S 32 KA 2784/99

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	12
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 32 KA 2784/99
Datum	09.02.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	L 12 KA 62/00
Datum	29.08.2001

3. Instanz

Datum	-

I. Die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 9. Februar 2000 wird zurÃ¼ckgewiesen.
II. Der KlÃ¤ger hat der Beklagten die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die RechtmÃ¤Ãigkeit der Honorarverteilung im 2. Quartal 1997.

Der KlÃ¤ger nahm im streitigen Zeitraum als hausÃ¤rztlicher Internist in NÃ¼rnberg an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung teil.

Mit Honorarbescheid vom 16. Oktober 1997 setzte die Beklagte fÃ¼r das 2. Quartal 1997 ein Honorar von DM 110.089,09 fest. Dabei vergÃ¼tete sie dem KlÃ¤ger ausweislich der Berechnung des individuellen Praxisbudgets entsprechend ihrem HonorarverteilungsmaÃstab (HVM), die als Anlage dem Honorarbescheid beigefÃ¼gt war, bei den PrimÃ¤rkassen 377.552,8 Punkte mit 10,0 DPf. und 407.017 Punkte mit dem Mehrleistungspunktwert von 0,65 DPf. Bei den

Ersatzkassen wurden 433.060,5 Punkte mit 10,0 DPf. und 238.184,8 Punkte mit dem Mehrleistungspunktwert von 3,45 DPf.

Seinen dagegen eingelegten Widerspruch lieÃ der KlÃ¤ger im Wesentlichen damit begrÃ¼nden, dass aus nicht nachvollziehbaren GrÃ¼nden der Mehrleistungspunktwert vom Quartal 1/97 zum Quartal 2/97 PrimÃ¤rkassenbereich auf ein Sechstel und bei den Ersatzkassen auf die HÃ¤lfte gesunken sei. Es mÃ¼sse sich bei der Abrechnung um eine offensichtliche Fehlabrechnung handeln.

Mit Widerspruchsbescheid vom 28. September 1999 wies die Beklagte den Widerspruch, die Festsetzung des individuellen Praxisbudgets gemÃ¤Ã den Anlagen 1 und 2 ihres HVM betreffend, zurÃ¼ck. Grundlage fÃ¼r die Berechnung des individuellen Praxisbudgets sei die Anlage 1 Nr.2.3.7.1 ff. des ab 1. Oktober 1996 geltenden HVM im Bereich der Regionalkassen sowie die Anlage 2 zum HVM im Bereich der Ersatzkassen, die wiederum auf die Anlage 1 Bezug nehme. Die ab 1. Oktober 1996 geltende Anlage 1 zum HVM sehe eine Unterteilung in die Honorarfonds Labor O I und O II, Labor O III, FremdÃ¤rzte und Ã¼brige Leistungen vor. Der rechnerische Punktwert im Rahmen des Honorarfonds Ã¼brige Leistungen werde nach Nr.2 ff. ermittelt. Nach Nr.2.3.7.1 werde ein individuelles Praxisbudget berechnet. Dabei werde der fÃ¼r das jeweilige Quartal 1995 anerkannte Anteil an der GesamtvergÃ¼tung je Praxis durch die Gesamtzahl der Behandlungsausweise der Praxis im Quartal geteilt. Damit ergebe sich ein Fallwert in DM. Das Ergebnis werde durch 0,1 geteilt und ergebe so die Punktzahl, die mit 10,0 DPf. vergÃ¼tet werde. Dieser Wert stelle den individuellen Fallwert 95 in Punkten dar. Der Fallwert werde mit der Gesamtzahl der entsprechenden Behandlungsausweise im aktuellen Quartal, hÃ¶chstens mit der Zahl der Behandlungsausweise des entsprechenden Quartals 95 multipliziert. Die so ermittelte Punktzahl werde um die beabsichtigten Auswirkungen des EBM 96 fachgruppenbezogen entsprechend Anhang 2 zur Anlage 1 bzw. zur Anlage 2 prozentual bereinigt. Die sich daraus ergebende Punktzahl werde um einen Abschlag in HÃ¶he von 9 % vermindert, um die Honorierung von Mehrleistungen nach 2.3.7.1 Satz 3 und den Finanzbedarf fÃ¼r SonderfÃ¤lle (z.B. PraxisneuanfÃ¤nger) sicherzustellen. Das Ergebnis sei das anzusetzende individuelle Praxisbudget in Punkten. Bis zu dieser Grenze werde der angeforderte Leistungsbedarf der Praxis im aktuellen Quartal mit einem festen Punktwert von 10,0 DPf. vergÃ¼tet. Der das individueller Praxisbudget Ã¼bersteigende Leistungsbedarf des aktuellen Quartals werde mit einem Mehrleistungspunktwert vergÃ¼tet. Reiche die GesamtvergÃ¼tung im Honorarfonds R 1 zur Honorierung des individuellen Praxisbudgets mit einem festen Punktwert von 10,0 DPf. nicht aus und/oder verbleibe fÃ¼r die Mehrleistungen keine bzw. keine ausreichende GesamtvergÃ¼tung mehr, so sei der Vorstand ermÃ¤chtigt, den prozentualen Abschlag von 9,0 % fÃ¼r aus dem Honorarfonds R 1 zu honorierende Ãrzte so weit zu erhÃ¶hen, dass der Punktwert von 10,0 DPf. fÃ¼r Leistungen innerhalb des Budgets erreicht werde und die Mehrleistungen mit 0,5 DPf. honoriert werden kÃ¶nnten. Bis zur HÃ¶he des individuellen Praxisbudgets seien auch im vorliegenden Fall die angeforderten angefallenen Punktzahlen mit einem Punktwert von 10,0 DPf. vergÃ¼tet worden. Der Mehrleistungspunktwert habe im 2. Quartal 1997 im Bereich der Regionalkassen bei 0,65 DPf. und im Bereich der Ersatzkassen bei 3,45 DPf. gelegen. Es werde darauf hingewiesen, dass im vorliegenden Quartal

