\_

## Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land Bundesrepublik Deutschland

Sozialgericht Bundessozialgericht

Sachgebiet Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

Kategorie Urteil

Bemerkung Rechtskraft Deskriptoren Leitsätze Normenkette -

1. Instanz

Aktenzeichen -

Datum 13.07.1994

2. Instanz

Aktenzeichen -

Datum 18.03.1998

3. Instanz

Datum 25.08.1999

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Hamburg vom 18. März 1998 wird zurückgewiesen. Der Kläger hat die auÃ□ergerichtlichen Kosten der Beklagten für das Revisionsverfahren zu erstatten. Im übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

GrÃ1/4nde:

Ī

Streitig ist die Höhe der vertragsärztlichen Vergütung.

Der KlĤger ist seit 1986 als Arzt für Innere Medizin in H. -W. zur kassen- bzw vertragsärztlichen (nunmehr einheitlich: vertragsärztlichen) Versorgung zugelassen.

Mit seinem Widerspruch gegen den Honorarbescheid der beklagten Kassen $\tilde{A}$ ¤rztlichen Vereinigung (K $\tilde{A}$  $\square$ V) f $\tilde{A}$  $^{1}$ 4r das Quartal II/1992, in dem das Honorar auf 105.431,26 DM festgesetzt worden war (Bescheid vom 25. November 1992), machte er geltend, das ihm nach korrekter Anwendung der

Honorarverteilungsregelungen der Beklagten zustehende Honorar sei unangemessen niedrig. Seine Praxis sei aufgrund ihrer Lage durch eine besonders ungünstige Patientenstruktur gekennzeichnet. Im Verhältnis zum H. Durchschnitt sei ein erheblich gröÃ∏erer Teil seiner Patienten bei Primärkassen versichert. Das habe zur Folge, daÃ∏ er in deutlich geringerem Umfang als andere H. Vertragsärzte von den im Vergleich zu den Primärkassen höheren Punktwerten im Ersatzkassenbereich profitieren könne. Zahlreiche seiner Patienten seien ausländischer Herkunft, und im übrigen bestehe im Hinblick auf das soziale Umfeld seiner Praxis ein besonderer psychosozialer Behandlungsbedarf. Da zudem gerade im Hinblick auf die Sozialstruktur seines Stadtteils kaum Privatpatienten die Praxis aufsuchten, sei zwangsläufig die Relation von Honorarumsatz und Ertrag besonders ungþnstig. Da die Existenz der Praxis am bisherigen Standort gefährdet sei, sei die Beklagte verpflichtet, durch MaÃ∏nahme der Honorarverteilung die besondere Strukturschwäche seiner Praxis auszugleichen. Die Beklagte wies den Widerspruch zurück.

Das Sozialgericht hat die im Laufe des Verfahrens ergangenen und vom KlĤger mit derselben Begründung angefochtenen Honorarbescheide für die Quartale III/1992 bis IV/1993, in denen Honorar in vergleichbarer Höhe gezahlt worden war, in das Verfahren einbezogen und die Klage insgesamt abgewiesen (Urteil vom 13. Juli 1994).

Das Landessozialgericht hat die Berufung zurückgewiesen. Das Fehlen eines kassenartenübergreifenden Ausgleichs zugunsten strukturschwacher Praxen sei sowohl mit einfachem Gesetzesrecht wie mit Verfassungsrecht, insbesondere mit den grundrechtlichen Gewährleistungen der Art 3 Abs 1, 12 Abs 1 und 14 Abs 1 Grundgesetz (GG) vereinbar (Urteil vom 18. März 1998).

Mit seiner Revision rügt der Kläger eine Verletzung der Vorschriften über die Honorarverteilung, über die angemessene Vergütung der vertragsÃxrztlichen Leistungen sowie über die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch die K̸V und schlieÃ∏lich einen VerstoÃ∏ gegen Art 3 Abs 1, 12 Abs 1 und 14 GG. In seiner Praxis betrage der Anteil der bei PrimÄxrkassen versicherten Patienten 80 % gegenüber 20 % Ersatzkassenversicherten. In anderen Stadtteilen H. sei die Verteilung genau umgekehrt; das durchschnittliche VerhĤltnis betrage etwa 50 % zu 50 %. Wegen der im Ersatzkassenbereich durchweg hĶheren Punktwerte seien die Einnahmen seiner Praxis geringer; dem stünden indessen keine EinsparmĶglichkeiten bei den Praxiskosten gegenüber. Diese Situation habe zur Folge, daà der Ertrag seiner Praxis in den Jahren 1992 und 1993 nur 26 % und im Jahre 1994 nur 21 % der Einnahmen betragen habe, wÄxhrend sich diese Quote bei den Internisten im Durchschnitt auf 41,4 % belaufe. Der signifikant höhere Primärkassenanteil schlage demnach mit einem Verlust in Höhe von 10 % bis 20 % der Gesamtbetriebseinnahmen gegenüber dem Durchschnitt seiner Arztgruppe zu Buche.

