
S 33 KA 1110/99

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

Aktenzeichen	S 33 KA 1110/99
Datum	23.03.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	L 12 KA 89/00
Datum	01.08.2001

3. Instanz

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

- I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 23. März 2000 wird zurückgewiesen.
- II. Der Kläger hat der Beklagten auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Honorarverteilung in den Quartalen 4/96 bis 2/97 auf der Grundlage des einschlägigen Honorarverteilungsmaßstabes der Beklagten streitig.

Der Kläger war in diesen Quartalen als hausärztlich tätiger Internist in K. niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Der für die streitgegenständlichen Quartale 4/96 bis 2/97 auf der Grundlage des Beschlusses der Vertreterversammlung der Beklagten vom 14. September 1996 ab 1. Oktober 1996 geltende Honorarverteilungsmaßstab (HVM) enthält insbesondere dessen Anlage 1 (Honorarverteilung Regionalkassen) und Anlage 2 (Honorarverteilung im Bereich der Ersatzkassen), die im Wesentlichen die Anlage 1 für entsprechend

aufwendbar erklärt. § 1 sieht zunächst eine Unterteilung der auf Landesebene zu einer Summe zusammengefassten, von den Krankenkassen pauschal bezahlten Gesamtvergütungsanteile (vgl. Anlage 1 Buchstabe B Nr.1) in die Honorarfonds "Labor O I und O II", "Labor O III", "Fremdärzte" und "übrige Leistungen" vor (vgl. Anlage 1 Buchstabe B 1.1 bis 1.3). Der Honorarfonds "übrige Leistungen" wiederum ist in einen Honorarfonds R 1 ("Hausarzttopf") und einen Honorarfonds R 2 für die übrigen Ärzte ("Facharzttopf") unterteilt (vgl. Buchstabe B Nr.1.3.2). Für die Ausstattung der Honorarfonds R 1 und R 2 wird 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 Anlage 1 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 werden, sind zu einer Summe zusammenzufassen. Entsprechendes gilt für die Gesamtvergütungsanteile der Ärzte und Gemeinschaftspraxen, die aus R 2 honoriert werden. In dem Verhältnis, in dem diese beiden R 1 und R 2 zugeordneten Summen zueinander stehen, erfolgt zunächst unter entsprechender Zuordnung die Aufteilung nach Satz 1. Der rechnerische Punktwert im Rahmen des Honorarfonds "übrige Leistungen" wird gemäß § 2 ff. der Anlage 1 i.V.m. der Anlage 2 ermittelt. Aus der im Honorarfonds nach Nr.1.3.1 enthaltenen Gesamtvergütungssumme (Honorarfonds "übrige Leistungen") werden vorweg einige Teilbereiche vergütet (vgl. Nr.2.3.1 bis 2.3.6). Für die verbleibenden "restlichen Leistungen" (vgl. Nr.2.3.7) erfolgt die Berechnung des Punktwertes entsprechend den Nrn.2.3.7.1 ff. der Anlage 1 i.V.m. der Anlage 2 zum HVM im Rahmen eines sogenannten "individuellen Praxisbudgets". Auf der Grundlage der Abrechnungen des Jahres 1995 wird gesondert je Quartal und je Praxis gemäß § 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 Gesamtvergütung je Praxis wird durch die Gesamtzahl der Behandlungsausweise der Praxis im Quartal geteilt (Nr.2.3.7.2). Das Ergebnis wird durch 0,1 geteilt und ergibt den individuellen Fallwert 95 in Punkten der Praxis. Dieser Fallwert 95 wird 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 wird um die beabsichtigten Auswirkungen des EBM 96 fachgruppenbezogen entsprechend Anhang 2 prozentual bereinigt (im Falle des Klägers als hausärztlich tätiger Internist: + 3,17 %). Die verbleibende Punktzahl wird um einen Abschlag in Höhe von 9 % vermindert, um die Honorierung von Mehrleistungen nach Nr.2.3.7.1 Satz 3 und den Finanzbedarf für Sonderfälle (z.B. Praxisneuanfänger) sicherzustellen. Das Ergebnis ist das endgültige anzusetzende individuelle Praxisbudget in Punkten. Bis zur Grenze des Praxisbudgets wird der angeforderte und anerkannte Leistungsbedarf der Praxis im aktuellen Quartal mit einem festen Punktwert von 10,0 DPf vergütet. Der das individuelle Praxisbudget übersteigende angeforderte und anerkannte Leistungsbedarf des aktuellen Quartals (Mehrleistungen) wird gemäß § 2.3.7.10 und 2.3.7.11 vergütet. Gemäß § 2.3.7.11 S.4, 5 ist der Vorstand der Beklagten ermächtigt, den prozentualen Abschlag von 9 % nach Nr.2.3.7.2 Satz 5 unter

bestimmten, genau festgelegten Voraussetzungen zu erhellen. Für die Anwendung vorstehender Regelungen im Einzelfall zu einer unbilligen Horte, erfolgt gem Nr.2.3.8 die Festlegung des individuellen Praxisbudgets bzw. der Grogertehonorierung unter Berücksichtigung der besonderen Umstände des Einzelfalls nach pflichtgemem Ermessen.

I.

Die Beklagte hat mit Honorarbescheid vom 22. April 1997 das Honorar des Klägers im Quartal 4/96 mit DM 77.393,94 festgesetzt. Dem Bescheid lag auch die Berechnung des individuellen Praxisbudgets im Quartal 4/96 entsprechend den HVM Anlagen 1 und 2 des HVM Abschnitt B Nr.2.3.7 bei. Hiergegen hat der Kläger mit Schreiben vom 11. Mai 1997 Widerspruch eingelegt, den er mit weiterem Schreiben vom 19. Mai 1997 näher begründet hat. Die Honorarabrechnung sowie die fiktiven Berechnungen für die Quartale 1/97 und 2/97 würden infolge Budgetierung von Patientenzahlen und der Honorarsumme einen Wiederaufbau seiner Praxis nicht zulassen, sondern furten klar und deutlich über die Zunahme der Verschuldung in den finanziellen Ruin der Praxis. Daher verlange er einen Patienten- und Honorarvergleich nicht mit dem Jahr 1995, sondern mit dem Jahr 1993 und die Absetzung des Abschlags zur Honorierung von Mehrleistungen und Sonderfällen. Für die Neueröffnung der Praxis seien diverse Investitionen, nicht zuletzt auch in eine neue Röntgenanlage inklusive Entwicklungsmaschine erforderlich gewesen. Um eine uberschuldung zu vermeiden, habe er sein privates Einfamilienhaus verkauft und sei in eine Mietwohnung eingezogen. Zudem habe er zur Reduktion der Betriebskosten seine Ehefrau entlassen, die als Ganztagskraft in der Praxis angestellt gewesen sei. Verschuldung und finanzielle Einschränkungen hätten sehr bald zur psychischen Dekompensation seiner Frau mit nachfolgender Ehescheidung gefurt. Dieser ganze Prozess habe schließlich zu finanziellen Mehrbelastungen, Imageverlust seiner Person und damit auch der Praxis mit der Konsequenz von Patientenverlusten und zudem wegen zunehmender persönlicher psychischer Erspfung zu Honorareinbußen bis ins Quartal 4/95 gefurt. Aus den genannten Fakten werde also eine eingeschränkte Praxistätigkeit in den Jahren 1994 und 1995 deutlich. Seine Argumentation sei nicht getragen vom Wunsch nach ungerechtfertigten finanziellen Vorteilen, sondern Resultat finanzieller Schwierigkeiten. Dies umso mehr, als er nach erwähnter Ehescheidung neu in Verantwortung stehe nach Heirat einer kenianischen Frau mit zwei minderjährigen Kindern. Zudem lasse sein mit 52 Jahren fortgeschrittenes Alter keine illusionäre Hoffnung auf eine irgendwann bessere Zukunft zu. Weiter stelle er Antrag auf unbillige Horte nach Nr.2.3.8 des Honorarverteilungsmaßstabes. Von 1983 bis 1995 sei er als Kassenarzt in den Praxisräumen Praxis Dr.W. in K. tüchtig gewesen, anfangs in Praxisgemeinschaft, später in Apparategemeinschaft mit einer Röntgenanlage. Im Laufe des Jahres 1994 seien zunehmend Kooperations-Schwierigkeiten aufgetreten. Nachdem wegen dieser Schwierigkeiten zunehmend Patienten verunsichert gewesen seien und zudem sein Personal weiterhin eine Kooperation als unzumutbar angesehen habe, sei er gezwungen gewesen, seine Röntgentätigkeit zum 30. September 1994 vorübergehend einzustellen. In Konsequenz dessen habe er in den Quartalen 4/94, 1/95 und 2/95 keine Röntgendiagnostik durchgefurt. Diese Einschränkung habe zur Abnahme

