlichen geltend gemacht: Sie habe Anspruch auf eine höhere Vergütung. Denn selbst wenn die Einführung von

Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 vom Grundsatz her nicht zu beanstanden sein sollte, sei jedenfalls deren konkrete Ausgestaltung rechtswidrig. Denn sie hätten zur Folge, dass die hausärztlich tätigen Internisten im Vergleich zu den Allgemeinmediziner/Praktischen Ärzten ein viel zu niedriges Honorar erhielten, obwohl sie deutlich höhere Betriebskosten hätten und über eine weitergehende Qualifikation verfügten. In ihrem Fall sei durch die Einführung der Praxisbudgets ein Honorarverlust von rund 30 % eingetreten, der durch das ihr zugestandene ebenfalls viel zu kleine Zusatzbudget auch nicht annähernd aufgefangen werde. Im Übrigen verstießen auch die Honorarverteilungsregelungen gegen höherrangiges Recht, weil die Fachgruppentypen willkürlich gebildet worden seien. Dies zeige sich daran, dass die hausärztlich tätigen Internisten auf wesentlich niedrigere Punktwerte kämen als die Allgemeinmediziner/Praktischen Ärzte, obwohl dies mit Rücksicht auf die bereits beschriebenen Unterschiede zwischen den beiden Fachgruppen gerade umgekehrt der Fall sein müsste.

Das Sozialgericht hat die Klage mit seinem Urteil vom 10. Januar 2001 als unbegründet abgewiesen und hierzu im Wesentlichen ausgeführt: Die Einführung von Praxisbudgets im EBM-Ärzt zum 1. Juli 1997 sei rechtmäßig. Sie beruhe auf [§ 87 Abs. 2](#) und 2 a des fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) und damit auf einer ausreichenden Rechtsgrundlage. Des Weiteren habe sie zumindest für die Quartale III/97 und IV/97 auf der Grundlage des damals zur Verfügung stehenden Datenmaterials vorgenommen werden dürfen, weil bei der Einführung neuer Berechnungsregelungen, die wie die hier in Rede stehenden nicht hätten aufgeschoben werden können, größere Typisierungen und Generalisierungen erlaubt seien. Auch der bei der Berechnung der Fallpunktzahlen vorzunehmende Rückgriff auf die Abrechnungswerte des ersten Halbjahres 1996 sei nicht zu beanstanden, weil die Bestimmungen des EBM-Ärzt in Abschnitt A Teil B Anlage 2 bis 4 durch den Interpretationsbeschluss des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses vom 21. November 1997 hinreichend konkretisiert worden seien, ohne dass der Bewertungsausschuss seinen Gestaltungsspielraum überschritten habe. Soweit die Klägerin geltend mache, dass der bei ihr aufgetretene Umsatzrückgang auch durch das ihr zugestandene Zusatzbudget nicht aufgefangen werde, führe dies zu keinem anderen Ergebnis. Denn es sei nicht ersichtlich, dass sie bei der Beklagten bereits einen Antrag auf Erweiterung des Zusatzbudgets gestellt habe. Schließlich griffen auch ihre Einwände gegen die Honorarverteilungsregelungen im HVM nicht durch. Denn sie ließen vor allem nicht erkennen, inwieweit die Bildung von Fachgruppentypen, die nach der Rechtsprechung des BSG grundsätzlich zulässig sei, sachwidrig gewesen sein solle.

