
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 Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 9. Februar 2000 wird zurückgewiesen.
- II. Der Kläger hat der Beklagten die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der Honorarverteilung im 2. Quartal 1997.

Der Kläger nahm im streitigen Zeitraum als hausärztlicher Internist in Nürnberg an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Mit Honorarbescheid vom 16. Oktober 1997 setzte die Beklagte für das 2. Quartal 1997 ein Honorar von DM 110.089,09 fest. Dabei vergütete sie dem Kläger ausweislich der Berechnung des individuellen Praxisbudgets entsprechend ihrem Honorarverteilungsmaßstab (HVM), die als Anlage dem Honorarbescheid beigelegt war, bei den Primärkassen 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 ließe der Kläger im Wesentlichen damit begründen, dass aus nicht nachvollziehbaren Gründen der Mehrleistungspunktwert vom Quartal 1/97 zum Quartal 2/97 Primärkassenbereich auf ein Sechstel und bei den Ersatzkassen auf die Hälfte gesunken sei. Es müsse 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 gemäß den Anlagen 1 und 2 ihres HVM betreffend, zurück. Grundlage für 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, Fremdärzte und übrige Leistungen vor. Der rechnerische Punktwert im Rahmen des Honorarfonds übrige Leistungen werde nach Nr.2 ff. ermittelt. Nach Nr.2.3.7.1 werde ein individuelles Praxisbudget berechnet. Dabei werde der für das jeweilige Quartal 1995 anerkannte Anteil an der Gesamtvergütung 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. verglichen werde. Dieser Wert stelle den individuellen Fallwert 95 in Punkten dar. Der Fallwert werde mit der Gesamtzahl der entsprechenden Behandlungsausweise im aktuellen Quartal, höchstens 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 Höhe von 9 % vermindert, um die Honorierung von Mehrleistungen nach 2.3.7.1 Satz 3 und den Finanzbedarf für Sonderfälle (z.B. Praxisneuanfänger) 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. verglichen. Der das individuelle Praxisbudget übersteigende Leistungsbedarf des aktuellen Quartals werde mit einem Mehrleistungspunktwert verglichen. Reiche die Gesamtvergütung im Honorarfonds R 1 zur Honorierung des individuellen Praxisbudgets mit einem festen Punktwert von 10,0 DPf. nicht aus und/oder verbleibe für die Mehrleistungen keine bzw. keine ausreichende Gesamtvergütung mehr, so sei der Vorstand ermächtigt, den prozentualen Abschlag von 9,0 % für aus dem Honorarfonds R 1 zu honorierende Ärzte so weit zu erhöhen, dass der Punktwert von 10,0 DPf. für Leistungen innerhalb des Budgets erreicht werde und die Mehrleistungen mit 0,5 DPf. honoriert werden könnten. Bis zur Höhe des individuellen Praxisbudgets seien auch im vorliegenden Fall die angeforderten angefallenen Punktzahlen mit einem Punktwert von 10,0 DPf. verglichen 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

für Fachärzte der 9 %-ige Abschlag auf 22,71 % im Bereich der Regionalkassen bzw. 13,52 % im Bereich der Ersatzkassen erhöht worden sei.

Gegen diesen am 11. November 1999 dem Bevollmächtigten des Klägers zugestellten Bescheid legte der Kläger am 11. November 1999 Klage zum Sozialgericht München erheben (Az.: [S 32 KA 2784/99](#)), die schriftsätzlich nicht näher begründet wurde.

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

Der Bevollmächtigte des Klägers beantragte u.a., den Honorarbescheid vom 16. Oktober 1997 und den Widerspruchsbescheid vom 28. September 1999 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, über den Honoraranspruch des Klägers unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

Von den übrigen Beteiligten war in der mündlichen 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 gemäß [§ 136 Abs.3](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) den Gründen des Widerspruchsbescheids an. Im Rahmen der Honorarverteilung dürfte nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 3. März 1999, Az.: [B 6 KA 15/98 R](#)) in der Weise differenziert werden, dass bei höheren Fallwerten der volle Punktwert nur für Leistungen bis zu einem bestimmten Fallwert gewährt und die Vergütung für darüber hinausgehende Leistungen abgesenkt werde.