seiner Patientenzahlen und Reduktion seines Honorars gef¹/₄hrt. Bedingt durch einen notwendigen Praxisumzug in neue Praxisräume zum 1. Juli 1995 sei er zunehmend im 1. Quartal durch organisatorische Probleme seiner neuen Praxis gefordert gewesen mit der Konsequenz einer reduzierten Praxistätigkeit. Im 2. Quartal 1995 mit zunehmender zeitlicher Nähe des Umzugs hätten diese Probleme zugenommen, für den Umzug selbst habe er die Praxistätigkeit für ca. 2½ Wochen völlig eingestellt. Der Widerspruch gegen die oben genannte Quartalsabrechnung richte sich insbesondere gegen die Höhe des anerkannten Punktzahlvolumens und die Vergütung der Überschreitungspunktzahl, den Abschlag zur Honorierung von Mehrleistungen und Sonderfällen und die Kürzung des Leistungsbedarfs bei den Gesprächsleistungen. Von den für ihn angeforderten und anerkannten Punktzahlen seien zwei Drittel mit 10 Pfennig vergütet worden. Ein Drittel der erbrachten Leistungen seien als Überschreitung deklariert worden und mit einem sogenannten Mehrleistungs-Punktwert in minimalem Betrag vergütet worden. Die erbrachten Leistungen seien in gesamter Höhe zur Versorgung der Patienten erforderlich gewesen. Die Berechnung zeige einen eklatanten Widerspruch, sowohl, was die Relation des Anteiles der mit 10 Deutschen Pfennigen vergüteten Leistungen angeht, als auch in der Höhe der Vergütung des "Mehrleistungs-Punktwertes". Diese Art der Honorierung führe zu erheblichen Honorareinbußen mit Konsequenzen, die er für unseriös, ruinös und moralisch nicht vertretbar halte. Er fordere eine Honorar-Neuberechnung für seine Praxis im Vergleich zum Quartal 4/93 und wegen unbilliger Härte die Budgetierung auszusetzen. In seiner finanziell schwierigen Lage sehe er sich nicht in der Lage, den unter Punkt 8 der Berechnung genannten Abschlag von 9 % von seinem Honorar zur Verfügung zu stellen. Er stelle daher den Antrag, diesen Abschlag aufzuheben und die entsprechende Summe des Honorars an ihn auszuzahlen. Vermehrte Gesprächsleistungen seien politisch gewollt gewesen. Seine Gespräche hätten zur erheblichen Reduktion der Arzneimittelkosten geführt, wie in der Statistik dokumentiert sei. Daher könne er in Anbetracht der bekannten Gesamtsituation die Kürzung des Leistungsbedarfs bei den Gesprächsleistungen nicht hinnehmen.

Die Beklagte hat mit Widerspruchsbescheid vom 16. März 1999 den Widerspruch des Klägers zurückgewiesen. In dem Widerspruchsbescheid werden zunächst die wesentlichen Regelungen des im 4. Quartal 1996 geltenden Honorarverteilungsmaßstabes eingehend dargestellt. Sodann wird festgestellt, dass die Aufteilung der Gesamtvergütung in verschiedene Honorarfonds vom Bundessozialgericht mit Urteil vom 29. September 1993 (Az.: [6 RKa 65/91](#)) ausdrücklich gebilligt worden sei. In Fortführung des BSG-Urteils vom 29. September 1993 sei auch eine weitere Untergliederung des Honorarfonds "Übrige Leistungen" in die Honorarfonds R 1 und R 2 zulässig. Bis zur Höhe des individuellen Praxisbudgets habe der Kläger die angeforderten und anerkannten Punktzahlen mit einem Punktwert von 10,0 DPf vergütet bekommen. Im Bereich der Regionalkassen habe der Mehrleistungs-Punktwert (nach Abzug der Leistungen mit 10 DPf und 4,5 DPf) im Quartal 4/96 bei 1,14 DPf, im Bereich der Ersatzkassen bei 4,5 DPf gelegen. Somit seien alle vom Kläger angeforderten und anerkannten Punkte vergütet worden, wenn auch zu unterschiedlichen Punktwerten. Sinn und Zweck der Härtefallregelung in Nr.2.3.8 der Anlagen 1 und 2 zum HVM sei es,