fÃ¼r FachÃ¤rzte der 9 %-ige Abschlag auf 22,71 % im Bereich der Regionalkassen bzw. 13,52 % im Bereich der Ersatzkassen erhÃ¶ht worden sei.

Gegen diesen am 11. November 1999 dem BevollmÃ¤chtigten des KlÃ¤gers zugestellten Bescheid lieÃ der KlÃ¤ger am 11. November 1999 Klage zum Sozialgericht MÃ¼nchen erheben (Az.: S 32 KA 2784/99), die schriftsÃ¤tzlich nicht nÃ¤her begrÃ¼ndet wurde.

Im Termin zur mÃ¼ndlichen Verhandlung verband das Sozialgericht diese Rechtstreitigkeit mit einem weiteren Verfahren, das EBM-Teilbudget im 2. Quartal 1997 betreffend.

Der BevollmÃ¤chtigte des KlÃ¤gers beantragte u.a., den Honorarbescheid vom 16. Oktober 1997 und den Widerspruchsbescheid vom 28. September 1999 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, Ã¼ber den Honoraranspruch des KlÃ¤gers unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

Von den Ã¼brigen Beteiligten war in der mÃ¼ndlichen Verhandlung niemand anwesend.

Mit Urteil vom 9. Februar 2000 wies das Sozialgericht u.a. die Klage, die Honorarverteilung im 2. Quartal 1997 betreffend, ab. Es schloss sich gemÃ¤Ã Â§ 136 Abs.3 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) den GrÃ¼nden des Widerspruchsbescheids an. Im Rahmen der Honorarverteilung dÃ¼rfe nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 3. MÃ¤rz 1999, Az.: B 6 KA 15/98 R) in der Weise differenziert werden, dass bei hÃ¶heren Fallwerten der volle Punktwert nur fÃ¼r Leistungen bis zu einem bestimmten Fallwert gewÃ¤hrt und die VergÃ¼tung fÃ¼r darÃ¼ber hinausgehende Leistungen abgesenkt werde.

Gegen das am 21. Juni 2000 zugestellte Urteil hat der KlÃ¤ger am 21. Juli 2000 Berufung einlegen lassen. Diese ist mit Schriftsatz vom 22. August 2001 wie folgt begrÃ¼ndet worden: Die Berufung werde auf den Teil des Urteils beschrÃ¤nkt, in der es um die Honorarverteilung gehe (Klage Az.: S 32 KA 2784/99). AuÃerdem werde die Anfrage des Gerichts wegen etwaiger FristversÃ¤umung dieser Klage dahingehend beantwortet, dass der Widerspruchsbescheid vom 28. September 1999 ausweislich des Eingangsstempels am 11. Oktober 1999 in der Kanzlei eingegangen sei. Die Klageschrift sei mithin fristgerecht eingereicht worden. AuÃerdem werde gerÃ¼gt, dass die 32. Kammer des Sozialgerichts MÃ¼nchen krass gegen den Grundsatz des rechtlichen GehÃ¶rs verstoÃen habe, weil es nach Ã¼ber zweieinhalbstÃ¼ndiger Beratung sofort ein Urteil verkÃ¼ndet habe, obwohl der Vorsitzende wÃ¤hrend der Beratung aus dem Richterzimmer gekommen sei und mitgeteilt habe, dass sich die Kammer telefonisch mit der Beklagten in Verbindung gesetzt habe, um AufklÃ¤rung darÃ¼ber zu erhalten, warum im streitgegenstÃ¤ndlichen Quartal der Mehrleistungspunktwert fÃ¼r hausÃ¤rztlich tÃ¤tige Internisten auf 0,65 DPf. gegenÃ¼ber 3,7 DPf. im Vorquartal zurÃ¼ckgegangen sei. Das Sozialgericht hÃ¤tte die gewonnenen Ergebnisse mit den Prozessbeteiligten diskutieren mÃ¼ssen, bevor es ein Urteil erlasse. In der Sache selbst werde die Klage weiterhin darauf gestÃ¼tzt, dass es nicht