Gegen das am 21. Juni 2000 zugestellte Urteil hat der Kläger am 21. Juli 2000 Berufung einlegen lassen. Diese ist mit Schriftsatz vom 22. August 2001 wie folgt begründet worden: Die Berufung werde auf den Teil des Urteils beschränkt, in der es um die Honorarverteilung gehe (Klage Az.: [S 32 KA 2784/99](#)). Außerdem werde die Anfrage des Gerichts wegen etwaiger Fristversäumung 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. Außerdem werde geltend gemacht, dass die 32. Kammer des Sozialgerichts München krass gegen den Grundsatz des rechtlichen Gehörs verstoßen habe, weil es nach über zweieinhalbstündiger Beratung sofort ein Urteil verkündet habe, obwohl der Vorsitzende während der Beratung aus dem Richterzimmer gekommen sei und mitgeteilt habe, dass sich die Kammer telefonisch mit der Beklagten in Verbindung gesetzt habe, um Aufklärung darüber zu erhalten, warum im streitgegenständlichen Quartal der Mehrleistungspunktwert für hausärztlich tätige Internisten auf 0,65 DPf. gegenüber 3,7 DPf. im Vorquartal zurückgegangen sei. Das Sozialgericht hätte die gewonnenen Ergebnisse mit den Prozessbeteiligten diskutieren müssen, bevor es ein Urteil erlasse. In der Sache selbst werde die Klage weiterhin darauf gestützt, dass es nicht

nachvollziehbar sei, wie es zu dem Mehrleistungspunktwert von 0,65 DPf. bei den Primärkassen gegenüber 3,7 DPf. im Vorquartal und von 3,45 DPf. im Bereich der Ersatzkassen gegenüber 5,8 DPf. im Vorquartal gekommen sei. Im Widerspruchsbescheid sei hierauf nicht eingegangen worden. Diese Vergütung komme quasi einer Nichtvergütung gleich. Als hausärztlich tätiger Internist sei der Kläger darüber hinaus mit der Streichung der Hausarztpauschale bestraft worden. Im gleichen Zeitraum sei den fachärztlich tätigen Internisten für diese Leistungen ein garantierter Punktwert von 10 DPf. zugestanden worden. Eine derartige unterschiedliche Differenzierung der Leistungsvergütung zwischen hausärztlich und fachärztlich tätigen Internisten sei unter keinen denkbaren Honorarverteilungsgrundsätzen nachvollziehbar.

Der Kläger beantragt,

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

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

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 mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren sonstigen Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte sowie gemäß [§ 151 Abs.1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, die mit Schriftsatz vom 23. August 2001 auf das Klageverfahren (Az.: [S 32 KA 2784/99](#)) beschränkt wurde, ist unbegründet. 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 Honorarverteilungsmaßstabs (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 für den Senat kein Grund, das Urteil des Sozialgerichts aufzuheben und die Sache nach [§ 159 Abs.1 SGG](#) an das Sozialgericht zurückzuverweisen. Es kann deshalb dahingestellt bleiben, ob die 32. Kammer des Sozialgerichts dadurch, dass sie, wie vom Kläger gerügt, sofort nach der Beratung das Urteil verkündet hat, gegen dessen Anspruch auf rechtliches Gehör ([§ 62 SGG](#); [Art.103 Abs.1 GG](#)) verstoßen 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 würde, hat der Senat insoweit eine Ermessensentscheidung ("kann") zu treffen, bei der zwischen den Interessen der Beteiligten an einer Sachentscheidung und dem Grundsatz der Prozessökonomie einerseits sowie dem Verlust einer Instanz andererseits abzuwägen ist. Dabei soll nach ständiger Rechtsprechung des Senats von der Möglichkeit der Zurückverweisung zurückhaltend Gebrauch gemacht werden (vgl. Urteile des Senats vom 16. März 1994, Az.: L 12 Ka 62/93, vom 20. März 1996, Az.: L 12 Ka 24/94, vom 18. Februar 1998, Az.: L 12 Ka 68/96, und vom 15. März 2000, Az.: L 12 Ka 22/99). Im vorliegenden Fall überwiegen eindeutig prozessökonomische Gründe, die einer Zurückverweisung entgegenstehen. Es ist schon aus Zeitgründen nicht zu erwarten, dass das Sozialgericht (32. Kammer) die Sach- und Rechtslage dieses Verfahrens so in den Griff bekommt wie der Senat. Es wäre deshalb dem Kläger nicht gedient, wenn das Sozialgericht sich zunächst erneut mit den Sach- und Rechtsfragen dieses Verfahrens auseinandersetzen würde und nach einer aus der Sicht des Klägers eventuell wieder unbefriedigenden Sachbehandlung und Entscheidung sich der Senat abermals mit diesem Verfahren befassen müsste. Dabei kann vor allem nicht unberücksichtigt bleiben, dass der vorliegende Rechtsstreit bereits jetzt zur Entscheidung reif ist. In diesem Fall muss die Zurückverweisung auf Ausnahmefälle, bei denen gravierende Verfahrensmängel vorliegen, die vom Senat nicht ohne Schwierigkeiten beseitigt werden können, beschränkt bleiben (vgl. BSG [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.8](#) S.27). So liegt der Fall hier jedoch nicht. Der Kläger hat wohl auch deshalb nicht mehr ausdrücklich beantragt, die Sache an das Sozialgericht zurückzuverweisen.