Gegen dieses ihr am 13. März 2001 zugestellte Urteil richtet sich die am 12. April 2001 bei Gericht eingegangene Berufung. Zu ihrer Begründung trägt die Klägerin im Wesentlichen vor: Sie habe Anspruch darauf, ein Honorar in einer Höhe zu erhalten, die den Besonderheiten ihrer kleinen psychosomatisch ausgerichteten Praxis in angemessener Weise gerecht werde. Mit welchem Modell sie diesem Anspruch zum Durchbruch verhelfen könne, sei nicht entscheidend. Allerdings sei sie nach wie vor der Auffassung, dass jedenfalls die konkrete Ausgestaltung des Praxisbudgets rechtswidrig sei. Dies gelte zum einen im Hinblick

darauf, dass das Honorar der hausärztlich tätigen Internisten niedriger sei als das der Allgemeinmediziner/Praktischen Ärzte, sowie zum anderen vor dem Hintergrund, dass zeitgebundene Leistungen nicht angemessen berücksichtigt würden. Derartige Leistungen, die sie aufgrund ihrer Spezialisierung auf die Behandlung psychosomatischer Krankheitszustände in erheblichem Maße erbracht habe und weiterhin erbringe, müssten in ihrem Fall zumindest zu einer Erweiterung ihres Zusatzbudgets führen. Jedenfalls verstießen aber die Honorarverteilungsregelungen der Beklagten gegen höherrangiges Recht, weil die von ihr im Zusammenhang mit der Ausgestaltung des Praxis- und Zusatzbudgets getroffenen Gesichtspunkte auch für die Honorarverteilung von Bedeutung seien. Aufgrund dieser Gesichtspunkte sei der Schluss gerechtfertigt, dass die Fachgruppenärzte fehlerhaft gebildet und die Punktwerte für die hausärztlich tätigen Internisten infolge dieses Fehlers zu niedrig festgesetzt worden seien.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 10. Januar 2001 aufzuheben, den Honorarbescheid für das Quartal III/97 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. März 1999 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, sie hinsichtlich ihrer Honoraransprüche für dieses Quartal unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angegriffene Urteil für zutreffend und weist ergänzend darauf hin, dass die Erweiterung des der Klägerin eingeräumten Zusatzbudgets nicht zulässigerweise zum Gegenstand dieses Rechtsstreits gemacht werden könne.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Gerichtsakte, insbesondere die Schriftsätze der Beteiligten, sowie den das Quartal III/97 betreffenden Verwaltungsvorgang der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin ist unbegründet. Das angegriffene Urteil ist zutreffend.

Wie die Klägerin in ihrem Berufungsantrag mit Recht zum Ausdruck gebracht hat, ist Gegenstand des hiesigen Verfahrens allein der das Quartal III/97 betreffende Honorarbescheid der Beklagten in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. März 1999. Nicht Gegenstand dieses Verfahrens ist demgegenüber der Bescheid vom 18. Juni 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. Februar 2003, mit dem die Beklagte (u. a.) die Erweiterung des der Klägerin eingeräumten qualifikationsgebundenen fallzahlabhängigen Zusatzbudgets nach Abschnitt A I Teil B Nr. 4.3 EBM-Ä abgelehnt hat. Über diesen Bescheid ist in dem nach wie vor bei dem Sozialgericht Berlin unter dem Aktenzeichen S 79 KA 198/03

anhängigen Rechtsstreit zu entscheiden, wobei die Beklagte in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat ausgeführt hat, sie werde der Klägerin das sich insoweit ergebene Honorar nachzahlen, sollte sie mit ihrer Klage auf Erweiterung des Zusatzbudgets durchdringen.

Entgegen der Auffassung der Klägerin erweist sich der hier zur Überprüfung gestellte Honorarbescheid für das Quartal III/97 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. März 1999 als rechtmäßig. Denn die Beklagte hat den der Klägerin für das vorgenannte Quartal zustehenden Honoraranspruch in zutreffender Höhe festgestellt.