nachvollziehbar sei, wie es zu dem Mehrleistungspunktwert von 0,65 DPf. bei den PrimÃ¤rkassen gegenÃ¼ber 3,7 DPf. im Vorquartal und von 3,45 DPf. im Bereich der Ersatzkassen gegenÃ¼ber 5,8 DPf. im Vorquartal gekommen sei. Im Widerspruchsbescheid sei hierauf nicht eingegangen worden. Diese VergÃ¼tung komme quasi einer NichtvergÃ¼tung gleich. Als hausÃ¤rztlich tÃ¤tiger Internist sei der KlÃ¤ger darÃ¼ber hinaus mit der Streichung der Hausarztpauschale bestraft worden. Im gleichen Zeitraum sei den fachÃ¤rztlich tÃ¤tigen Internisten fÃ¼r diese Leistungen ein garantierter Punktwert von 10 DPf. zugestanden worden. Eine derartige unterschiedliche Differenzierung der LeistungsvergÃ¼tung zwischen hausÃ¤rztlich und fachÃ¤rztlich tÃ¤tigen Internisten sei unter keinen denkbaren HonorarverteilungsgrundsÃ¤tzen nachvollziehbar.

Der KlÃ¤ger beantragt,

den Honorarbescheid vom 16. Oktober 1997 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 28. September 1999 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, Ã¼ber seinen Honoraranspruch unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakten der Beklagten (Teilbudget 2/97; individuelles Praxisbudget 2/97), die Klageakten (Az.: S 32 KA 2282/98 und S 32 KA 2784/99) sowie die Berufungsakte, (Az.: L 12 KA 62/00) vor, die zum Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren sonstigen Inhalt ergÃ¤nzend Bezug genommen wird.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die nach Â§ 143 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte sowie gemÃ¤Ã Â§ 151 Abs.1 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung des KlÃ¤gers, die mit Schriftsatz vom 23. August 2001 auf das Klageverfahren (Az.: S 32 KA 2784/99) beschrÃ¤nkt wurde, ist unbegrÃ¼ndet. Der Honorarbescheid vom 16. Oktober 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 28. September 1999, mit denen die Beklagte die Regelungen des im 2. Quartal 1997 geltenden HonorarverteilungsmaÃstabs (HVM) angewandt hat, ist rechtlich nicht zu beanstanden. Das Sozialgericht hat deshalb mit dem angefochtenen Urteil vom 9. Februar 2000 die dagegen eingelegte kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage (Az.: S 32 KA 2784/99) zu Recht abgewiesen.

Es besteht fÃ¼r den Senat kein Grund, das Urteil des Sozialgerichts aufzuheben und die Sache nach Â§ 159 Abs.1 SGG an das Sozialgericht zurÃ¼ckzuverweisen. Es kann deshalb dahingestellt bleiben, ob die 32. Kammer des Sozialgerichts dadurch, dass sie, wie vom KlÃ¤ger gerÃ¼gt, sofort nach der Beratung das Urteil verkÃ¼ndet hat, gegen dessen Anspruch auf rechtliches GehÃ¶r (Â§ 62 SGG; Art.103 Abs.1 GG) verstoÃen hat. Denn selbst wenn man dies unterstellen und damit das Vorliegen

eines wesentlichen Verfahrensmangels im Sinne des Â§ 159 Abs.1 Nr.2 SGG bejahen wÃ¼rde, hat der Senat insoweit eine Ermessensentscheidung ("kann") zu treffen, bei der zwischen den Interessen der Beteiligten an einer Sachentscheidung und dem Grundsatz der ProzessÃ¶konomie einerseits sowie dem Verlust einer Instanz andererseits abzuwÃ¤gen ist. Dabei soll nach stÃ¤ndiger Rechtsprechung des Senats von der MÃ¶glichkeit der ZurÃ¼ckverweisung zurÃ¼ckhaltend Gebrauch gemacht werden (vgl. Urteile des Senats vom 16. MÃ¤rz 1994, Az.: L 12 Ka 62/93, vom 20. MÃ¤rz 1996, Az.: L 12 Ka 24/94, vom 18. Februar 1998, Az.: L 12 Ka 68/96, und vom 15. MÃ¤rz 2000, Az.: L 12 Ka 22/99). Im vorliegenden Fall Ã¼berwiegen eindeutig prozessÃ¶konomische GrÃ¼nde, die einer ZurÃ¼ckverweisung entgegenstehen. Es ist schon aus ZeitgrÃ¼nden nicht zu erwarten, dass das Sozialgericht (32. Kammer) die Sach- und Rechtslage dieses Verfahrens so in den Griff bekommt wie der Senat. Es wÃ¤re deshalb dem KlÃ¤ger nicht gedient, wenn das Sozialgericht sich zunÃ¤chst erneut mit den Sach- und Rechtsfragen dieses Verfahrens auseinandersetzen wÃ¼rde und nach einer aus der Sicht des KlÃ¤gers eventuell wieder unbefriedigenden Sachbehandlung und Entscheidung sich der Senat abermals mit diesem Verfahren befassen mÃ¼sste. Dabei kann vor allem nicht unberÃ¼cksichtigt bleiben, dass der vorliegende Rechtsstreit bereits jetzt zur Entscheidung reif ist. In diesem Fall muss die ZurÃ¼ckverweisung auf AusnahmefÃ¤lle, bei denen gravierende VerfahrensmÃ¤ngel vorliegen, die vom Senat nicht ohne Schwierigkeiten beseitigt werden kÃ¶nnen, beschrÃ¤nkt bleiben (vgl. BSG SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.8 S.27). So liegt der Fall hier jedoch nicht. Der KlÃ¤ger hat wohl auch deshalb nicht mehr ausdrÃ¼cklich beantragt, die Sache an das Sozialgericht zurÃ¼ckzuverweisen.