Die Berufung ist in der Sache unbegründet. Die Beklagte hat die Regelungen ihres im 2. Quartal 1997 geltenden Honorarverteilungsmaßstabs in der Fassung der Beschlüsse 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 Primärkassen), die in Anlage 2 auch für die Honorarverteilung bei den Ersatzkassen im Wesentlichen für entsprechend anwendbar erklärt wurden, sahen zunächst eine Unterteilung der auf Landesebene zu einer Summe zusammengefassten, von den Krankenkassen pauschal bezahlten Gesamtvergütungsanteile in die Honorarfonds "Labor O I und O II", "Labor O III", "Fremdärzte", "übrige Leistungen" vor (Buchstabe B 1.1 bis 1.3). Der Honorarfonds "übrige Leistungen" war wiederum in einen Honorarfonds R 1 ("Hausarzttopf") und einen Honorarfonds R 2 für die übrigen Ärzte ("Facharzttopf") unterteilt (Buchstabe B Nr.1.3.2). Für die Ausstattung der Honorarfonds R 1 und R 2 wurde für jede Praxis der Anteil an der Gesamtvergütung im jeweiligen Quartal des Jahres 1995 unter Herausrechnung der hausärztlichen Grundvergütung, des Honorars für Notfall- und Notarztleistungen, des Honorars für 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 gültigen HVM ermittelt. Die so bereinigten Gesamtvergütungsanteile derjenigen Praxen, welche aus dem Honorarfonds R 1 honoriert wurden, waren zu einer Summe zusammenzufassen. Entsprechendes galt für die Gesamtvergütungsanteile der Ärzte und