Rechtsgrundlage für den Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Zahlung vertragsärztlichen Honorars ist [Â§ 85 Abs. 4 Sätze 1 bis 3 SGB V](#) in der bis zum 31. Dezember 1999 geltenden Fassung des Gesundheits-Reformgesetzes vom 10. Dezember 1988. Danach steht jedem Vertragsarzt ein Anspruch auf Teilhabe an den von den Krankenkassen entrichteten Gesamtvergütungen entsprechend Art und Umfang der von ihm erbrachten abrechnungsfähigen Leistungen nach Maßgabe der Verteilungsregelungen im HVM zu. Das Nähere zu Inhalt und Umfang der abrechnungsfähigen Leistungen ist im EBM bestimmt, an dessen Vorgaben die Kassenärztliche Vereinigung bei der Ausgestaltung ihrer Honorarverteilung gebunden ist.

Soweit die Beklagte bei der Honorarberechnung für das streitbefangene Quartal die zum 1. Juli 1997 eingeführten Bestimmungen des Abschnitts A I Teil B EBM über die Praxisbudgets angewandt hat, lassen sich hieraus Bedenken gegen die Rechtmäßigkeit des Honorarbescheides nicht herleiten. Wie das BSG wiederholt entschieden hat, stehen diese Bestimmungen mit höherrangigem Recht im Einklang (vgl. grundlegend BSG [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr. 23](#)). Für sie bietet [Â§ 87 Abs. 2 a Satz 8 SGB V](#) in der Fassung des 2. Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 23. Juni 1997 (2. GKV-NOG) eine mit [Art. 12 Abs. 1 Satz 2](#) des Grundgesetzes (GG) im Einklang stehende ausreichende Rechtsgrundlage, wobei unerheblich ist, dass die Beschlüsse des Bewertungsausschusses über die Einführung der Praxisbudgets bereits vor dem Inkraft-Treten der Rechtsgrundlage gefasst worden sind. Auch die Feststellung der Berechnung der Praxisbudgets der einzelnen Arztgruppen relevanten Kostensätze ist rechtmäßig (vgl. grundlegend BSG [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr. 34](#)). Hierbei ist die Festlegung der Kostensätze als Normsetzung durch Vertrag einzustufen, was Auswirkungen auf die gerichtliche Kontroll-dichte hat, weil auch dem Bewertungsausschuss bei der ihm insoweit überantworteten Rechtsetzung Gestaltungsfreiheit zusteht. Sie findet ihre Grenzen darin, dass der jeweilige Kostensatz bei den verschiedenen Arztgruppen nach dem Normprogramm des EBM den bundesdurchschnittlichen Kostensatz des Jahres 1994 abbilden soll. Gerichtlich zu überprüfen ist damit in verfahrensrechtlicher Hinsicht, ob der Bewertungsausschuss bei der Festlegung der Kostensätze für alle Arztgruppen nach denselben Maßstäben verfahren ist, und inhaltlich, ob seine Festsetzung frei von Willkür ist, d. h. ob er sich in sachgerechter Weise an Berechnungen des bundesdurchschnittlichen arztgruppenbezogenen Kostensatzes des Jahres 1994

orientiert hat. Unter Zugrundelegung dieser Prüfungsmaßstäbe sind die Kostensätze nicht zu beanstanden und dürfen der Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen zumindest bis zum 31. Dezember 2002 und damit auch für das hier streitige Quartal III/97 zugrunde gelegt werden.

Ferner bestehen auch gegen die Berechnung der regionalisierten Praxisbudgets unter Heranziehung der teilbudgetierten Abrechnungswerte des ersten Halbjahres 1996 keine Bedenken (vgl. grundlegend BSG, Urteil vom 22. Juni 2005 [B 6 KA 80/03 R](#) -). Die mit Beschluss des Bewertungsausschusses vom 13. Juni 1996 eingeführte Teilbudgetierung von bestimmten Beratungs- und Untersuchungsleistungen war zwar, soweit sie sich rückwirkend auch für die ersten beiden Quartale des Jahres 1996 beimä, verfassungswidrig und deshalb unwirksam. Das hat aber lediglich zur Folge, dass die Teilbudgetierung jener Leistungen nicht der Honorarfestsetzung für die Quartale I/96 und II/96 zugrunde gelegt werden durfte. Das aus den verfassungsrechtlichen Grenzen einer Rückwirkung, nicht etwa aus dem Regelungsgehalt der Teilbudgetierung selbst hergeleitete Anwendungsverbot für die Honorarbescheide der genannten Quartale hindert jedoch die Vertragspartner des EBM nicht daran, bei der Bestimmung der angemessenen Höhe der ab 1. Juli 1997 geltenden Praxisbudgets an die um medizinisch nicht erklärbare Leistungsausweitungen bereinigten Abrechnungswerte anzuknüpfen die sich im ersten Halbjahr 1996 unter Berücksichtigung jener Teilbudgetierung ergeben hätten.