Die Berufung ist in der Sache unbegrÃ¼ndet. Die Beklagte hat die Regelungen ihres im 2. Quartal 1997 geltenden HonorarverteilungsmaÃstabs in der Fassung der BeschlÃ¼sse der Vertreterversammlung vom 14. September 1996 und 30. November 1996 (vgl. Bayerischer Staatsanzeiger Nr.39/1996 S.4, Nr.51/52/1996 S.13) zutreffend ausgelegt und angewandt. Die Bestimmungen der Anlage 1 (Honorarverteilung PrimÃ¤rkassen), die in Anlage 2 auch fÃ¼r die Honorarverteilung bei den Ersatzkassen im Wesentlichen fÃ¼r entsprechend anwendbar erklÃ¤rt wurden, sahen zunÃ¤chst eine Unterteilung der auf Landesebene zu einer Summe zusammengefassten, von den Krankenkassen pauschal bezahlten GesamtvergÃ¼tungsanteile in die Honorarfonds "Labor O I und O II", "Labor O III", "FremdÃ¤rzte", "Ã¼brige Leistungen" vor (Buchstabe B 1.1 bis 1.3). Der Honorarfonds "Ã¼brige Leistungen" war wiederum in einen Honorarfonds R 1 ("Hausarzttopf") und einen Honorarfonds R 2 fÃ¼r die Ã¼brigen Ãrzte ("Facharzttopf") unterteilt (Buchstabe B Nr.1.3.2). FÃ¼r die Ausstattung der Honorarfonds R 1 und R 2 wurde fÃ¼r jede Praxis der Anteil an der GesamtvergÃ¼tung im jeweiligen Quartal des Jahres 1995 unter Herausrechnung der hausÃ¤rztlichen GrundvergÃ¼tung, des Honorars fÃ¼r Notfall- und Notarztleistungen, des Honorars fÃ¼r genehmigungspflichtige Leistungen der Psycho- und Verhaltenstherapie und der Zahlungen nach Abschnitt B Nr.2.3 und Nr.2.6.1 sowie Abschnitt C des ab 1. Januar 1995 gÃ¼ltigen HVM ermittelt. Die so bereinigten GesamtvergÃ¼tungsanteile derjenigen Praxen, welche aus dem Honorarfonds R 1 honoriert wurden, waren zu einer Summe zusammenzufassen. Entsprechendes galt fÃ¼r die GesamtvergÃ¼tungsanteile der Ãrzte und