Er, der Kläger, habe im Zusammenwirken mit anderen in W. an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ã□rzte versucht, im Wege der honorarpolitischen Gestaltung auf strukturelle AusgleichsmaÃ□nahmen seitens der

Beklagten hinzuwirken. Entsprechende Anträge der Ã∏rzte des "Kreises 18" (W. und Umgebung) seien jedoch von der Vertreterversammlung abgelehnt worden. Die Auffassung der Beklagten, § 85 Abs 4 FÃ⅓nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gestatte keinen kassenartenÃ⅓bergreifenden Ausgleich zugunsten strukturschwacher Praxen, treffe nicht zu. Das Gegenteil ergebe sich vielmehr aus Satz 5 dieser Vorschrift, wonach eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten unterschiedliche VergÃ⅓tung vorgesehen werden könne. Die Beklagte habe im Hinblick auf die geschilderten strukturellen Unterschiede der Arbeitsbedingungen der einzelnen Praxen eine Ermessensentscheidung darÃ⅓ber zu treffen, ob fÃ⅓r bestimmte Versorgungsgebiete eine besondere Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen erfolgen solle. Von diesem Ermessen habe sie keinen Gebrauch gemacht. Die Auffassung des Berufungsgerichts, dieser Ermessensnichtgebrauch sei gerichtlich nicht Ã⅓berprÃ⅓fbar, könne nicht zutreffen.

Die Beklagte dýrfe die ihr von Krankenkassen einer einzelnen Kassenart zuflieÃ□enden Vergütungsanteile nicht nur für die Versorgung der Versicherten dieser Kassenart verwenden und sei berechtigt, aus den höheren Vergütungen für die Behandlung von Versicherten der Ersatzkassen die Behandlung der Versicherten der Primärkassen zu subventionieren. Die Ersatzkassen müÃ□ten ebenfalls ein Interesse daran haben, daÃ□ die ärztlichen Leistungen auch in strukturschwachen Versorgungsgebieten insgesamt angemessen honoriert würden. Dort sei andernfalls infolge des Abwanderns von Praxen die vertragsärztliche Versorgung generell nicht mehr sichergestellt.

Aus Art 12 Abs 1 GG ergebe sich schlieÄ lich eine Verpflichtung der Beklagten, zugunsten der betroffenen Ä rzte einen kassenarten Ä bergreifenden Ausgleich durchzuf Ä hren. Richtig sei, da der freiberuflich t Ä tige Vertragsarzt keinen Anspruch darauf habe, da de K leie Vihm das wirtschaftliche Risiko seiner Praxist Ä tigkeit abnehme. Voraussetzung f Ä r den die Freiberuflichkeit kennzeichnenden Wettbewerb der Ä rzte untereinander sei aber, da die Rahmenbedingungen, unter denen sich das wirtschaftliche Risiko realisiere, vergleichbar seien. Dies sei indessen bei sehr unterschiedlich strukturierten Versorgungsgebieten mit der Folge einer stark vom Durchschnitt abweichenden Verteilung der Patienten einzelner Praxen auf die Prim Ä kassen bzw Ersatzkassen nicht gew Ä hrleistet. Diese ungleichen Startbedingungen durch Instrumente der Honorarverteilung auszugleichen, entspreche einem wettbewerbsorientierten Verhalten.

## Der KlĤger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 13. Juli 1994 und das Urteil des Landessozialgerichts Hamburg vom 18. MĤrz 1998 aufzuheben, den Honorarabrechnungsbescheid vom 25. November 1992 (Quartal II/1992) in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. MĤrz 1993 sowie die Honorarabrechnungsbescheide vom 23. Februar 1993 (Quartal III/1992), vom 26. Mai 1993 (Quartal IV/1992), vom 25. August 1993 (Quartal II/1993), vom 24. November 1993 (Quartal II/1993) und vom 25. Mai 1994 (Quartal IV/1993) zu Ĥndern und die Beklagte zu verurteilen, ihm

unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts einen neuen Bescheid  $\tilde{A}^{1/4}$ ber eine h $\tilde{A}$ ¶here angemessene Verg $\tilde{A}^{1/4}$ tung im Rahmen einer kassen $\tilde{A}^{1/4}$ bergreifenden Honorarumverteilung f $\tilde{A}^{1/4}$ r die Quartale II/1992 bis IV/1993 zu erteilen.

Die Beklagte beantragt, die Revision zurÄ<sup>1</sup>/<sub>4</sub>ckzuweisen.