Gemeinschaftspraxen, die aus R 2 honoriert wurden. In dem Verhältnis, in dem diese beiden R 1 und R 2 zugeordneten Summen zueinander standen, erfolgte zunächst unter entsprechender Zuordnung die Aufteilung nach Satz 1. Der rechnerische Punktwert im Rahmen des Honorarfonds "¼brige Leistungen" wurde gemäß Nr.2 ff. ermittelt. Aus der im Honorarfonds nach Nr.1.3.1 enthaltenen Gesamtverg¼tungssumme (Honorarfonds "¼brige Leistungen") wurden vorweg einige Teilbereiche verg¼tet (vgl. Nr.2.3.1 bis 2.3.6). Für 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 gemäß Nr.2.3.7.2 bis 2.3.7.9 ein individuelles Praxisbudget in Punkten ermittelt. Der für das jeweilige Quartal 95 anerkannte Anteil an der Gesamtverg¼tung 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, höchstens 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 KÄrgers als hausärztlich tätiger Internist + 3,17 % bei den Primärkassen und + 3,13 % bei den Ersatzkassen) prozentual bereinigt (Nr.2.3.7.2 Satz 4). Die verbleibende Punktzahl wurde um einen Abschlag in Höhe von 9 % vermindert, um die Honorierung von Mehrleistungen nach Nr.2.3.7.1 Satz 3 und dem Finanzbedarf für Sonderfälle (z.B. Praxisneuanfänger) sicherzustellen (Nr.2.3.7.2 Satz 5). Das Ergebnis war das endg¼ltige 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. verg¼tet (Nr.2.3.7.1 Satz 2). Der das individuelle Praxisbudget ¼bersteigende angeforderte und anerkannte Leistungsbedarf des aktuellen Quartals (Mehrleistungen) wurde gemäß Nr.2.3.7.10 und 2.3.7.11 verg¼tet (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 Gesamtverg¼tung um den nach 2.3.7.1 Sätzen 1 und 2 ermittelten Betrag für die dem Honorarfonds R 1 zugeordneten Ärzte vermindert und bildete den verbleibenden Verg¼tungsanteil für die das individuelle Praxisbudget nach 2.3.7.1 Satz 1 ¼bersteigenden Mehrleistungen. Dieser Betrag wurde durch die Summe der das individuelle Praxisbudget dieser Ärzte ¼bersteigenden anerkannten Honoraranforderung geteilt und bildete den rechnerischen Punktwert für diese Mehrleistungen (Nr.2.3.7.10 Satz 2). Reichte die Gesamtverg¼tung im Honorarfonds R 1 zur Honorierung nach 2.3.7.1 Satz 2 nicht aus und/oder verblieb für Mehrleistungen keine bzw. keine ausreichende Gesamtverg¼tung mehr, wurde der Vorstand in Nr.2.3.7.10 Satz 3 ermächtigt, den prozentualen Abschlag von 9,0 % nach 2.3.7.2 Satz 5 für aus dem Honorarfonds R 1 zu honorierende Ärzte soweit zu erhöhen, 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 für den Honorarfonds R 2 ("Facharzttopf") enthalten. Eine gegenseitige St¼tzung war nicht vorgesehen. Für die Anwendung

vorstehender Regelungen im Einzelfall zu einer unbilligen Härte, erfolgte gemäß Nr.2.3.8 die Festlegung des individuellen Praxisbudgets unter Berücksichtigung der besonderen Umstände des Einzelfalles nach pflichtgemäßem Ermessen.

Entsprechend den vorgenannten Bestimmungen hat die Beklagte im Quartal 2/97 für die dem Honorarfonds R 1 zugeordneten Ärzte 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 Klägers 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 verschärfen. Es ist deshalb zunächst davon auszugehen, dass sie als an Recht und Gesetz gebundene Körperschaft des öffentlichen Rechts ([Art.20 Abs.3 GG](#)) die geltenden Bestimmungen zutreffend anwendet, insbesondere den von ihrer Vertreterversammlung als autonomes Satzungsrecht beschlossenen Honorarverteilungsmaßstab. Der Kläger hat keinerlei Anhaltspunkte vorgetragen, die den Schluss nahelegen würden, dass die Berechnung der Mehrleistungspunktwerte im 2. Quartal 1997 für die aus dem Honorarfonds R 1 zu honorierenden Ärzte rechtsfehlerhaft erfolgte. Seine Schlussfolgerung, es handle sich um eine offensichtliche Fehlabrechnung, stützte der Kläger im Verwaltungsverfahren auf einen seiner Ansicht nach nicht nachvollziehbaren Rückgang des Mehrleistungspunktwerts gegenüber den Vorquartalen 1/97 auf ein Sechstel bei den Primärkassen (1/97: 3,7 DPf.; 2/97: 0,65 DPf.) sowie auf die Hälfte bei den Ersatzkassen (1/97: 5,8 DPf.; 2/97: 3,45 DPf.). Ähnliches trug er im Berufungsverfahren vor. Für diesen Rückgang gibt es vielfältige Gründe, denen der Senat nicht nachzugehen braucht. In erster Linie dürfte wohl eine Mengenausweitung für den Rückgang verantwortlich sein. Der Mehrleistungspunktwert von 0,65 DPf. ist nichts Außergewöhnliches. Wie dem Senat aus anderen Rechtsstreitigkeiten bekannt ist, musste bereits im 4. Quartal 1996 für die Ärzte, die aus dem Honorarfonds R 2 honoriert werden, gemäß Nr.2.3.7.11 Satz 3 der Anlage 1 zum HVM der prozentuale Abschlag vom Vorstand erhöht werden, damit die Mehrleistungen mit einem Mindestpunktwert von 4,5 DPf. bzw. 0,5 DPf. vergütet werden konnten. Aus dem Hinweis am Ende des Widerspruchsbescheids vom 28. September 1999 ergibt sich, dass auch im 2. Quartal 1997 für die Fachärzte (Honorarfonds R 2) der Abschlag erhöht wurde, um den festen Punktwert von 10 DPf./oder die Mindestpunktwerte für Mehrleistungen von 4,5 DPf. bzw. 0,5 DPf. garantieren zu können. Im Übrigen 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 für 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 Primärkassen) und Anlage 2 (Honorarverteilung Ersatzkassen) des im 2. Quartal 1997 geltenden HVM der Beklagten verstößen auch nicht gegen höherrangiges Recht.