Gemeinschaftspraxen, die aus R 2 honoriert wurden. In dem VerhÃ¤ltnis, in dem diese beiden R 1 und R 2 zugeordneten Summen zueinander standen, erfolgte zunÃ¤chst unter entsprechender Zuordnung die Aufteilung nach Satz 1. Der rechnerische Punktwert im Rahmen des Honorarfonds "Ã¼brige Leistungen" wurde gemÃ¤Ã Nr.2 ff. ermittelt. Aus der im Honorarfonds nach Nr.1.3.1 enthaltenen GesamtvergÃ¼tungssumme (Honorarfonds "Ã¼brige Leistungen") wurden vorweg einige Teilbereiche vergÃ¼tet (vgl. Nr.2.3.1 bis 2.3.6). FÃ¼r die verbleibenden "restlichen Leistungen" (vgl. Nr.2.3.7) erfolgte die Berechnung des Punktwerts entsprechend den Nrn.2.3.7.1 ff. im Rahmen eines sogenannten "individuellen Praxisbudgets". Auf der Grundlage der Abrechnungen des Jahres 1995 wurde gesondert je Quartal und je Praxis gemÃ¤Ã Nr.2.3.7.2 bis 2.3.7.9 ein individuelles Praxisbudget in Punkten ermittelt. Der fÃ¼r das jeweilige Quartal 95 anerkannte Anteil an der GesamtvergÃ¼tung je Praxis wurde durch die Gesamtzahl der Behandlungsausweise der Praxis im Quartal geteilt (Nr.2.3.7.2). Das Ergebnis wurde durch 0,1 geteilt und ergab den individuellen Fallwert 95 in Punkten der Praxis. Dieser Fallwert 95 wurde mit der Gesamtzahl der entsprechenden Behandlungsausweise der Praxis im aktuellen Quartal, hÃ¶chstens mit der Zahl der Behandlungsausweise des entsprechenden Quartals 95, multipliziert. Die so ermittelte Punktzahl wurde um die beabsichtigten Auswirkungen des EBM 96 fachgruppenbezogen entsprechend Anhang 2 (im Falle des KlÃ¤gers als hausÃ¤rztlich tÃ¤tiger Internist + 3,17 % bei den PrimÃ¤rkassen und + 3,13 % bei den Ersatzkassen) prozentual bereinigt (Nr.2.3.7.2 Satz 4). Die verbleibende Punktzahl wurde um einen Abschlag in HÃ¶he von 9 % vermindert, um die Honorierung von Mehrleistungen nach Nr.2.3.7.1 Satz 3 und dem Finanzbedarf fÃ¼r SonderfÃ¤lle (z.B. PraxisneuanfÃ¤nger) sicherzustellen (Nr.2.3.7.2 Satz 5). Das Ergebnis war das endgÃ¼ltige anzusetzende individuelle Praxisbudget in Punkten (Nr.2.3.7.2 Satz 6). Bis zur Grenze des Praxisbudgets wurde der angeforderte und anerkannte Leistungsbedarf der Praxis im aktuellen Quartal mit einem festen Punktwert von 10,0 DPf. vergÃ¼tet (Nr.2.3.7.1 Satz 2). Der das individuelle Praxisbudget Ã¼bersteigende angeforderte und anerkannte Leistungsbedarf des aktuellen Quartals (Mehrleistungen) wurde gemÃ¤Ã Nr.2.3.7.10 und 2.3.7.11 vergÃ¼tet (Nr.2.3.7.1 Satz 3). Nach Nr.2.3.7.10 Satz 1 wurde der auf den Honorarfonds R 1 ("Hausarzttopf") entfallende Betrag der GesamtvergÃ¼tung um den nach 2.3.7.1 SÃ¤tzen 1 und 2 ermittelten Betrag fÃ¼r die dem Honorarfonds R 1 zugeordneten Ãrzte vermindert und bildete den verbleibenden VergÃ¼tungsanteil fÃ¼r die das individuelle Praxisbudget nach 2.3.7.1 Satz 1 Ã¼bersteigenden Mehrleistungen. Dieser Betrag wurde durch die Summe der das individuelle Praxisbudget dieser Ãrzte Ã¼bersteigenden anerkannten Honoraranforderung geteilt und bildete den rechnerischen Punktwert fÃ¼r diese Mehrleistungen (Nr.2.3.7.10 Satz 2). Reichte die GesamtvergÃ¼tung im Honorarfonds R 1 zur Honorierung nach 2.3.7.1 Satz 2 nicht aus und/oder verblieb fÃ¼r Mehrleistungen keine bzw. keine ausreichende GesamtvergÃ¼tung mehr, wurde der Vorstand in Nr.2.3.7.10 Satz 3 ermÃ¤chtigt, den prozentualen Abschlag von 9,0 % nach 2.3.7.2 Satz 5 fÃ¼r aus dem Honorarfonds R 1 zu honorierende Ãrzte soweit zu erhÃ¶hen, dass der Punktwert von 10,0 DPf. erreicht wurde und die Mehrleistungen mit 0,5 DPf. honoriert werden konnten. Eine entsprechende Regelung war in 2.3.7.11 fÃ¼r den Honorarfonds R 2 ("Facharzttopf") enthalten. Eine gegenseitige StÃ¼tzung war nicht vorgesehen. FÃ¼hrte die Anwendung

vorstehender Regelungen im Einzelfall zu einer unbilligen HÃ¤rte, erfolgte gemÃ¤Ã Nr.2.3.8 die Festlegung des individuellen Praxisbudgets unter BerÃ¼cksichtigung der besonderen UmstÃ¤nde des Einzelfalles nach pflichtgemÃ¤Ãem Ermessen.