Sie vereinbare in getrennten GesamtvertrĤgen mit ihren Gesamtvertragspartnern je einen Gesamtvertrag über eine eigenständige Gesamtvergütung. Diese für jeden Gesamtvertragspartner in anderer Höhe vereinbarte Gesamtvergýtung werde nach den Bestimmun0gen des Honorarverteilungsma̸stabes (HVM) verteilt. Dadurch sei sichergestellt, daÃ∏ die Mittel eines Gesamtvertragspartners auch nur für die ambulante Versorgung von Versicherten der Krankenkassen dieses Partners aufgewendet wA<sup>1</sup>/<sub>4</sub>rden. Die der K̸V in <u>§ 85 Abs 4 Satz 5 SGB V</u> eingeräumte Befugnis, eine nach Arztgruppenund Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung vorzunehmen, sei nicht dahin zu verstehen, da̸ eine Verpflichtung zu einem kassenartenübergreifenden Ausgleich für strukturschwache Praxen bestehe. Das vertragsärztliche Vergütungssystem habe notwendigerweise zur Konseguenz, daÃ∏ bei unterschiedlichen Gesamtvergļtungen und unterschiedlichem Leistungsaufkommen die Punktwerte differieren kA¶nnten, und zwar nicht nur zwischen den verschiedenen Gesamtvertragspartnern, sondern auch je nach Abrechnungsquartal. Dem KlĤger stehe kein Rechtsanspruch auf eine hĶhere als die sich aus den dargestellten Regelungen ergebende Vergütung zu. Auch unter Sicherstellungsgesichtspunkten kA¶nne sein Verlangen keinen Erfolg haben. Sollten die von ihm geschilderten Konsequenzen in der RealitĤt zu Sicherstellungsproblemen in bestimmten Bezirken der F. und H. H. få<sup>1</sup>/<sub>4</sub>hren, wofür es derzeit keine Anhaltspunkte gebe, stünden ihr â∏ der Beklagten â∏ die im Gesetz und in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte vorgesehenen GestaltungsmĶglichkeiten zur Erfļllung des Sicherstellungsauftrags zur Verfügung.

Die Beigeladenen zu 4) und 5) beantragen ebenfalls, die Revision zurĽckzuweisen.

Sie verweisen auf die historischen GrÃ $\frac{1}{4}$ nde fÃ $\frac{1}{4}$ r die im Ersatzkassenbereich hÃ $\frac{1}{4}$ heren Pauschalen und sind der Auffassung, die EinfÃ $\frac{1}{4}$ hrung eines gesonderten kassenartenÃ $\frac{1}{4}$ bergreifenden Strukturausgleichs durch einen HVM sei gesetzlich nicht vorgesehen.

Ш

Die Revision des KlĤgers ist nicht begründet.

Der Kläger hat, wie die Vorinstanzen zutreffend entschieden haben, keinen Anspruch auf ein höheres als das in den angefochtenen Bescheiden festgesetzte Honorar. Für den von ihm geltend gemachten Anspruch auf einen kassenartenübergreifenden Ausgleich zugunsten strukturschwacher Praxen

besteht keine gesetzliche Grundlage. Das gilt sowohl f $\tilde{A}^{1}_{4}$ r die drei streitbefangenen Quartale des Jahres 1992 als auch f $\tilde{A}^{1}_{4}$ r die vier streitbefangenen Quartale des Jahres 1993.

Ein Anspruch des KlĤgers gegen die Beklagte, einen kassenartenübergreifenden Honorarausgleich im Wege der Honorarverteilung vorzunehmen, besteht få<sup>1</sup>/<sub>4</sub>r die Quartale II/1992 bis IV/1992 schon deshalb nicht, weil in diesem Zeitraum das Honorar für die Behandlung von Versicherten aus dem Ersatzkassenbereich nicht nach Ma̸gabe der Bestimmungen des HVM der Beklagten zu verteilen war. Die Ersatzkassen sind erst durch das zum 1. Januar 1993 in Kraft getretene Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) in das Gesamtvergütungssystem einbezogen worden (vgl BSG SozR 3-2500 § 95 Nr 9 S 34 mwN). In der Zeit vom 1. Januar 1989 bis zum 31. Dezember 1992 wurde die Vergütung der an der Versorgung von Versicherten der Ersatzkassen teilnehmenden ̸rzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen gemäÃ∏ § 82 Abs 3 Satz 1 SGB V idF des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) in den VertrĤgen nach <u>§ 83 Abs 3 SGB V</u> (idF des GRG) geregelt. Nach der letztgenannten Vorschrift schlie̸en die Verbände der Ersatzkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KÃ∏BV) mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen Verträge über die vertragsärztliche Versorgung, wobei die Vorschriften der § 83 Abs 2 und § 82 Abs 1 sowie § 85 SGB V entsprechend gelten. Die Vergütung der an der Versorgung von Versicherten der Ersatzkassen beteiligten ̸rzte ist somit in bundesweit geltenden Verträgen zwischen den Beigeladenen zu 4) und 5) sowie der KÃ∏BV geregelt worden. Die Honorarverteilungskompetenz der KÃ\(\text{V}\) gemÃ\(\text{x}\)\(\text{A}\)\(\text{85 Abs 4 SGB V}\) hat sich deshalb vor Inkrafttreten des GSG nicht auf die Ersatzkassenhonorare erstreckt.