unbillige, unzumutbare Honorareinbußen, die aufgrund der Anwendung dieses Honorarverteilungsmaßstabes entstehen, abzumildern. Unter den derzeit herrschenden Bedingungen einer begrenzten Gesamtvergütung müsse aber jeder einzelne Arzt Einkommenseinbußen hinnehmen. Deswegen könne die Härtefallregelung keine Honorareinbußen durch Härtefallausgleichszahlungen abmildern, wenn diese Einkommensverluste dem betriebswirtschaftlichen Risiko unterliegen würden. Zugleich sei zu beachten, dass eine Anerkennung einer unbilligen Härte zugunsten eines Vertragsarztes zugleich immer eine Belastung für alle anderen Vertragsärzte darstelle. Denn jede Zuerkennung einer zusätzlichen Zahlung aufgrund der Härtefallregelung mindere das Honorar, das zur Verteilung an die übrigen Ärzte zur Verfügung stehe. Bei der Härtefallregelung nach der Nr.2.3.8 handle es sich nach ihrem Wortlaut um eine Ermessensentscheidung im Einzelfall. Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns habe beschlossen, dass für ambulante Operateure und Anästhesisten, Belegärzte, Zytologen, fachärztlich tätige Internisten, PK-/EK-Ausgleich, genehmigungspflichtige PT/VT eine Härtefallregelung automatisch umgesetzt und bei der Honorarabrechnung berücksichtigt werde. Weiter gehe der Vorstand davon aus, dass die Anerkennung einer unbilligen Härte im Einzelfall hinsichtlich einer Fallwertsteigerung grundsätzlich nur dann in Frage komme, wenn mit dem individuellen Praxisbudget Sicherstellungsbedürfnissen nicht ausreichend Rechnung getragen werde (insbesondere Sonderbedarfszulassung, Arzt erbringe bestimmte Leistungen als einziger im Planungsbereich), wenn im Zeitraum vom 1. Januar 1996 bis 30. September 1996 neue genehmigungspflichtige Leistungen von der Praxis vorgehalten würden, die im Basisquartal des Jahres 1995 noch nicht hätten erbracht werden können oder wenn in demselben Zeitraum erstmals besonders investitionsintensive Leistungen erbracht worden seien. In Bezug auf eine Fallzahlsteigerung könne eine unbillige Härte neben Sicherstellungsbedürfnissen grundsätzlich nur dann anerkannt werden, wenn diese durch besondere Umstände (z.B. Entstehung eines Neubaugebietes, Erkrankung oder Tod eines Kollegen in der unmittelbaren Umgebung) verursacht worden sei, auf die der Arzt keinen Einfluss habe und diese Fallzahlsteigerung, bezogen auf die Fallzahl des Basisquartals im Jahr 1995, mehr als 15 % betrage. Eine bloße Leistungsmehrung und/oder Fallzahlsteigerung nach 1995 durch andere als oben dargestellte Umstände könne somit grundsätzlich die Anerkennung einer unbilligen Härte nicht rechtfertigen. Die vom Kläger vorgebrachten Besonderheiten könnten nach alledem nicht als unbillige Härte gewertet werden.

Gegen diesen Bescheid richtet sich die Klage zum Sozialgericht München vom 22. April 1999, die in der Folge nicht näher begründet wurde.

II.

Die Beklagte hat mit Bescheid vom 15. Juli 1997 das Honorar des Klägers im Quartal 1/97 auf DM 92.725,68 festgesetzt. In einer Anlage zum Honorarbescheid für das Quartal 1/97 wird der Antrag auf Anwendung der Härtefallregelung gemäß Nr.2.3.8 der Anlagen 1 und 2 des Honorarverteilungsmaßstabes der Beklagten abgehandelt. Danach wird dem Antrag auf Anwendung der Härtefallregelung insoweit stattgegeben, als der vorgebrachte Sachverhalt einen

der vom Vorstand der KVB festgelegten Tatbestände erfüllt, deren Vorliegen eine Anerkennung als Härtefall ermöglichen. Soweit die dargelegten Umstände mehrere Tatbestände erfüllten, sei entsprechend einer Entscheidung des Vorstandes der Beklagten der für den Kläger günstigste Tatbestand angewandt worden. Die weiteren Punkte des Schreibens könnten nicht berücksichtigt werden bzw. erfüllten keinen der vorgegebenen Tatbestände. Es sei folgende Entscheidung getroffen worden: Aufgrund der Verlegung der Praxis seien bei der Budgetberechnung die individuellen eigenen Fallzahlen zugrunde gelegt worden, soweit diese die für das Praxisbudget herangezogenen Fallzahlen um mehr als 15 % überschritten hätten. Die sich daraus ergebende Honoraränderung sei bei der Festlegung des individuellen Praxisbudgets miteinbezogen worden. Dem Honorarbescheid liegt weiter als Anlage die Berechnung des individuellen Praxisbudgets 1/97 bei.

Hiergegen richtete sich der Widerspruch vom 10. August 1997, der mit Schriftsätzen vom 7. September 1997 näher begründet wurde. Der Widerspruch richte sich zum einen gegen die Höhe des anerkannten Punktzahlvolumens und gegen die Vergütung der Überschreitungspunktzahl und zum anderen gegen den Abschlag zur Honorierung von Mehrleistungen und Sonderfällen. In der Gesamtübersicht werde ausgewiesen, dass seine Fallzahl mit 667 Fällen 45,3 % unter dem Durchschnitt der Arztgruppe liege, zudem sei der Rentneranteil mit 14,4 % erhöht. Damit sei nachgewiesen, dass bei geringer Patientenzahl sogenannte "Verdäunnerscheine" deutlich geringer seien und zudem wegen des erhöhten Rentneranteils ein erhöhter Leistungsbedarf bestehe. Bei der niedrigen Patientenzahl mit dem erhöhten Rentneranteil würden die statistischen Manipulationen wie Splitting des Punktzahlvolumens, 9 % Abschlag seiner Punktzahl und Kürzungen der Teilbudgets und der Laborleistungen zu erheblichen Honorareinbußen führen. Gesamt gesehen könne er die finanziellen Auswirkungen der Honorarstatistik und -politik nicht länger hinnehmen und fordere eine entsprechende Korrektur des Ergebnisses der Honorarnachzahlung.

Die Beklagte hat mit Widerspruchsbescheid vom 16. März 1999 den Widerspruch zurückgewiesen. In dem Widerspruchsbescheid wird zunächst der einschlägige Honorarverteilungsmaßstab eingehend erläutert. Sodann wird festgestellt, dass die Aufteilung der Gesamtvergütung in verschiedene Honorarfonds vom Bundessozialgericht mit Urteil vom 29. September 1993 (Az.: [6 RKa 65/91](#)) ausdrücklich gebilligt worden sei. In Fortführung des BSG-Urteils sei eine weitere Untergliederung des Honorarfonds "übrige Leistungen" in die Honorarfonds R 1 und R 2 zulässig. Bis zur Höhe des individuellen Praxisbudgets hätten der Kläger die angeforderten und anerkannten Punktzahlen mit einem Punktwert von 10,0 DPf vergütet bekommen. Im Bereich der Regionalkassen habe der Mehrleistungs-Punktwert (nach Abzug der Leistungen mit 10 DPf und 4,5 DPf) im Quartal 1/97 bei 3,7 DPf, im Bereich der Ersatzkassen bei 5,8 DPf gelegen. Somit seien alle vom Kläger angeforderten und anerkannten Punkte vergütet worden, wenn auch zu unterschiedlichen Punktwerten. Der für das Quartal 1/97 ergangene Honorarbescheid sei damit entsprechend den für dieses Quartal gültigen Bestimmungen des HVM ergangen.

Hiergegen richtet sich die Klage vom 22. April 1999 zum Sozialgericht München.

III.