Nach der zwischenzeitlich gefestigten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sind Honorarverteilungsregelungen in erster Linie an den gesetzlichen Vorgaben des [§ 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 § 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 [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) zu, nach der bei der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistungen eines Vertragsarztes zugrunde zu legen sind. Dieser Vorschrift kann allerdings nicht die Forderung entnommen werden, die Leistungen müssten nach ihrer Art und ihrem Umfang stets gleichmäßig, d.h. mit einem für alle Leistungen einheitlichen Punktwert honoriert werden. Das Gesetz schließt es nicht grundsätzlich aus, durch die Regelungen eines HVM die Gesamtvergütung in Teilbudgets aufzuteilen, auch wenn sich als deren Folge ergibt, dass vertragsärztliche Leistungen nicht mehr entsprechend der im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen (EBM-Ä) festgelegten Punktzahlbewertung, sondern vielmehr aufgrund unterschiedlicher Punktwerte, die auf unterschiedlichen Mengenentwicklungen in verschiedenen Leistungsbereichen beruhen, unterschiedlich hoch vergütet werden. Im Hinblick auf die berufsregelnde Tendenz von Honorarverteilungsvorschriften steht die Bildung von Teilbudgets nicht im freien Ermessen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Solche sogenannten Topfbildungen bedürften vielmehr wegen der möglichen unterschiedlichen Punktwerte einer sachlichen Rechtfertigung (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#) S. 183, Nr. 31 S. 237). Das Gesetz räumt ausdrücklich die Möglichkeit ein, eine nach Arztgruppen oder Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung der Vergütung vorzusehen ([§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V](#) i.d.F. des Gesundheitsstrukturgesetzes, BGBl. I vom 21. Dezember 1992, S. 1266). Honorartypen können aber auch für bestimmte Leistungsbereiche geschaffen werden, wenn damit Steuerungszwecke verbunden sind, die ihrerseits im Gesetz bzw. im vertragsärztlichen Vergütungssystem selbst angelegt sind oder die zu verfolgen zu den legitimen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags gehört (vgl. zuletzt BSG [SozR 3-2500 Nr. 26](#) S. 184 m.w.N.). Mischsysteme mit Honorartypen sowohl für bestimmte Leistungen als auch nach Arztgruppen sind gleichfalls zulässig (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 11](#) S. 67 f.). Die Bildung von Honorartypen kann auch damit verbunden werden, dass für verschiedene Typen unterschiedliche Punktwertregelungen gelten. So können die Kassenärztlichen Vereinigungen für alle Leistungen auf feste Punktwerte verzichten und nach Maßgabe des Gesamtvergütungsvolumens schwankende ("floatende") Punktwerte vorsehen bzw. für einige Bereiche feste Punktwerte garantieren und nur die restlichen Leistungen einem floatenden Punktwert unterwerfen (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#) S. 155, Nr. 27 S. 195, Nr. 28 S. 102 f. und Nr. 31 S. 237 f.). Zulässig ist auch eine unterschiedliche Honorierung innerhalb der Fallwerte, in dem ein begrenzter Basisfallwert nach einem höheren Punktwert, die darüber hinausgehenden Leistungen nach Maßgabe der verbleibenden

Restverg tung 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    der Stand der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts,    MedR 2000, 17 ff.).