Dem tragen die Vorschriften des Arzt-/Ersatzkassenvertrages (EKV-̸) Rechnung. Nach § 14 Abs 1 EKV-Ã∏ in der ab 1. Oktober 1990 geltenden Fassung erfolgte im Ersatzkassenbereich die VergA¼tung des Vertragsarztes auf der Grundlage des Bewertungsma̸stabs nach Einzelleistungen nach MaÃ∏gabe der für die Ersatzkassenpraxis geltenden Gebührenordnungen und den Bestimmungen des geltenden Honorarvertrages. Die Vertragskassen entrichteten die Vergļtung für die Versorgung ihrer Versicherten mit befreiender Wirkung in einem Betrag an die  $K\tilde{A} \cap BV$  nach  $Ma\tilde{A} \cap gabe$  des geltenden Honorarvertrages ( $\hat{A}$ § 14 Abs 2 EKV- $\tilde{A} \cap$ ). Die K̸BV leitete die auf die einzelnen KÃ∏Ven entfallenden Beträge an diese weiter. Da die Vergütung allein für die vertragsärztliche Versorgung der Ersatzkassenversicherten geleistet wurde, war die einzelne KÃ\(\text{V}\) gehindert, im Wege der Honorarverteilung Vergütungsbestandteile, die ihr von den Ersatzkassen über die KÃ∏BV zugeleitet wurden, für die Honorierung ärztlicher Leistungen zu verwenden, die nicht der Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen dienten. Dies wird auch durch die Regelung des § 21 Abs 12 EKV-Ã∏ aF bestÃxtigt, wonach die Berücksichtigung der vertragsÃxrztlichen TÃxtigkeit für die Ersatzkassenversicherten bei Honorarverteilungsregelungen für andere VersicherungstrĤger unzulĤssig ist.

Die (auch) in § 21 Abs 12 EKV-Ã□ zum Ausdruck kommende, bis Ende 1992 bestehende strikte Trennung der Vergütung der ärztlichen Leistungen je nach

Kassenbereich ist rechtlich nicht zu beanstanden. Sie spiegelt die geschichtlich gewachsenen Unterschiede zwischen Primär- und Ersatzkassen wider. Nachdem diese im Laufe der Zeit nur noch aus ihrer Entstehung erklärbar, in der Sache aber immer weniger gerechtfertigt waren, sind sie durch gesetzgeberische MaÃ $\square$ nahmen in den vergangenen Jahren mehr und mehr beseitigt worden. Bereits seit dem 1. Januar 1977 konnten Ã $\square$ rzte und ZahnÃ $\upmathbar$ rzte nur noch fÃ $\upmathbar$ 4r die kassen- und die vertragsÃ $\upmathbar$ 7rzte, die vor dem 1. Januar 1977 an der Versorgung von Versicherten der Ersatzkassen beteiligt waren, konnten die Bindung dieser T $\upmathbar$ 2 kassen $\upmathbar$ 2 kassen $\upmathbar$ 3 k§ 3a Nr 1). Seit Inkrafttreten des GSG wird nur noch eine einheitliche Zulassung zur vertrags $\upmathbar$ 3 k§ 3a Nr 1). Seit Inkrafttreten des GSG wird nur noch eine einheitliche Zulassung zur vertrags $\upmathbar$ 3 k§ 95 Abs 3 SGB V).

Die Unterschiede zwischen den Kassenbereichen haben sich nicht nur auf die Vergütung der ärztlichen Leistungen ausgewirkt. Zu der in mancher Hinsicht vergleichbaren Situation unterschiedlicher BeitragssÄxtze der Versicherten je nach KassenzugehĶrigkeit bei grundsĤtzlich bestehender KassenwahlmĶglichkeit für Angestellte und verpflichtender Zuordnung zu einer bestimmten Kasse für Arbeiter hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) 1994 in ̸bereinstimmung mit dem Bundessozialgericht für die achtziger Jahre entschieden, daÃ□ darin (noch) keine verfassungswidrige Ungleichbehandlung liege. Zur Begründung hat das BVerfG vor allem auf das historisch gewachsene System einer gegliederten gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland und die kontinuierlichen Bemühungen des Gesetzgebers hingewiesen, sachlich nicht mehr gerechtfertigte Unterschiede nach und nach zu beseitigen und zB durch Ausgleichsma̸nahmen zwischen Krankenkassen und die Einführung des freien Kassenwahlrechts (§ 173 SGB V in der ab 1. Januar 1996 geltenden Fassung gemäÃ∏ Art 35 Abs 6 GSG) für eine Angleichung insbesondere der Beitragssätze zu sorgen (<u>BVerfGE 89, 365</u> = SozR 3-2200 § 385 Nr 4 sowie BSGE 58, 134 = SozR 2200 § 385 Nr 14). Da der Gesetzgeber durch das GSG bereits ab 1993 auch die Honorierung der Ĥrztlichen Leistungen in den verschiedenen Kassenbereichen angeglichen hat, müssen aus den vom BVerfG angeführten allgemeinen Erwägungen die zuvor bestehenden Unterschiede für die Vergangenheit auch insoweit hingenommen werden. Bis zum 31. Dezember 1992 ist der geltend gemachte Anspruch des KlĤgers auf Kompensation der wirtschaftlichen Konsequenzen eines geringeren Anteils von Versicherten der Ersatzkassen in seiner Praxis bei h

¶heren Ersatzkassenhonoraren auch aus diesen Gründen nicht gegeben.