Entsprechend den vorgenannten Bestimmungen hat die Beklagte im Quartal 2/97 fÃ¼r die dem Honorarfonds R 1 zugeordneten Ãrzte im Bereich der Regionalkassen einen Mehrleistungspunktwert von 0,65 DPf. und im Bereich der Ersatzkassen von 3,45 DPf. ermittelt. Der Senat vermag die Bedenken des KlÃ¤gers gegen die Richtigkeit der Berechnung der Mehrleistungspunktwerte in diesem Quartal nicht zu teilen. Auch wenn die Beklagte weder im Verwaltungsverfahren, noch im Klageverfahren, noch im Berufungsverfahren im Einzelnen dargelegt hat, wie sie die Mehrleistungspunktwerte rechnerisch ermittelt hat (auch nicht im Vergleich zum Vorquartal), hat der Senat keine Zweifel, dass die Berechnung rechtlich zutreffend erfolgte. Die Beklagte hat kein Interesse, den bestehenden Verteilungskampf zwischen einzelnen Arztgruppen durch eine rechtsfehlerhafte Anwendung der von der Vertreterversammlung beschlossenen Honorarverteilung zugunsten einzelner Arztgruppen zu verschÃ¤rfen. Es ist deshalb zunÃ¤chst davon auszugehen, dass sie als an Recht und Gesetz gebundene KÃ¶rperschaft des Ã¶ffentlichen Rechts (Art.20 Abs.3 GG) die geltenden Bestimmungen zutreffend anwendet, insbesondere den von ihrer Vertreterversammlung als autonomes Satzungsrecht beschlossenen HonorarverteilungsmaÃstab. Der KlÃ¤ger hat keinerlei Anhaltspunkte vorgetragen, die den Schluss nahelegen wÃ¼rden, dass die Berechnung der Mehrleistungspunktwerte im 2. Quartal 1997 fÃ¼r die aus dem Honorarfonds R 1 zu honorierenden Ãrzte rechtsfehlerhaft erfolgte. Seine Schlussfolgerung, es handle sich um eine offensichtliche Fehlabrechnung, stÃ¼tzte der KlÃ¤ger im Verwaltungsverfahren auf einen seiner Ansicht nach nicht nachvollziehbaren RÃ¼ckgang des Mehrleistungspunktwerts gegenÃ¼ber den Vorquartalen 1/97 auf ein Sechstel bei den PrimÃ¤rkassen (1/97: 3,7 DPf.; 2/97: 0,65 DPf.) sowie auf die HÃ¤lfte bei den Ersatzkassen (1/97: 5,8 DPf.; 2/97: 3,45 DPf.). Ãhnliches trug er im Berufungsverfahren vor. FÃ¼r diesen RÃ¼ckgang gibt es vielfÃ¤ltige GrÃ¼nde, denen der Senat nicht nachzugehen braucht. In erster Linie dÃ¼rfte wohl eine Mengenausweitung fÃ¼r den RÃ¼ckgang verantwortlich sein. Der Mehrleistungspunktwert von 0,65 DPf. ist nichts AuÃergewÃ¶hnliches. Wie dem Senat aus anderen Rechtsstreitigkeiten bekannt ist, musste bereits im 4. Quartal 1996 fÃ¼r die Ãrzte, die aus dem Honorarfonds R 2 honoriert werden, gemÃ¤Ã Nr.2.3.7.11 Satz 3 der Anlage 1 zum HVM der prozentuale Abschlag vom Vorstand erhÃ¶ht werden, damit die Mehrleistungen mit einem Mindestpunktwert von 4,5 DPf. bzw. 0,5 DPf. vergÃ¼tet werden konnten. Aus dem Hinweis am Ende des Widerspruchsbescheids vom 28. September 1999 ergibt sich, dass auch im 2. Quartal 1997 fÃ¼r die FachÃ¤rzte (Honorarfonds R 2) der Abschlag erhÃ¶ht wurde, um den festen Punktwert von 10 DPf./oder die Mindestpunktwerte fÃ¼r Mehrleistungen von 4,5 DPf. bzw. 0,5 DPf. garantieren zu kÃ¶nnen. Im Ãbrigen hat der Senat bereits in anderen Rechtsstreitigkeiten den Mehrleistungspunktwert von 0,65 DPf. im Bereich der Regionalkassen und von 3,45 DPf. im Bereich der Ersatzkassen fÃ¼r nicht beanstandenswert erachtet (vgl. Urteil des Senats vom 1. August 2001, Az.: L 12 KA 89/00, sowie verschiedene Rechtsstreitigkeiten, bei denen diese Mehrleistungspunktwerte zur Streitwertberechnung herangezogen wurden).

Die Bestimmungen der Anlage 1 (Honorarverteilung PrimÃ¤rkassen) und Anlage 2 (Honorarverteilung Ersatzkassen) des im 2. Quartal 1997 geltenden HVM der Beklagten verstoÃen auch nicht gegen hÃ¶herrangiges Recht.