Nach diesen Grundsätzen ist der für das streitgegenständliche Quartal geltende HVM der Beklagten rechtlich nicht zu beanstanden. Bei diesem HVM handelt es sich in tatsächlicher Hinsicht in den wesentlichen Bestimmungen zunächst um die Bildung von Honorart pfen sowohl für bestimmte Leistungen als auch für bestimmte Arztgruppen. Diese Bildung von Töpfen für einzelne Arztgruppen und/oder Leistungsbereichen ist sachlich gerechtfertigt. Die Topfbildung ist die konsequente Folgerung aus den Neuregelungen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG), das in [   85 Abs.3a bis c SGB V](#) eine Obergrenze für die Er hung der Gesamtvergütung vorgesehen hat, weil dadurch eine Vorsorge dagegen geschaffen wird, dass eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Bereichen das Honorargef ge zu Lasten anderer Arztgruppen und/oder Leistungsbereiche beeinflusst (vgl. zuletzt BSG [SozR 3-2500    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 hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung in [   85 Abs.4 Satz 1 SGB V](#) in der ab 1. Januar 2000 geltenden Fassung ausdrücklich aufgenommen und bestimmt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung im Sinne des [   73 SGB V](#) zu verteilen haben. Eine solche Aufteilung war aus den genannten Gründen 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 Honorarverteilungsmaßstab, 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. Gemäß 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.) vergütet, um der Praxis eine gewisse Kalkulationssicherheit zu geben. Der das individuelle Praxisbudget übersteigende angeforderte und anerkannte Leistungsbedarf des aktuellen Quartals wird nurmehr mit einem Mehrleistungspunktwert vergütet. Ein solches System der Aufspaltung der Honorarverteilung einerseits in die Vergütung ärztlicher Leistung mit festen (gestützten) Punktwerten bis zu einer Bemessungsgrenze sowie andererseits nach Maßgabe der verbleibenden Restverg tung mit abgesenkten Punktwerten hält sich grundsätzlich im Rahmen der Kompetenz, die die Kassenärztliche Vereinigung aufgrund des [   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    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 Zeiträumen (hier: Bezugsquartale des Jahres 1995) anknüpft (vgl.

BSG [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr.27](#) S.194 ff., Nr.28 S.203 ff.). Regelungen, wonach die darüber hinausgehenden Leistungen bzw. Punkte nur nach Maßgabe des Restbetrages der Gesamtvergütung 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 Honorarverteilungsmaßstabs mit [Â§ 85 Abs.4 Satz 3 SGB V](#) und dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit vereinbar ist. Der hier streitige HVM hält sich im Rahmen der Anforderungen des Bundessozialgerichts an eine solche individuelle Bemessungsgrundlage.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass das Bundessozialgericht mit Urteil vom 8. März 2000, [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.23](#) S.116 f. die Einführung von Praxisbudgets auf EBM-Ebene zum 1. Juli 1997 für rechtmäßig erklärt hat und den wesentlichen Zweck eines Praxisbudgets darin gesehen hat, den Anreiz zu immer weiterer Vermehrung der abrechenbaren Leistungen zu reduzieren. Entsprechende Überlegungen lassen sich auch auf das auf HVM-Ebene vom Quartal 4/96 bis 2/97 geltende individuelle Praxisbudget übertragen, das als Vorläufer zum "EBM-Praxisbudget" angesehen werden kann.

Aus diesen Gründen ist die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 9. Februar 2000 zurückzuweisen.

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

Gründe, 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