Ein Rechtsanspruch des KlĤgers auf einen kassenartenübergreifenden Honorarausgleich besteht auch für die Zeit ab dem 1. Januar 1993 nicht. Zwar sind die Ersatzkassen durch das GSG in das System der regionalisierten Gesamtvergütung einbezogen worden (vgl im einzelnen BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 17 S 109 f). Damit verfügt die KÃ□V þber die rechtliche Möglichkeit, die Vergütung aller vertragsärztlichen Leistungen im Rahmen ihres HVM auf der Grundlage des <u>§ 85 Abs 4 SGB V</u> zu regeln (vgl KassKomm-Hess, <u>§ 85 SGB V</u> RdNr 70 zur Einbeziehung der Ersatzkassen in das Gesamtvergütungssystem). Eine

Verpflichtung der KÃ□V, die Gesamtvergütung iS des <u>§ 85 Abs 4 Satz 1 SGB V</u> über alle Kassenarten hinweg und auch im Hinblick auf die früheren Primärund Ersatzkassen einheitlich zu verteilen und so unterschiedliche Punktwerte für identische Leistungen je nach Versichertenstatus generell auszuschlieÃ□en, war aber gleichwohl nicht gegeben (vgl Hess aaO RdNr 70).

Gegen eine solche Verpflichtung zur einheitlichen Verteilung spricht bereits, daÄ nach <u>§ 82 Abs 2 Satz 2 SGB V</u> die Verhandlungen <u>Ã</u>1/4ber die Vergütungsverträge zwischen Krankenkassen einschlieÃ∏lich der Ersatzkassen und K̸Ven getrennt oder gemeinsam geführt werden können. Der BegrÃ1/4ndung des Entwurfs der Fraktionen von CDU/CSU, F.D.P. und SPD zum GSG vom 5. November 1992 ist zu entnehmen, da̸ über den bisher, also bis Ende 1992 geltenden Rechtszustand notwendig getrennter Vergütungsverhandlungen je Kassenart hinausgehend nunmehr gemeinsame Verhandlungen ermĶglicht werden sollten, um so die Verhandlungsposition der Kassen zu stĤrken (vgl BT-Drucks 12/3608 S 85). Deshalb ist die Regelung des § 21 Abs 12 EKV-Ã∏ in der ab dem 1. Oktober 1990 geltenden Fassung A¼ber die UnzulA¤ssigkeit der Berücksichtigung der vertragsÃxrztlichen TÃxtigkeit alten Rechts bei Honorarverteilungsma̸stäben anderer Kostenträger mit Inkrafttreten des GSG obsolet geworden. DemgemäÃ∏ enthält die die Vorgaben des GSG umsetzende, am 1. Juli 1994 in Kraft getretene Neufassung des EKV-̸ eine vergleichbare Regelung nicht mehr. Eine Verpflichtung der Kassen, nur gemeinsam und einheitlich zu verhandeln und abzuschlie̸en, ist im Gesetz aber ausdrücklich nicht normiert worden. Ob insoweit dem Wettbewerb der Kassen untereinander tatsAxchlich mehr Raum gelassen werden sollte (so KassKomm-Hess <u>§ 82 SGB V</u> RdNr 13), mag auf sich beruhen. Es wäre jedenfalls widersprüchlich, wenn eine KÃ∏V mit den LandesverbĤnden der Krankenkassen und den VerbĤnden der Ersatzkassen getrennte Gesamtvergütungsvereinbarungen schlieÃ∏en darf, die etwa auf der Grundlage einer Kopfpauschale hinsichtlich der HA¶he differieren kA¶nnen, dann aber im Rahmen der Honorarverteilung gezwungen wĤre, unabhĤngig von der Kassenart einheitliche Verteilungspunktwerte vorzuschreiben. Die HĶhe der Gesamtvergütung bezogen auf den einzelnen Versicherten oder den einzelnen Behandlungsfall hätte dann keinerlei EinfluÃ∏ auf die Höhe der Vergütung der ärztlichen Leistungen, was dem Sinn der Regelung des <u>§ 82 Abs 2 Satz 2 SGB V</u>, nämlich getrennte und demnach auch unterschiedliche Gesamtverträge abschlieÃ⊓en zu dürfen, zuwiderliefe. Von daher bestehen keine Bedenken dagegen, da̸ sich im Rahmen der Primärkassen unterschiedliche Verteilungspunktwerte je nach Kassenart ergeben können (noch offengelassen im Senatsurteil vom 13. November 1996, BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 16 S 106). Ebenso waren einzelne Gesamtvertragspartner berechtigt, unter Geltung der Budgetierungsvorschriften des <u>§ 85 Abs 3a bis c SGB V</u> idF des GSG je nach wirtschaftlicher LeistungsfĤhigkeit einzelner Krankenkassen bzw KassenverbĤnde Steigerungen der Gesamtvergütungen zu vereinbaren, die hinter der gesetzlich zugelassenen Obergrenze der ErhĶhung zurļckbleiben. Die unterschiedliche HĶhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen hat im regionalisierten Krankenkassensystem schon immer und auch notwendigerweise unterschiedlich hohe Vergļtungen der gleichen Ĥrztlichen Leistungen im Bundesgebiet zur Folge gehabt, die sich in deutlichen Schwankungen der