Die Beklagte hat mit Honorarbescheid vom 15. Oktober 1997 das Honorar des Klägers für das Quartal 2/97 auf DM 65.322,91 festgesetzt. In einer Anlage zum Honorarbescheid für das Quartal 2/97 wird der Antrag auf Anwendung der Härtefallregelung gemäß Nr.2.3.8 abgehandelt. Dem Antrag auf Anwendung der Härtefallregelung werde insoweit stattgegeben, als der vorgebrachte Sachverhalt einen der vom Vorstand der Beklagten festgelegten Tatbestände erfüllt, deren Vorliegen eine Anerkennung als Härtefall ermöglicht. Soweit die dargelegten Umstände mehrere Tatbestände erfüllen, sei entsprechend einer Entscheidung des Vorstandes der Beklagten der günstigste Tatbestand angewendet worden. Die weiteren Punkte des Schreibens könnten nicht berücksichtigt werden bzw. erfüllten keinen der vorgegebenen Tatbestände. Es sei daher folgende Entscheidung getroffen worden: Aufgrund der Verlegung der Praxis seien bei der Budgetberechnung die individuellen eigenen Fallzahlen zugrunde gelegt worden, soweit diese die für das Praxisbudget herangezogenen Fallzahlen um mehr als 15 % überschreiten. Die sich hieraus ergebende Honoraränderung sei bei der Festlegung des individuellen Praxisbudgets miteinbezogen worden. Dem Bescheid liegt weiter wiederum die Berechnung des individuellen Praxisbudgets 2/97 bei. Gegen den Honorarbescheid hat der Kläger mit Schreiben vom 26. Oktober 1997 Widerspruch eingelegt, der sich gegen die Höhe des Punktzahl-Volumens pro budgetrelevantem Behandlungsschein, gegen die Höhe des anerkannten Punktzahlvolumens und Vergütung der Überschreitungspunktzahl, gegen den Abschlag zur Honorierung von Mehrleistungen und Sonderfällen, gegen die Kürzung des Leistungsbedarfs der O I-Leistungen und gegen die Höhe des ausgezahlten Punktwerts richtet. Bereits in früheren Schreiben habe er darauf hingewiesen, dass er einen Basisvergleich mit dem Quartal 2/95 nicht hinnehmen könne. Zum 3. Quartal 1995 sei seine Praxisverlegung in neue Räume erfolgt. Vorübergehend habe er seine Tätigkeit eingestellt und nach dem Umzug wieder aufgenommen. Hierdurch sei erklärt, dass er im 2. Quartal 1997 vergleichsweise einen erhöhten Leistungsbedarf habe. In der Gesamtübersicht sei ausgewiesen, dass seine Fallzahl in Höhe von 584 Patienten 51,9 % unter dem Durchschnitt der Arztgruppe liege, zudem der Rentneranteil mit 13 % erhöht sei. Damit sei nachgewiesen, dass bei geringer Patientenzahl sogenannte "Verdünnerscheine" deutlich geringer seien und zudem wegen erhöhtem Rentneranteils ein erhöhter Leistungsbedarf bestehe. Bei niedriger Scheinzahl und erhöhtem Rentneranteil sei jedoch die medizinisch notwendige Versorgung seiner Patienten infolge der statistischen Manipulation mit konsekutiv niedrigem Honorar nicht nur gefährdet, sondern tatsächlich nicht mehr möglich. Im Quartal 2/95 habe der Punktwert 8,1 DPf betragen. Im Quartal 2/97 habe der Punktwert dagegen nur noch 6,4 DPf betragen, so dass statt einer Stabilisierung ein Punktwert-Verfall von mehr als 20 % eingetreten sei.

Die Beklagte hat mit Widerspruchsbescheid vom 16. März 1999 den Widerspruch zurückgewiesen. Im Widerspruchsbescheid wird zunächst der für das Quartal 2/97 geltende Honorarverteilungsmaßstab eingehend erläutert, sodann wird

festgestellt, dass die Aufteilung der Gesamtvergütung in verschiedene Honorarfonds vom Bundessozialgericht mit Urteil vom 29. September 1993 (Az.: [6 RKa 65/91](#)) ausdrücklich gebilligt worden sei. In Fortführung dieses BSG-Urteils sei eine weitere Untergliederung des Honorarfonds "übrige Leistungen" in die Honorarfonds R 1 und R 2 zulässig. Bis zur Höhe des individuellen Praxisbudgets hätte der Kläger die angeforderten und anerkannten Punktzahlen mit einem Punktwert von 10 DPf vergütet bekommen. Im Bereich der Regionalkassen habe der Mehrleistungs-Punktwert im Quartal 2/97 bei 0,65 DPf, im Bereich der Ersatzkassen bei 3,45 DPf gelegen. Somit seien alle vom Kläger angeforderten und anerkannten Punkte vergütet worden, wenn auch zu unterschiedlichen Punktwerten.

Hiergegen richtet sich die Klage vom 22. April 1999 zum Sozialgericht München.

IV.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 23. März 2000 haben die Vertreter der Beklagten erklärt, dass der Kläger in Quartal 1/97 bei den Primärkassen 1.028,1 (Durchschnitt 1.001,2) und bei den Ersatzkassen 1.080,3 (Fachgruppendurchschnitt 946,9) Punkte abgerechnet habe. Im Quartal 2/97 seien bei den Primärkassen 916,6 (Durchschnitt 877,9) und bei den Ersatzkassen 992,0 (Fachgruppendurchschnitt 896,3) Punkte abgerechnet worden. Gemeint waren wie eine Gesamtschau der in den Akten befindlichen Zahlen beweist die Werte der Quartale 1/95 und 2/95. Der Kläger führte dies auf den erhöhten Rentneranteil zurück. Das Sozialgericht hat im Beschlusswege die Verfahren unter den Az.: [S 33 KA 1110/99](#), [S 33 KA 1111/99](#) und [S 33KA 1112/99](#) zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden. Das Sozialgericht hat mit Urteil vom 23. März 2000 die Klagen abgewiesen. Die streitgegenständlichen Honorarbescheide für die Quartale 4/96, 1/97 und 2/97 seien rechtmäßig. Insbesondere würden die Bestimmungen, die ein sogenanntes "individuelles Praxisbudget" vorsehen, nicht gegen höherrangiges Recht verstoßen. Die Anlage 1 zum Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten sehe die Bildung verschiedener "Honorarfonds" vor. Dabei werde der Honorarfonds "übrige Leistungen" wiederum aufgeteilt in einen Honorarfonds R 1 für die sogenannten Hausarztpraxen und einen Honorarfonds R 2 für die übrigen Ärzte. Eine weitere Aufteilung erfolge dann aufgrund eines jeweils auf der Basis des Jahres 1995 berechneten individuellen Praxisbudgets. Die innerhalb der Praxisbudgets erbrachten Leistungen würden mit einem festen Punktwert von 10 DPf vergütet, die das individuelle Praxisbudget übersteigenden Leistungen (Mehrleistungen) mit einem entsprechend niedrigeren Mehrleistungs-Punktwert. Gemäß [Â§ 85 Abs.4 Satz 3 SGB V](#) sei bei der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistung des Vertragsarztes zugrunde zu legen. Dieser Vorschrift könne jedoch nicht entnommen werden, dass die Leistungen nach ihrer Art und ihrem Umfang stets gleichmäßig mit einem für alle Leistungen einheitlichen Punktwert honoriert werden müssten. Das Gesetz schließe nicht aus, durch Regelungen im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) die Vergütung in (Teil-)Budgets aufzuteilen, auch wenn sich als deren Folge ergebe, dass die vertragsärztliche Leistung nicht mehr entsprechend der im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für Ärzte