Nach der zwischenzeitlich gefestigten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sind Honorarverteilungsregelungen in erster Linie an den gesetzlichen Vorgaben des Â§ 85 Abs.4 SGB V i.V.m. dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, der sich aus Art.12 Abs.1 i.V.m. Art.3 Abs.1 GG ergibt, zu messen (vgl. BSG SozR 3-2500 Â§ 85 Nr.10 S.57 f., Nr.11 S.66 f., Nr.12 S.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 Â§ 85 Abs.4 Satz 3 SGB V zu, nach der bei der Verteilung der GesamtvergÃ¼tung Art und Umfang der Leistungen eines Vertragsarztes zugrunde zu legen sind. Dieser Vorschrift kann allerdings nicht die Forderung entnommen werden, die Leistungen mÃ¼ssten nach ihrer Art und ihrem Umfang stets gleichmÃ¤Ãig, d.h. mit einem fÃ¼r alle Leistungen einheitlichen Punktwert honoriert werden. Das Gesetz schlieÃt es nicht grundsÃ¤tzlich aus, durch die Regelungen eines HVM die GesamtvergÃ¼tung in Teilbudgets aufzuteilen, auch wenn sich als deren Folge ergibt, dass vertragsÃ¤rztliche Leistungen nicht mehr entsprechend der im Einheitlichen BewertungsmaÃstab fÃ¼r die Ã¤rztlichen Leistungen (EBM-Ã) festgelegten Punktzahlbewertung, sondern â aufgrund unterschiedlicher Punktwerte, die auf unterschiedlichen Mengenentwicklungen in verschiedenen Leistungsbereichen beruhen â unterschiedlich hoch vergÃ¼tet werden. Im Hinblick auf die berufsregelnde Tendenz von Honorarverteilungsvorschriften steht die Bildung von Teilbudgets nicht im freien Ermessen der KassenÃ¤rztlichen Vereinigungen. Solche sogenannten Topfbildungen bedÃ¼rfen vielmehr wegen der mÃ¶glichen unterschiedlichen Punktwerte einer sachlichen Rechtfertigung (vgl. BSG SozR 3-2500 Â§ 85 Nr.26 S.183, Nr.31 S.237). Das Gesetz rÃ¤umt ausdrÃ¼cklich die MÃ¶glichkeit ein, eine nach Arztgruppen oder Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung der VergÃ¼tung vorzusehen (Â§ 85 Abs.4 Satz 5 SGB V i.d.F. des Gesundheitsstrukturgesetzes â GSG â vom 21. Dezember 1992, BGBl.I S.1266). HonorartÃ¶pfe kÃ¶nnen aber auch fÃ¼r bestimmte Leistungsbereiche geschaffen werden, wenn damit Steuerungszwecke verbunden sind, die ihrerseits im Gesetz bzw. im vertragsÃ¤rztlichen VergÃ¼tungssystem selbst angelegt sind oder die zu verfolgen zu den legitimen Aufgaben der KassenÃ¤rztlichen Vereinigung im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags gehÃ¶rt (vgl. zuletzt BSG SozR 3-2500 Nr.26 S.184 m.w.N.). Mischsysteme mit HonorartÃ¶pfen sowohl fÃ¼r bestimmte Leistungen als auch nach Arztgruppen sind gleichfalls zulÃ¤ssig (vgl. BSG SozR 3-2500 Â§ 85 Nr.11 S.67 f.). Die Bildung von HonorartÃ¶pfen kann auch damit verbunden werden, dass fÃ¼r verschiedene TÃ¶pfe unterschiedliche Punktwertregelungen gelten. So kÃ¶nnen die KassenÃ¤rztlichen Vereinigungen fÃ¼r alle Leistungen auf feste Punktwerte verzichten und nach MaÃgabe des GesamtvergÃ¼tungsvolumens schwankende ("floatende") Punktwerte vorsehen bzw. fÃ¼r einige Bereiche feste Punktwerte garantieren und nur die restlichen Leistungen einem floatenden Punktwert unterwerfen (vgl. BSG SozR 3-2500 Â§ 85 Nr.23 S.155, Nr.27 S.195, Nr.28 S.102 f. und Nr.31 S.237 f.). ZulÃ¤ssig ist auch eine unterschiedliche Honorierung innerhalb der Fallwerte, in dem ein begrenzter Basisfallwert nach einem hÃ¶heren Punktwert, die darÃ¼ber hinausgehenden Leistungen nach MaÃgabe der verbleibenden

RestvergÃ¼tung mit einem abgesenkten Punktwert honoriert wird (vgl. BSG SozR 3-2500 Nr.27 S.195, Nr.28 S.203 f. und Nr.31 S.238 f.; dazu auch: Clemens, Regelungen der Honorarverteilung â□□ der Stand der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, â□□ MedR 2000, 17 ff.).

Nach diesen GrundsÃ¤tzen ist der fÃ¼r das streitgegenstÃ¤ndliche Quartal geltende HVM der Beklagten rechtlich nicht zu beanstanden. Bei diesem HVM handelt es sich in tatsÃ¤chlicher Hinsicht in den wesentlichen Bestimmungen zunÃ¤chst um die Bildung von HonorartÃ¶pfen sowohl fÃ¼r bestimmte Leistungen als auch fÃ¼r bestimmte Arztgruppen. Diese Bildung von TÃ¶pfen fÃ¼r einzelne Arztgruppen und/oder Leistungsbereichen ist sachlich gerechtfertigt. Die Topfbildung ist die konsequente Folgerung aus den Neuregelungen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG), das in Â§ 85 Abs.3a bis c SGB V eine Obergrenze fÃ¼r die ErhÃ¶hung der GesamtvergÃ¼tung vorgesehen hat, weil dadurch eine Vorsorge dagegen geschaffen wird, dass eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Bereichen das HonorargefÃ¼ge zu Lasten anderer Arztgruppen und/oder Leistungsbereiche beeinflusst (vgl. zuletzt BSG SozR 3-2500 Â§ 85 Nr.26 S.183 f., Nr.31 S.237 f. sowie Beschluss des BSG vom 16. Mai 2001, Az.: B 6 KA 16/01 B). Der Gesetzgeber des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22. Dezember 1999 (BGBl.I 2626) hat die Differenzierung der hausÃ¤rztlichen und fachÃ¤rztlichen Versorgung in Â§ 85 Abs.4 Satz 1 SGB V in der ab 1. Januar 2000 geltenden Fassung ausdrÃ¼cklich aufgenommen und bestimmt, dass die KassenÃ¤rztlichen Vereinigungen die GesamtvergÃ¼tung fÃ¼r die vertragsÃ¤rztliche Versorgung getrennt fÃ¼r die Bereiche der hausÃ¤rztlichen und fachÃ¤rztlichen Versorgung im Sinne des Â§ 73 SGB V zu verteilen haben. Eine solche Aufteilung war aus den genannten GrÃ¼nden auch schon vor dem 1. Januar 2000 sachlich gerechtfertigt (in diesem Sinne auch die Entscheidung des Bayerischen Verfassungsgerichtshofs vom 27. Mai 1998 zu dem im 4. Quartal 1996 geltenden HonorarverteilungsmaÃ□stab, VerfGH 51/74 ff. = BayVBl.1999, 461 ff.).