Auszahlungspunktwerte verwirklicht haben (BSG <u>SozR 3-2500 § 85 Nr 20</u> S 128/129). Der Senat hat dementsprechend im Urteil vom 13. November 1996 lediglich die Honorierung ärztlicher Leistungen gegenÃ⅓ber Versicherten solcher Kassen, die nicht Gesamtvertragspartner der KÃ□V des jeweiligen Arztes sind, mit einem alle Kassenarten Ã⅓bergreifenden Fremdkassenpunktwert als sachwidrig beanstandet (<u>SozR 3-2500 § 85 Nr 16</u> S 106).

Aus § 82 Abs 2 Satz 2 SGB V ist somit abzuleiten, daà bei nach Kassenarten getrennt vereinbarten Gesamtverträgen die Verteilungspunktwerte je nach Kassenart variieren dürfen. Daraus folgt, daà auch Punktwertdifferenzen zwischen (einzelnen oder allen) Primärkassen und Ersatzkassen nicht kraft Gesetzes ausgeschlossen sind. Die Unterschiede zwischen den Primärkassen und den Ersatzkassen sind nach der vollständigen Einbeziehung der Ersatzkassen in das Gesamtvergütungssystem nicht mehr prinzipiell von anderer Art als diejenigen zwischen den Kassen des Primärkassenbereichs.

Entgegen der Auffassung des Klā¤gers lā¤ā∏t sich eine Verpflichtung der Kā∏V, eine Ermessensentscheidung hinsichtlich kassenartenā¼bergreifender Ausgleichsmaā∏nahmen bei vom Durchschnitt abweichenden Anteilen von Primā¤rund Ersatzkassenpatienten in der einzelnen Praxis zu treffen, auch nicht aus <u>§ 85 Abs 4 Satz 8 SGB V</u> idF des GKV-SolG vom 19. Dezember 1998 (<u>BGBI I S 3853</u>) ableiten. Nach dieser Vorschrift kann der HVM eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung vorsehen. Die Regelung ist als <u>§ 85 Abs 4 Satz 6 SGB V</u> durch das GRG eingefā¼hrt worden; <u>§ 368f Abs 1 Reichsversicherungsordnung in der bis Ende 1988 geltenden Fassung enthielt eine vergleichbare Bestimmung noch nicht (vgl Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, <u>§ 85 RdNr 1</u>).</u>

Bedenken bestehen bereits gegen den Ausgangspunkt der ErwĤgungen des Klägers, wonach der einzelne Arzt verlangen können soll, daÃ∏ die Vertreterversammlung bei Erla̸ eines HVM eine begründete und der gerichtlichen Nachprüfung zugängliche Entscheidung zu treffen habe, ob von den Gestaltungsmå¶glichkeiten des <u>å§ 85 Abs 4 Satz 6 SGB V</u> idF des GRG (= Satz 8 idF des GKV-SolG) Gebrauch gemacht werden soll. Hinsichtlich der Gestaltung der Honorarverteilung kommt der K̸V im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben des § 85 Abs 4 SGB V eine eigenstĤndige Gestaltungsfreiheit zu. Der Charakter des HVM als Satzungsregelung, die von der Vertreterversammlung der K̸V im Rahmen der Gesetzesvollzug seitens einer VerwaltungsbehĶrde zu verstehen, die von den ihr im Gesetz eingerĤumten HandlungsmĶglichkeiten ("kann") nach ihrem grundsätzlich der gerichtlichen Ã∏berprüfung zugänglichen Ermessen (vgl beispielhaft <u>§ 54 Abs 2 Satz 1</u> Sozialgerichtsgesetz (SGG), <u>§ 114 Satz 1</u> Verwaltungsgerichtsordnung) Gebrauch zu machen hat. Ob eine K̸V die gesetzliche Ermäxchtigung zu einer nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten differenzierenden Honorarverteilung nutzt, obliegt ihrer normativen Gestaltungsfreiheit und ist insoweit grundsÄxtzlich einer gerichtlichen Nachprüfung entzogen. Die Gerichte können lediglich überprüfen, ob die von der KÃ<sub>\(\begin{align}\)</sub>V beschlossene Form der Honorarverteilung den gesetzlichen Vorgaben

entspricht. Sie haben aber nicht zu beurteilen, ob die Erw $\tilde{A}$ xgungen, die die Vertretersammlung zu einer Entscheidung f $\tilde{A}$ yr oder gegen eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten differenzierenden Honorarverteilung bewogen haben,  $\tilde{A}$ y4berzeugend sind oder nicht.