festgelegten Punktzahlbewertung verglichen werde, sondern aufgrund unterschiedlicher Punktwerte. [§ 85 Abs.4 Satz 5 SGB V](#) i.d.F. des GSG vom 21. Dezember 1992 sehe ausdrücklich vor, dass der Verteilungsmaßstab eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung vorsehen könne. Entsprechend diesen gesetzlichen Vorgaben habe das Bundessozialgericht in ständiger Rechtsprechung entschieden, dass die Bildung gesonderter Honorarpflichten für die verschiedenen Fachgruppen bzw. die Bildung von Honorarpflichten nach unterschiedlichen Leistungsbereichen wie auch Mischsysteme für bestimmte Leistungsbereiche als auch nach Arztgruppen zulässig sei (vgl. z.B. BSG vom 9. September 1998, Az.: [B 6 KA 55/97 R](#)). Die Anlage 1 zum Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten in der ab 1. Oktober 1996 gültigen Fassung diene primär dazu, eine übermäßige Leistungsausweitung durch die Bezugnahme auf die jeweiligen Vergleichs quartale des Jahres 1995 zu verhindern. Die sachliche Rechtfertigung für eine derartige Regelung sei damit gegeben. Die Bedenken des Klägers bezüglich Praxisneuerungen würden nicht durchgreifen. Insoweit sei darauf hinzuweisen, dass die Anlage 1 ausdrücklich Regelungen vorsehe, die bei Praxisneuerungen bzw. bei verschiedenen anderen Konstellationen eine Ausweitung der ärztlichen Tätigkeit bis zum Fachgruppendurchschnitt erlaube. Es sei also keineswegs so, dass Praxen mit unterdurchschnittlicher Fallzahl an ihrer bisherigen Fallzahl festgehalten würden, ohne die Möglichkeit zu haben, ihr Praxisvolumen bis zum durchschnittlichen Volumen der Fachgruppe auszudehnen. Soweit der Kläger bevoollmächtigte vortrage, dass eine Härtefallregelung bei unbilliger Härte ohne Ermessensfehler angewendet werden müsse, sei dem entgegenzuhalten, dass dem Kläger für die Quartale 1/97 und 2/97 aufgrund seiner besonderen Situation (Praxisumzug) ein Härtefall im Sinne der Nr.2.3.8 der Anlage 1 zum HVM in der ab 1. Oktober 1996 geltenden Fassung zugebilligt worden sei. Im Ergebnis führe dies allerdings nicht zu einer Zahlung der Beklagten, da der Kläger in den streitgegenständlichen Quartalen unter der Scheinzahl des Jahres 1995, aber über dem Punktwertdurchschnitt der Fachgruppe gelegen habe.

Hiergegen richtet sich die Berufung zum Bayer. Landessozialgericht vom 25. August 2000, die mit Schriftsatz vom 26. Juli 2001 näher begründet wurde. Das Sozialgericht München habe verkannt, dass die Beklagte ihr Ermessen bei Anwendung der Härtefallregelung fehlerhaft bzw. gar nicht ausgeübt habe. Die Regelungen des individuellen Praxisbudgets gemäß Abschnitt B Nr.2.3.8 der Anlagen 1 und 2 zum Honorarverteilungsmaßstab für die streitgegenständlichen Quartale würden auf der Annahme basieren, dass bei etablierten Praxen größere Schwankungen bezüglich Fallzahl und Fallwert nicht mehr vorkommen würden, da sowohl Patientenkontingent als auch Leistungsspektrum gefestigt seien. Treffe diese Annahme aufgrund besonderer Praxisumstände nicht zu, so könne dies zu einer Ungerechtigkeit bei der Honorarverteilung führen, welche die Beklagte durch Anwendung der Härtefallregelung zu korrigieren habe. Im vorliegenden Fall führten zwei Umstände zur Rechtswidrigkeit der angefochtenen Bescheide. Zum einen habe die Beklagte durch ihren Vorstand sogenannte "Tatbestände" festgelegt, auf deren Basis sÄmmtliche Entscheidungen über Härtefallanträge beurteilt würden. Offensichtlich sei hier ein Tatbestand "Praxisumzug" mit der Rechtsfolge

"Erhöhung der Fallzahlen bei Überschreitung um mehr als 15 %" enthalten. Hier sei nicht berücksichtigt, dass ein Praxisumzug nicht nur Einfluss auf die Fallzahlen, sondern auch auf den Fallwert haben könne. Im streitgegenständlichen Fall habe eine Einzelfallbetrachtung nicht mehr stattgefunden, denn sonst hätte der Beklagte bewusst sein müssen, dass eine Erhöhung der Fallzahl hier sinnlos sei und der Situation des Klägers nicht gerecht werde. Die Planung und Durchführung eines Praxisumzuges führe zu einer eingeschränkten Praxistätigkeit. Dies wirke sich aber nicht nur in der Weise aus, dass weniger Patienten behandelt werden könnten, sondern selbstverständlich auch weniger Punkte abgerechnet würden. Folglich sei auch der Fallwert ein hier zu berücksichtigendes Kriterium. Der Kläger habe im Quartal 1/95 auch keine Röntgenleistungen mehr durchgeführt und diese erst mit Abschluss des Umzuges Ende 1995 wieder aufgenommen. Die Praxistätigkeit sei auch insofern eingeschränkt gewesen, als er sehr häufig auf der Baustelle der neuen Praxis anwesend gewesen sei. Die alte Praxis sei die letzten beiden Wochen des Quartals 2/95 ganz geschlossen gewesen. Der Umzug habe dazu geführt, dass Patienten abgewandert seien und erst nach und nach wieder ein festes Klientel aufgebaut worden sei. Der Fallwert des Klägers habe 1995 einen vorübergehenden Einbruch erlitten. Die zum Vergleich herangezogenen Quartale seien nicht repräsentativ. Die Beklagte habe mit ihrem Abstellen auf die Fallzahlen keine sachgerechte Rechtsfolgenentscheidung getroffen, mithin ihr Ermessen fehlerhaft ausgeübt.

Die Bevollmächtigte des Klägers beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 23. März 2000 sowie die Bescheide der Beklagten vom 22. April 1997 (Quartal 4/96) in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. März 1999, den Bescheid der Beklagten vom 15. Juli 1997 (Quartal 1/97) in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. März 1999 und den Bescheid der Beklagten vom 15. Oktober 1997 (Quartal 2/97) in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. März 1999 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, den Kläger unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu verbescheiden.

Der Vertreter der Beklagten beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakten, die Klageakten mit den Az.: [S 33 KA 1110/99](#), [S 33 KA 1111/99](#) und [S 33 KA 1112/99](#) und die Berufungsakte, Az.: [L 12 KA 89/00](#), vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren weiteren Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die nach [Â§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte sowie gemäß [Â§ 151 Abs.1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist unbegründet.

Das Sozialgericht hat mit dem angegriffenen Urteil vom 23. März 2000 die Klagen gegen die Honorarbescheide der Beklagten vom 22. April 1997 (Quartal 4/96), vom 15. Juli 1997 (Quartal 1/97) und vom 15. Oktober 1997 (Quartal 2/97) in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 16. März 1999 im Ergebnis zu Recht abgewiesen. Die Berechnung des Honorars des Klägers für die Quartale 4/96 bis 2/97 auf der Grundlage des einschlägigen Honorarverteilungsmaßstabes ist nicht zu beanstanden. Die Beklagte hat es im Ergebnis zu Recht auch abgelehnt, in Anwendung der Härtefallregelung nach der Nr.2.3.8 der Anlage 1 Buchstabe B das individuelle Praxisbudget anders als geschehen festzulegen.