Die Besonderheit des ab dem Quartal 4/96 bis Quartal 2/97 geltenden HVMs besteht in der Bildung eines individuellen Praxisbudgets. GemÃ¤Ã□ der Nr.2.3.7.1 wird auf der Grundlage der Abrechnungen des Jahres 1995 gesondert je Quartal und je Praxis ein individuelles Praxisbudget ermittelt. Bis zu dieser Grenze wird der angeforderte und anerkannte Leistungsbedarf der Praxis im aktuellen Quartal mit einem festen Punktwert (hier: 10,0 DPf.) vergÃ¼tet, um der Praxis eine gewisse Kalkulationssicherheit zu geben. Der das individuelle Praxisbudget Ã¼bersteigende angeforderte und anerkannte Leistungsbedarf des aktuellen Quartals wird nurmehr mit einem Mehrleistungspunktwert vergÃ¼tet. Ein solches System der Aufspaltung der Honorarverteilung einerseits in die VergÃ¼tung Ã¤rztlicher Leistung mit festen (gestÃ¼tzten) Punktwerten bis zu einer Bemessungsgrenze sowie andererseits nach MaÃ□gabe der verbleibenden RestvergÃ¼tung mit abgesenkten Punktwerten hÃ¤lt sich grundsÃ¤tzlich im Rahmen der Kompetenz, die die KassenÃ¤rztliche Vereinigung aufgrund des Â§ 85 Abs.4 SGB V bei der Ausgestaltung ihrer HVMs hat (vgl. BSG, Urteil vom 28. April 1999, Az.: B 6 KA 63/98 R, SozR 3-2500 Â§ 85 Nr.31 S.237 ff.). Hierbei ist es insbesondere auch nicht zu beanstanden, dass das Praxisbudget individuell an das Abrechnungsverhalten des einzelnen Arztes in vergangenen ZeitrÃ¤umen (hier: Bezugsquartale des Jahres 1995) anknÃ¼pft (vgl.

BSG SozR 3-2500 Â§ 85 Nr.27 S.194 ff., Nr.28 S.203 ff.). Regelungen, wonach die darÃ¼ber hinausgehenden Leistungen bzw. Punkte nur nach MaÃgabe des Restbetrages der GesamtvergÃ¼tung honoriert werden, sind ebenfalls nicht zu beanstanden (vgl. BSG SozR 3-2500 Â§ 85 Nr.27 S.194 f., Nr.28 S.208, Nr.31 S.238 und BSG, Urteil vom 28. April 1999, Az.: B 6 KA 63/98 R). Insgesamt kann auf der Grundlage der genannten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts deshalb davon ausgegangen werden, dass die Bildung von individuellen Praxisbudgets im Rahmen eines HonorarverteilungsmaÃstabs mit Â§ 85 Abs.4 Satz 3 SGB V und dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit vereinbar ist. Der hier streitige HVM hÃ¤lt sich im Rahmen der Anforderungen des Bundessozialgerichts an eine solche individuelle Bemessungsgrundlage.

ErgÃ¤nzend ist darauf hinzuweisen, dass das Bundessozialgericht mit Urteil vom 8. MÃ¤rz 2000, SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.23 S.116 f. die EinfÃ¼hrung von Praxisbudgets auf EBM-Ebene zum 1. Juli 1997 fÃ¼r rechtmÃ¤Ãig erklÃ¤rt hat und den wesentlichen Zweck eines Praxisbudgets darin gesehen hat, den Anreiz zu immer weiterer Vermehrung der abrechenbaren Leistungen zu reduzieren. Entsprechende Ãberlegungen lassen sich auch auf das auf HVM-Ebene vom Quartal 4/96 bis 2/97 geltende individuelle Praxisbudget Ã¼bertragen, das als VorlÃ¤ufer zum "EBM-Praxisbudget" angesehen werden kann.

Aus diesen GrÃ¼nden ist die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 9. Februar 2000 zurÃ¼ckzuweisen.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus Â§ 193 Abs.1 und Abs.4 Satz 2 SGG i.d.F. des GSG. Sie beruht auf der ErwÃ¤gung, dass die Beklagte auch im Berufungsverfahren obsiegt hat.

GrÃ¼nde, die Revision nach Â§ 160 Abs.2 Nrn.1 und 2 SGG zuzulassen, liegen nicht vor.

Erstellt am: 27.09.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024