Es bedarf hier keiner Entscheidung, ob in besonders gelagerten Konstellationen eine KÃ\_V dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit und insbesondere dem darin enthaltenen Differenzierungsgebot (vgl BSGE 83, 52, 58 = SozR 3-2500 § 85 Nr 28 S 207) nur durch eine nach Arztgruppen und/oder Versorgungsgebieten unterscheidende Honorarverteilung entsprechen könnte. Für die vom Kläger geforderte Durchführung eines kassenartenübergreifenden Honorarausgleichs zugunsten von Praxen mit einem unterdurchschnittlichen Anteil von Versicherten der Ersatzkassen bieten beide Differenzierungstatbestände keine Grundlage. Ã□rzte, die weniger Ersatzkassenversicherte behandeln als andere, bilden keine "Arztgruppe" im Sinne dieser Vorschrift, die erkennbar an die gesetzliche Konzeption einer nach einzelnen ärztlichen Fachgebieten gegliederten vertragsärztlichen Tätigkeit (vgl BSG SozR 3-2500 § 97 Nr 7 S 27) anknüpft. Unterschiede hinsichtlich der Versichertenstruktur in einzelnen Praxen eines ärztlichen Fachgebiets haben ferner keinen Bezug zu dem Verteilungskriterium "Versorgungsgebiet" iS des <u>§ 85 Abs 4 Satz 6 SGB V</u> idF des GRG.

Im Gesetzgebungsverfahren zum GRG ist dieser Begriff nicht erlĤutert worden. Der Regierungsentwurf enthÄxlt in § 93 Abs 4 Satz 6 die spÄxter als <u>§ 85 Abs 4 Satz 6</u> SGB V Gesetz gewordene Formulierung (BT-Drucks 11/2237 S 33), doch beschränkt sich die Begründung auf den â∏∏ nur begrenzt zutreffenden â∏∏ Hinweis, es werde bisheriges Recht übernommen (aaO S 193). Im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens ist die Regelung weder erlĤutert noch modifiziert worden (vgl BT-Drucks 11/3320 S 54; BT-Drucks 11/3480 S 58). Im Schrifttum wird ausgefļhrt, die Differenzierung nach Versorgungsgebieten dürfe besonderen VerhÄxltnissen wie Landpraxen oder notwendigen besonderen Praxisausstattungen Rechnung tragen (Wiegand in: Maa̸en/Schermer/Wiegand/Zipperer, GKV-Kommentar, <u>§ 85 SGB V</u> RdNr 32) bzw stehe in Verbindung mit speziellen Vergýtungsregelungen zugunsten der HausÃxrzte (Krauskopf, aaO, § 85 RdNr 32). Der Senat hat die Möglichkeit einer nach Versorgungsgebieten unterschiedlichen Honorarverteilung bislang im Zusammenhang mit der Bildung von Honorarkontingenten fÄ<sup>1</sup>/<sub>4</sub>r einzelne Fachgruppen und Leistungsbereiche (zB Radiologie, Labor) erwĤhnt (vgl BSGE 83, 1, 2 = BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 26 S 184 sowie Senatsurteil vom 3. MÃxrz 1999 â∏ B 6 KA 15/98 R -), ohne freilich den Begriff "Versorgungsgebiet" näher zu bestimmen. Eine grundsĤtzliche KlĤrung dieses Tatbestandsmerkmals ist auch hier nicht geboten. Nach der Systematik des <u>§ 85 SGB V</u> kann es nA¤mlich nur räumlich, also auf bestimmte örtliche Situationen (in diesem Sinne BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 16 S 105), oder gegenständlich, also auf bestimmte Versorgungsformen wie die hausĤrztliche oder fachĤrztliche Behandlung, bezogen sein. Ein Bezug zur Versichertenstruktur der Patienten einer Praxis â∏∏ worauf das Begehren des Klägers hinausläuft â∏ ist jedenfalls ausgeschlossen. Das ergibt sich mittelbar aus <u>§ 85 Abs 2 Satz 3 SGB V</u> idF des GKV-SolG, der mit Satz 10 dieser Vorschrift idF des 2. GKV-NOG vom 23. Juni 1997 (BGBI I S 1520)

sowie mit Satz 3 idF des GSG identisch ist. Danach ist im Rahmen der Ermittlung der Gesamtvergýtung im Verhältnis zwischen Krankenkassenverband und KÃ□V die Vereinbarung unterschiedlicher Vergýtungen für die Versorgung verschiedener Gruppen von Versicherten nicht zulässig. Diese Regelung soll klarstellen, daÃ□ Vergþtungsvereinbarungen, die fþr bestimmte Gruppen von Versicherten â□□ zB fþr die Mitglieder der Krankenversicherung der Rentner â□□ unterschiedliche Vergþtungen der Ã□rzte vorsehen, unzulässig sind (BT-Drucks 12/3608 S 87).