Des Weiteren ist auch die unterschiedliche Höhe der Praxisbudgets für die Allgemein-mediziner/Praktischen Ärzte und die hausärztlich tätigen Internisten nicht zu beanstanden. Insbesondere lässt sich insoweit ein Verstoß gegen [Art. 3 Abs. 1 GG](#) nicht feststellen (vgl. grundlegend BSG SozR 4-2500 § 87 Nr. 3). Denn Ausgestaltung, Zielsetzung und Wirkungsweise der Praxisbudgets gebieten insoweit keine Gleichbehandlung. Hierbei ist zu beachten, dass der Zuschnitt der Praxisbudgets kalkulatorisch auf die Deckung der jeweiligen arztgruppenbezogenen Kosten für das Betreiben einer Praxis und die möglichst gleichmäßige Aufteilung des für die Vertragsärzteschaft insgesamt zur Verfügung stehenden Honorar-volumens zielt. Die Angehörigen aller Vertragsarztgruppen, für die Praxisbudgets gelten, sollen danach bei durchschnittlicher Praxisauslastung jedenfalls ihre Praxiskosten in typischer Weise anfallender Höhe decken und in gleichmäßigem Umfang an den in der Gesamtverteilung enthaltenen Einkommensanteilen teilhaben können. Dazu wurden Rechenwerte gewonnen, die auf der Basis der durchschnittlichen Kosten jeder Arztgruppe und anknüpfend an deren durchschnittlichem Praxisumsatz im Jahre 1994 die typischen Praxiskosten einer jeden Arztgruppe widerspiegeln sollen. Diese Werte wurden um einen Betrag erhöht, der nach Abzug dieser Kosten und Vorwegabzug belegärztlicher Vergütungen von der Gesamtverteilung das durchschnittliche Vertragsarzteinkommen abbilden soll. Die Summe aus Praxiskostenanteil und Einkommensanteil stellt einen arztgruppentypischen Normumsatz dar, aus dem sich wiederum bezogen auf die Zahl der durchschnittlich abgerechneten Fälle für jede Arztgruppe eine Durchschnittsfallpunktzahl für sämtliche Versicherten bzw. für einzelne Versichertengruppen berechnen lässt. Diese Punktzahl macht dann das Praxisbudgets für jeden Behandlungsfall aus. Dass hierbei auch die

zeitgebundenen Leistungen fallzahlabhängig vergütet werden, begegnet keinen Bedenken, weil sie insbesondere was die Fachgruppe der hausärztlich tätigen Internisten angeht typischerweise nur einen Bruchteil deren Leistungsspektrums ausmachen.