Nach der zwischenzeitlich gefestigten Rechtsprechung des BSG 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 Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistungen des Vertragsarztes zugrunde zu legen sind. Dieser Vorschrift kann allerdings nicht die Forderung entnommen werden, die Leistungen möglichst nach ihrer Art und ihrem Umfang stets gleichmäßig, d.h. mit einem für alle Leistungen einheitlichen Punktwert honoriert werden. Das Gesetz schließt nicht grundsätzlich aus, durch die Regelungen eines HVM die Gesamtvergütung in Teilbudgets aufzuteilen, auch wenn sich als deren Folge ergibt, dass vertragsärztliche Leistungen nicht mehr entsprechend der im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen (EBM) festgelegten Punktzahl-Bewertung, sondern aufgrund unterschiedlicher Punktwerte, die auf unterschiedlichen Mengenentwicklungen in verschiedenen Leistungsbereichen beruhen unterschiedlich hoch vergütet werden. Im Hinblick auf die berufsregelnde Tendenz von Honorarverteilungsvorschriften steht die Bildung von Teilbudgets nicht im freien Ermessen der KÄV. Solche sogenannten Topfbudgets bedürfen vielmehr wegen der möglichen unterschiedlichen Punktwerte einer sachlichen Rechtfertigung (vgl. BSG [SozR 3-2500 Â§ 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 ([Â§ 85 Abs.4 Satz 5 SGB V](#) i.d.F. des Gesundheitsstrukturgesetzes â€‹ GSG â€‹ vom 21. Dezember 1992, BGBl.I S.1266). Honoraranteile 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 Ausgaben der KÄV im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages gehört (vgl. zuletzt BSG [SozR 3-2500 Nr.26](#) S.184 m.w.N.). Mischsysteme mit Honoraranteilen sowohl für bestimmte Leistungen als auch nach Arztgruppen sind gleichfalls zulässig (vgl. BSG [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr.11](#) S.67 f.). Die Bildung von Honoraranteilen kann auch damit verbunden werden, dass für verschiedene Tätigkeiten unterschiedliche Punktwertregelungen gelten, so können die KÄVen für alle Leistungen auf feste Punktwerte verzichten und nach Maßgabe des Gesamtvergütungsvolumens schwankende ("floatende") Punktwerte vorsehen bzw. für einige Bereiche feste

Punktwerte garantieren und nur die restlichen Leistungen einem floatenden Punktwert unterwerfen (vgl. BSG [SozR 3-2500 Â§ 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 nur nach Maßgabe der verbleibenden Restvergütung honoriert werden (vgl. BSG [SozR 3-2500 Nr.27](#) S.195, Nr.28 S.203 f. und Nr.31 S.238 f.).

Nach diesen Grundsätzen ist der für die streitgegenständlichen Quartale 4/96 bis 2/97 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 Honorartypen sowohl für bestimmte Leistungen als auch für bestimmte Arztgruppen (Honorarfonds "Labor O I und O II" bzw. Honorarfonds "Labor O III", Honorarfonds "Fremdärzte" sowie Honorarfonds "übrige Leistungen", letzterer wiederum aufgeteilt in einen Honorarfonds R 1 â sogenannter Hausarzttopf â und in einen Honorarfonds R 2 â sogenannter Facharzttopf). Die Festsetzung von Honorarkontingenten durch die Bildung von Typen für einzelne Arztgruppen und/oder Leistungsbereiche ist sachlich gerechtfertigt. Die Topfbildung ist die konsequente Folgerung aus den Neuregelungen des GSG (vom 21. Dezember 1992, [BGBl.I S 2266](#)), das in [Â§ 85 Abs.3a bis c SGB V](#) eine Obergrenze für die Erhaltung der Gesamtvergütung vorgesehen hat, weil dadurch eine Vorsorge dagegen geschaffen wird, dass eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Bereichen das Honorargefüge 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, [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 [Â§ 85 Abs.4 Satz 1 SGB V](#) in der ab 1. Januar 2000 geltenden Fassung ausdrücklich aufgenommen und bestimmt, dass die KVV die Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung i.S.d. [Â§ 73 SGB V](#) zu verteilen hat. Eine solche Aufteilung war aus den genannten Gründen auch schon vor dem 1. Januar 2000 sachlich gerechtfertigt (in diesem Sinne auch Entscheidung des Bayerischen Verfassungsgerichtshofes vom 27. Mai 1998 zum Honorarverteilungsmaßstab, gültig im Quartal 4/96, [VerfGH 51, S.74 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 in Punkten ermittelt. Bis zu dieser Grenze des Praxisbudgets wird der angeforderte und anerkannte Leistungsbedarf der Praxis im aktuellen Quartal mit einem festen Punktwert (hier: 10,0 DPf) vergütet. 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 Leistungen mit festen Punktwerten bis zu einer Bemessungsgrenze sowie andererseits nach Maßgabe der verbleibenden Restvergütung hält sich grundsätzlich im Rahmen der Kompetenz, die die Kassenärztlichen

Vereinigungen aufgrund des [Â§ 85 Abs.4 SGB V](#) bei der Ausgestaltung ihrer HVM haben (vgl. BSG, Urteil vom 28. April 1999, Az.: [B 6 KA 63/98 R](#); BSG SozR 3-2500 [Â§ 85 SGB V](#) Nr.31 S.237 ff.). Hierbei ist es insbesondere auch nicht zu beanstanden, dass das Praxisbudget individuell in Anknüpfung an das Abrechnungsverhalten des einzelnen Arztes in vergangenen Zeiträumen (hier: Bezugsquartale des Jahres 1995) festgelegt wird (vgl. BSG [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr.28](#) S.203 ff. und BSG [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr.27](#) S.194 ff.). Regelungen, wonach die darüber hinausgehenden Leistungen bzw. Punkte nur nach Maßgabe des Restbetrages der Gesamtvergütung honoriert werden, sind ebenfalls nicht zu beanstanden (BSG SozR 3-2500 [Â§ 85 SGB V](#) Nr.31 S.238, [Â§ 85 Nr.28](#) S.205; [Â§ 85 Nr.27](#) S.194/195 und BSG, Urteil vom 28. April 1999, Az.: [B 6 KA 63/98 R](#)). Insgesamt kann auf der Grundlage der genannten Rechtsprechung des BSG (im zahnärztlichen Bereich) davon ausgegangen werden, dass die Bildung von individuellen Praxisbudgets im Rahmen eines Honorarverteilungsmaßstabes grundsätzlich mit [Â§ 85 Abs.4 Satz 3 SGB V](#) vereinbar ist und der hier streitige HVM sich im Rahmen der Anforderungen des BSG an eine solche individuelle Bemessungsgrundlage hält. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass das Bundessozialgericht mit Urteil vom 08.03.2000, SozR 3-2500 [Â§ 87 SGB V](#) Nr.23 S.116 f. die Einführung eines 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. Die für den Streit entscheidungserhebliche Frage liegt danach darin, ob der Kläger einen Anspruch auf Anwendung der im HVM enthaltenen Härtefallregelung hat bzw. für seine Fallgestaltung eine Sonderregelung im HVM hätte geschaffen werden müssen. Die Beklagte war zunächst nicht verpflichtet, über die im HVM bereits enthaltenen Härtefallregelungen hinaus weitere Härtefallregelungen im HVM selbst vorzusehen. Eine solche Verpflichtung besteht nur bei sogenannten typischen Fallkonstellationen (vgl. hierzu Clemens, Regelungen der Honorarverteilung, in MedR 2000, S.19/20). Bei der Bildung eines Praxisbudgets mit Anknüpfung an die Vergangenheit ist daher in einer Sonderregelung im HVM selbst sicherzustellen, dass Vertragsärzte mit unterdurchschnittlicher Fallzahl, typischerweise Neuanfänger, ihren Umsatz durch eine Erhöhung der Zahl der von ihnen behandelten Patienten zumindest bis zum durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe steigern können (vgl. BSG [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr.27](#) S.195; vgl. auch die Urteile vom gleichen Tage â 21. Oktober 1998 -, Az.: [B 6 KA 67/97 R](#), [B 6 KA 68/97 R](#), [B 6 KA 71/97 R](#) und [B 6 KA 35/98 R](#); sowie auch BSG, Urteil vom 28. April 1999, Az.: [B 6 KA 63/98 R](#), S.5). Dieser Forderung einer Sonderregelung, insbesondere für Neuanfänger, ist die Beklagte in den Nrn.2.3.7.3, 2.3.7.4 (Neuanfänger) und 2.3.7.5 (kein individueller Fallwert 95 gegeben) ausreichend nachgekommen. Hinsichtlich des typischen Merkmals der Anfängerpraxis â der deutlich unterdurchschnittlichen Patientenzahl â wird die Möglichkeit zur Fallzahlsteigerung eingeräumt. Der Kläger erfüllt die Tatbestände der genannten Regelungen schon deswegen nicht, weil die Zahl seiner Behandlungsfälle in den streitigen Quartalen 4/96 bis 2/97 gegenüber den Bezugsquartalen 1/95, 2/95 und 4/95 abgenommen und nicht zugenommen hat. Der

Grund für diesen weiteren Rückgang der Patientenzahl ist nicht bekannt. Die Argumentation des Klägers geht dahin, dass die Bezugsquartale für ihn ungünstig seien, weil er früher in Praxisgemeinschaft mit einem anderen Arzt in K. tätig gewesen sei und es hier im Laufe des Jahres 1994 zunehmend zu Kooperationschwierigkeiten gekommen sei, die zum 1. Juli 1995 die Beendigung der Gemeinschaftspraxis und die Neueröffnung einer Einzelpraxis notwendig gemacht hätten. Bei den dargelegten Problemen des Klägers handelt es sich insbesondere hinsichtlich des weiteren Rückganges der Patientenzahlen nicht um eine typische Fallkostellation, sondern um eine solche, die allenfalls im Rahmen einer allgemeinen Härtefallregelung berücksichtigt werden kann. Eine solche allgemeine Härtefallregelung sieht der HVM in der Nr.2.3.8 vor, wonach die Festlegung des individuellen Praxisbudgets unter Berücksichtigung der besonderen Umstände des Einzelfalles nach pflichtgemäßem Ermessen erfolgt, wenn die Anwendung vorstehender Regelungen im Einzelfall zu einer unbilligen Härte führt. Das Nähere, insbesondere zum Verfahren und der Zuständigkeit für die Entscheidung, regelt der Vorstand der KVB. Die dargestellte Härtefallregelung setzt auf der Tatbestandsseite eine unbillige Härte, im Einzelfall kausal verursacht durch die Anwendung des HVM, voraus, erst danach stellt sich die Frage der veränderten Festlegung des individuellen Praxisbudgets unter Berücksichtigung der besonderen Umstände des Einzelfalles nach pflichtgemäßem Ermessen.

Bei dem Begriff der "unbilligen Härte" handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff, der nach Auffassung des Senats der vollen gerichtlichen Nachprüfung unterliegt. Der Beklagten steht ein der gerichtlichen Nachprüfung nur eingeschränkt zugänglicher Beurteilungsspielraum insoweit nicht zu. Einen solchen billigt das Bundessozialgericht in ständiger Rechtsprechung den Zulassungsgremien bei der Entscheidung über die Ermächtigung von Krankenhausärzten und über die Zulassung von Ärzten wegen eines Sonderbedarfs zu (vgl. [BSGE 73, 25](#), 29 = [SozR 3-2500 Â§ 116 Nr.4](#) S.29; BSG [SozR 3-2500 Â§ 101 Nr.1](#) S.4 f.; BSG [SozR 3-2500 Â§ 101 Nr.5](#) S.34). Auch bei der Entscheidung der KVB, zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in einem bestimmten Ort oder Ortsteil den Betrieb einer Zweitpraxis zu genehmigen, hat diese einen Beurteilungsspielraum (vgl. [BSGE 77, 188](#), 191 = [SozR 3-2500 Â§ 75 Nr.7](#) S.28 f.). Der Grund für die Einschränkung eines gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbaren Beurteilungsspielraumes besteht darin, dass für diese Entscheidungen die Bewertung der vertragsärztlichen Versorgung in einem regionalen Bereich sowie die Feststellung von quantitativen und/oder qualitativen Versorgungsdefiziten von maßgeblicher Bedeutung sind. Dabei ist eine Vielzahl von Faktoren zu berücksichtigen (z.B. Anzahl und Leistungsangebot der niedergelassenen und ermächtigten Ärzte, Bevölkerungs- und Mobilitätsstruktur, Umfang und räumliche Verteilung der Nachfrage aufgrund der vorhandenen Verkehrsverbindungen), die für sich und in ihrer Abhängigkeit untereinander weitgehend unbestimmt sind. Ähnliche Erwägungen führen zu einem gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbaren Beurteilungsspielraum der Prüfungsgremien bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen gemäß [Â§ 106 SGB V](#) u.a. hinsichtlich der anzuwendenden Prüfmethode vgl. zuletzt BSG, Beschluss vom 14. März 2001, Az.: [B 6 KA 59/00 B](#), und der Festlegung der Grenze zum