Soweit die Beklagte bei der Honorarabrechnung für das hier streitbefangene Quartal III/97 auch die zum 1. Juli 1997 in Kraft getretenen Bestimmungen des Abschnitts A I Teil B EBM über die Zusatzbudgets angewandt hat, ergeben sich hieraus ebenfalls keine Bedenken. Diese Bestimmungen, die ebenso wie die Regelungen über die Einföhrung der Praxisbudgets in rechtmäßiger Weise ihre Grundlage in [Â§ 87 Abs. 2](#) a Satz 8 SGB V in der Fassung des 2. GKV-NOG finden, dienen der ergänzenden Feinsteuerung im Gesamregelungskonzept der EBM-Reform 1997. Sie sollen ein spezielles Leistungsgeschehen widerspiegeln, durch das sich die jeweilige Praxis schon in der Vergangenheit namentlich in den Bezugsquartalen I/96 und II/96 ausgezeichnet hat (vgl. z.B. BSG [SozR 4-2500 Â§ 87 Nr. 1](#)). Dabei werden von jeder einzelnen Kassenärztlichen Vereinigung für die qualifikationsgebundenen fallzahlabhängigen Zusatzbudgets nach Nr. 4.1 des Abschnitts A I Teil B EBM die Fallpunktzahlen gebietsbezogen nach der in der Anlage 4 zu den vorgenannten Bestimmungen des EBM angegebenen Formel berechnet, von deren Rechtmäßigkeit das BSG stets ausgegangen ist (vgl. z.B. BSG [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr. 31](#); BSG [SozR 4-2500 Â§ 87 Nr. 1](#)). Dass der Beklagten bei der Berechnung des der Klägerin zugebilligten qualifikationsgebundenen fallzahlabhängigen Zusatzbudget Psychosomatik/bende Verfahren Fehler unterlaufen sein könnten, ist nicht ersichtlich. Wie oben bereits ausgeführt, ist die Erweiterung dieses Zusatzbudgets nicht Gegenstand des hiesigen Verfahrens.

Bedenken gegen die Rechtmäßigkeit des angegriffenen Honorarbescheides ergeben sich entgegen der Auffassung der Klägerin auch nicht mit Blick auf die Bestimmungen des HVM. Diese Bestimmungen sind insbesondere an dem in [Â§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) angesprochenen Gebot leistungsproportionaler Verteilung des Honorars sowie dem aus [Art. 12 Abs. 1](#) in Verbindung mit [Art. 3 Abs. 1 GG](#) herzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit zu messen. Diesen Grundsätzen lässt sich nicht entnehmen, dass die Leistungen nach ihrer Art und ihrem Umfang stets gleichmäßig, d. h. mit einem für alle Leistungen einheitlichen Punktwert honoriert werden müssten. Vielmehr steht der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Verteilung der Gesamtvergütungen ein Gestaltungsspielraum zu, der es ihr bei Vorliegen sachlicher Gründe ermöglicht, unterschiedliche Punktwerte festzusetzen. Im Rahmen dieses Gestaltungsspielraums steht es ihr grundsätzlich frei, gesonderte Honorarartef für bestimmte Leistungsbereiche und/oder verschiedener Arztgruppen zu bilden, um auf diese Weise zu erreichen, dass die in [Â§ 85 Abs. 3 bis 3](#) c SGB V normierten Obergrenzen für Erhöhungen der Gesamtvergütungen sich in den verschiedenen Leistungsbereichen bzw. Arztgruppen gleichmäßig auswirken und nicht die Anteile einzelner Arztgruppen an den Gesamtvergütungen verringert werden, weil andere Gruppen durch Mengenausweitungen ihre Anteile absichern oder sogar vergrößern. Dadurch werden die Punktwerte in den einzelnen Leistungsbereichen stabilisiert, so dass die Ärzte ihre vertragsärztlichen

Einnahmen sicherer kalkulieren können. Hierbei darf grundsätzlich an die Verhältnisse in früheren Quartalen angeknüpft werden (vgl. BSG [SozR 4-2500 Â§ 72 Nr. 2](#)).

Auf der Grundlage dieser Maßstäbe erweisen sich die Regelungen des HVM der Beklagten als rechtmäßig. Dies gilt insbesondere im Hinblick darauf, dass die sich aufgrund der Regelungen des HVM im Quartal III/97 ergebenden Punktwerte der hausärztlich tätigen Internisten lediglich im Subbudget A sowohl bei den Primär- als auch den Ersatzkassen unter denen der Allgemein-mediziner/Praktischen Ärzte lagen (4,772 DPf gegenüber 5,317 DPf im Primärkassenbereich; 5,954 DPf gegenüber 8,260 DPf im Ersatzkassenbereich). Im Subbudget B, das die praxisbudgetierten Leistungen betrifft und damit gegenüber dem Subbudget A den weitaus größeren Teil der zu vergütenden Leistungen erfasst, lagen die Punktwerte demgegenüber in beiden Kassenbereichen darüber (6,580 DPf gegenüber 6,332 DPf im Primärkassenbereich; 9,564 DPf gegenüber 9,198 DPf im Ersatzkassenbereich). Aus diesen Punktwerten errechnete sich bei den hausärztlich tätigen Internisten pro Behandlungsfall ein Honorar in Höhe von 92,36 DM gegenüber einem Honorar bei den Allgemeinmedizinern/Praktischen Ärzten von lediglich 86,89 DM. Damit ist nicht ersichtlich, dass die Beklagte bezüglich des Quartals III/97 zu einer Korrektur der Punktwerte verpflichtet gewesen sein könnte, zumal die Punktwerte anderer Fachgruppen sogar noch unter den Punktwerten der hausärztlich tätigen Internisten lagen. Dies gilt erst recht im Hinblick darauf, dass es sich bei dem hier streitbefangenen Quartal um das 1. Quartal gehandelt hat, auf das die Bestimmungen des Abschnitts A I Teil B EBM-Ä über die Praxis- und Zusatzbudgets angewendet werden mussten. Insoweit ist der Beklagten von vornherein ein längerer Beobachtungszeitraum zuzugestehen, bevor von ihr verlangt werden kann, einer eventuellen Fehlentwicklung entgegenzuwirken.

Soweit die Klägerin die von ihr erbrachten Leistungen trotz der vorgenannten Punkt- und Fallwerte nicht für angemessen honoriert ansieht, führt dieses Vorbringen zu keinem anderen Ergebnis. Denn abgesehen davon, dass dem einzelnen Vertragsarzt ein subjektiv-rechtlicher Anspruch auf eine höhere Vergütung aufgrund von [Art. 12 Abs. 1 GG](#) in Verbindung mit dem in [Â§ 72 Abs. 2 SGB V](#) festgeschriebenen Grundsatz angemessener Vergütung ausnahmsweise nur dann zusteht, wenn es hierfür hier jeglicher Anhaltspunkt fehlt durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen gefährdet wird (vgl. zuletzt nochmals grundlegend BSG [SozR 4-2500 Â§ 72 Nr. 2](#)), ist die Höhe des der Klägerin zuerkannten Honorars in ganz erheblichen Maße darauf zurückzuführen, dass die Klägerin in dem streitbefangenen Quartal zahlreiche psychosomatische Leistungen erbracht hat. Da diese Leistungen zeitgebunden gewesen sind, stand der Klägerin für die Erbringung derjenigen Leistungen, die in erster Linie in das Leistungsspektrum einer hausärztlich tätigen Internisten fallen und aus den hierfür eingerichteten Fachgruppentafeln zu vergüteten sind, weniger Zeit zur Verfügung. Konnte der Klägerin aufgrunddessen nur ein geringeres Honorar zuerkannt werden als ihren vergleichbaren Berufskollegen, hat dies entgegen ihrer Auffassung nichts mit einem in den Bestimmungen des EBM-Ä

bzw. in den Verteilungsregelungen des HVM angelegten Systemfehler zu tun, sondern beruht letztlich auf ihrer eigenen unternehmerischen Entscheidung.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) und folgt dem Ergebnis in der Hauptsache.

Die Revision ist nicht zugelassen worden, weil ein Grund hierfür gemÃÃ [Â§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#) nicht vorliegt.

Erstellt am: 31.07.2006

Zuletzt verÃndert am: 22.12.2024