offensichtlichen Missverhältnis – vgl. zuletzt BSG [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.50](#), S.267. Die Beantwortung der hier zu beurteilenden Fragen, ob der in den Quartalen 4/96 bis 2/97 geltende HVM beim KlÄxger zu einer "unbilligen HÄxрте" fÄ¼hrt, hängt dagegen von ermittelbaren und feststellbaren Umständen wie dem Abrechnungsverhalten des KlÄxgers in den Bezugsquartalen 1/95, 2/95 und 4/95 und den sich aus der Bezugnahme auf diese Quartale ergebenden Auswirkungen auf die Abrechnung des KlÄxgers in den streitigen Quartalen ab. Ein Erkenntnis- oder Einschätzungs-vorrang der KÄV, der eine Rücknahme der gerichtlichen Kontrolle der Rechtsanwendung legitimieren könnte, besteht insoweit nicht. Der Begriff der "unbilligen HÄxрте" bzw. der "Unbilligkeit" wird im Übrigen in zahlreichen Vorschriften des Sozialrechts verwendet (beispielsweise sei nur verwiesen auf die [Â§ 2 Abs.1 OEG](#), [44 Abs.3 Satz 1 Nr.3 AFG](#), [112 Abs.7 AFG](#)), wobei die jüngste Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu den genannten Vorschriften jeweils von einer vollen Überprüfbarkeit des unbestimmten Rechtsbegriffes der "unbilligen HÄxрте" bzw. der "Unbilligkeit" ausgeht (vgl. Urteile des BSG vom 18. April 2001, Az.: [B 9 VG 3/00 R](#) und [B 9 VG 5/00 R](#) zu [Â§ 2 Abs.1 OEG](#); Urteil des BSG vom 29. Juni 2000, Az.: [B 11 AL 89/99 R](#), und BSG, Urteil vom 25. Juni 1999, Az.: [B 7 AL 64/98 R](#), jeweils zu [Â§ 112 Abs.7 AFG](#); Urteil des BSG vom 29. Januar 1997, Az.: [11 RAr 59/96](#) zu [Â§ 44 Abs.3 Satz 1 Nr.3 AFG](#); von einem von den Gerichten nur beschränkt überprüfbaren Beurteilungsspielraum bei der Überprüfung des unbestimmten Rechtsbegriffes "in besonderen Härtefällen" in [Â§ 182c Satz 3 RVO](#) a.F. ging dagegen das BSG in seinem Urteil vom 28. Oktober 1981, NJW 1982 S.2631 f. aus). Im Bereich des Vertragsarztrechts geht das BSG in ständiger Rechtsprechung (vgl. BSG, Urteil vom 29. September 1999 = SozR 3-2500 Â§ 25 Nr.3 S.16; BSG, Urteil vom 21. Juni 1995, Az.: [6 RKa 44/94](#); Urteil vom 24. November 1993, Az.: [6 RKa 36/92](#), [SozR 3-2500 Â§ 98 Nr.3](#), S.5/6; Urteil vom 24. November 1993, Az.: [6 RKa 26/91](#), [SozR 3-5520 Â§ 25 Nr.1](#) S.10/11) davon aus, dass der in Â§ 25 Satz 2 Ärzte-ZV verwendete Begriff der "unbilligen HÄxрте" der vollen richterlichen Nachprüfung unterliegt. Die vom Vorstand der Beklagten erlassenen Durchführungsbestimmungen zur Auslegung des Begriffs der unbilligen HÄxрте spielen danach zwar für die Verwaltung eine überragende Rolle, binden aber nicht das Gericht, das insoweit eine eigenständige Entscheidung zu treffen hat.

Eine "unbillige HÄxрте" im Sinne der Nr.2.3.8 ist nach Auffassung des Senats dann gegeben, wenn die Anwendung des HVM beim KlÄxger zu einem besonders schweren Nachteil führt, der es objektiv unzumutbar erscheinen lässt, den Arzt bei der Festlegung des individuellen Praxisbudgets an der Fallzahl oder dem Fallwert aus den Vergleichsquartalen des Jahres 1995 festzuhalten. Die beim KlÄxger vorliegenden Umstände begründen keine "unbillige HÄxрте" in diesem Sinne. Ein Festhalten an den Fallzahlen des Jahres 1995 liegt beim KlÄxger schon deshalb nicht vor, weil er die Fallzahlen der Quartale 1/95, 2/95 und 4/95 in den streitigen Quartalen nicht erreicht hat. Der Senat kann aber auch nicht erkennen, dass ein Festhalten des KlÄxgers an den Fallwerten der Quartale 1/95, 2/95 und 4/95 eine unbillige HÄxрте darstellt. Diesbezüglich waren die auch von KlÄxgerseite genannten Umstände – die Praxisverlegung mit Ausscheiden aus der Praxisgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis einerseits und die teilweise Nichtverfügbarkeit eines Röntgengerätes andererseits – in die Betrachtung miteinzubeziehen. Bezüglich des Praxisumzuges kann der Senat aber schon keine

Kausalität mit dem behaupteten Fallwertrückgang erkennen. Bezüglich des Bezugsquartals 4/95 nach Umzug in die neuen Praxisräume zum 1. Juli 1995 wäre allenfalls zu erwarten gewesen, dass nicht alle Patienten diesen Umzug mitmachen und es zu einem Rückgang der Patientenzahlen kommt. Dies ist aber wohl im Hinblick darauf, dass der Umzug innerhalb der Stadt K. erfolgte, gar nicht der Fall gewesen, vielmehr ist die Patientenzahl im Quartal 4/95 (776) gegenüber den Quartalen 1/95 (726) und 2/95 (688) leicht angestiegen. Ein negativer Einfluss auf den Fallwert ist weder nachvollziehbar dargetan noch sonst ersichtlich. Dies gilt auch für die beiden Bezugsquartale 1/95 und 2/95 vor der Praxisverlegung. Hier ist es zwar zu einer teilweise eingeschränkten Praxistätigkeit gekommen, insbesondere während der zweiwöchigen umzugsbedingten Schließung vom 19. Juni bis 30. Juni 1995. Solche Einschränkungen finden sich aber in vergleichbarer Weise auch bei anderen Ärzten im Falle von Urlaub oder Krankheit. Vor allem aber führt eine eingeschränkte Praxistätigkeit nicht typischerweise zu einem Rückgang des Fallwertes. Vielmehr ist davon auszugehen, dass der Arzt dann weniger Patienten behandelt, diesen Patienten aber notwendige Leistungen nicht vorenthalte (vgl. Maßstab des [§ 12 Abs.1 SGB V](#)). Bezüglich der Röntgentätigkeit des Klägers steht fest, dass der Kläger in den Bezugsquartalen 1/95 und 2/95 keine Röntgenaufnahmen erbracht hat. Es ist für den Senat aber nicht erkennbar, dass die Röntgentätigkeit des Klägers sei es von seinem Status als hausärztlich tätiger Internist oder vom Umfang der Röntgentätigkeit her (sie betrug im 4. Quartal 1995 8,4 % der Gesamtanforderung bei den kurativ-ambulanten Fällen) dessen Praxis so prägt, dass ein Anknüpfen an den Fallwert der Quartale 1/95 und 2/95 zu einer unbilligen Härte führte. Dies kommt unabhängig von Vorgenanntem auch schon deswegen nicht in Betracht, weil der Kläger mit seinem Fallwert bei dem für die Berechnung des Praxisbudgets maßgeblichen bayernweiten Vergleich mit allen von der Norm betroffenen Ärzten der Fachgruppe überdurchschnittliche Fallwerte aufweist (Quartal 1/95: PK Arzt 1.028,1 Punkte Vergleichsgruppe: 1.001,2 Punkte; EK Arzt 1.080,3 Punkte Vergleichsgruppe: 946,9 Punkte); Quartal 2/95: PK Arzt 916,6 Punkte Vergleichsgruppe: 877,9 Punkte; EK Arzt 992,0 Punkte Vergleichsgruppe: 896,3 Punkte). Der Senat teilt insoweit die in den Sonderregelungen des HVM in den Nrn.2.3.7.4 und 2.3.7.5 zum Ausdruck kommende Auffassung, dass von einem unbilligen Härtefall ganz abgesehen von zu fordernden weiteren Voraussetzungen bei Anknüpfung an Fallwerte der Vergangenheit nur bei gegenüber der Vergleichsgruppe unterdurchschnittlichen Fallwerten gesprochen werden kann. Die Beklagte hat es daher im Ergebnis zu Recht abgelehnt, in Anwendung der Härtefallregelung der Nr.2.3.8 das individuelle Praxisbudget des Klägers unter Berücksichtigung der besonderen Umstände des Einzelfalls nach pflichtgemäßem Ermessen anders als geschehen festzulegen.

Entsprechend war die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 23. März 2000 zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§ 193 Abs.1, 4 SGG](#).

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