PrimÃxr verweist die Vorschrift damit auf die besondere Situation der Krankenversicherung der Rentner (vgl KassKomm-Hess, <u>ŧ 85 SGB V</u> RdNr 34). Darin erschĶpft sich ihr Anwendungsbereich jedoch nicht. Sie schlieÄ∏t generell aus, die Vergütung Ãxrztlicher Leistungen etwa nach dem Geschlecht der Versicherten, nach ihrem Status als Pflichtversicherte oder als freiwillige Mitglieder einer Krankenkasse, als Stammversicherte oder als versicherte FamilienangehĶrige oder nach ihren der Beitragsbemessung zugrundeliegenden Einnahmen zu variieren. Soweit die genannten Anknüpfungsmerkmale EinfluÃ∏ auf die wirtschaftliche StÄxrke einer Krankenkasse haben, werden diese in bestimmtem Umfang ýber den Risikostrukturausgleich kompensiert. Nach § 266 SGB V werden zwischen den Krankenkassen iÄxhrlich die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden ua in der HA¶he der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder ausgeglichen. Durch den Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner (§Â§ 268 ff SGB V) wird darüber hinaus sichergestellt, daÃ∏ die Leistungsaufwendungen für die Rentner und ihre versicherten Angehörigen nicht von der Krankenkasse getragen werden, bei der ein Rentner versichert ist, sondern durch einen Finanzierungsanteil der Krankenkassen im Rahmen des KVdR-Ausgleichs finanziert werden (vgl Wasem in: MaaÃ\(\text{\pin}\)en/Schermer/Wiegand/Zipperer, GKV-Kommentar, § 268 SGB V RdNr 2). Die Zahl der bei einer Kasse versicherten Rentner beeinflu̸t danach die Leistungsfähigkeit dieser Kasse nicht.

Aus der Zusammenschau dieser Vorschriften ergibt sich, da̸ kraft Gesetzes sowohl die unterschiedliche Belastung der einzelnen Krankenkasse mit den Kosten der Rentnerbehandlung als auch die Unterschiede hinsichtlich der HĶhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Kassenmitglieder in speziell geregelten Verfahren ausgeglichen werden. Das schlie̸t wiederum grundsätzlich aus, daÃ∏ die einzelne KÃ\U kraft Gesetzes gehalten sein kann, Honorarumverteilungsregelungen einzufļhren, die im Kern an den Versichertenstatus (Allgemein-Versicherter bzw Rentner) oder an die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten anknļpfen. Dem typischerweise höheren Leistungsaufwand im Rahmen der Rentnerbehandlung darf zwar durch unterschiedliche Leistungsbewertungen im EBM-̸ Rechnung getragen werden (KassKomm-Hess, § 85 SGB V RdNr 34 sowie BSG SozR 3-2500 § 87 Nr 15 S 61 zum Praxisbudget bei Basislaborleistungen, dessen Berechnung nach Allgemeinversicherten und Rentnern differenziert). Die unterschiedliche HA¶he der Grundlohnsumme der einzelnen Krankenkasse bzw Kassenart, soweit sie im Gesamtvertrag berücksichtigt worden ist und sich mittelbar in variierenden Verteilungspunktwerten niederschlägt, ist jedoch kein damit vergleichbarer Umstand. Die Differenzen in der Leistungskraft der einzelnen Kasse bzw Kassenart

werden, soweit sie nach der gesetzlichen Konzeption auszugleichen sind und der Kasse nicht als Element des Wettbewerbs zugute kommen sollen, ausschlieÄ lich nach den Vorschriften ļber den Risikostrukturausgleich bzw ļber den Finanzausgleich im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner berļcksichtigt. Seitdem die Ersatzkassen durch das GSG in das System der gesetzlichen Krankenversicherung eingegliedert sind, besteht schon aus diesem Grund keine Verpflichtung der KÄ V, Abweichungen in der Zusammensetzung der Patienten einer Praxis nach dem Kriterium der Mitgliedschaft in einer PrimĤr- oder einer Ersatzkasse durch Regelungen der Honorarverteilung auszugleichen.

Das Verlangen des KlĤgers nach einem kassenartenļbergreifenden Ausgleich zugunsten "strukturschwacher" Praxen ist auch nicht unter dem Gesichtspunkt der Sicherstellungsverpflichtung der Beklagten (§ 75 Abs 1 SGB V) gerechtfertigt. Der Senat hat bislang noch nicht abschlie̸end entschieden, ob eine KÃ∏V überhaupt kraft ihres Sicherstellungsauftrags berechtigt ist, existenzgefĤhrdete Praxen mit Mitteln der Honorarverteilung zu Lasten anderer Praxen finanziell zu stützen (vgl BSGE 75, 37, 43 = SozR 3-2500  $\hat{A}$  85 Nr 7 S 43 mit Nachweisen aus der fr $\hat{A}$ 4heren Rechtsprechung). Das wirtschaftliche Risiko seiner TÄxtigkeit hat der Vertragsarzt jedenfalls grundsätzlich selbst zu tragen; die KÃ∏V ist nicht gehalten, ihm die Sorge um seine Existenz abzunehmen (BSGE aaO S 45 = SozR aaO S 44 f). Im Urteil vom 20. Januar 1999 (- B 6 KA 46/97 R -, BSGE 83, 205 = SozR 3-2500 § 85 Nr 29) hat der Senat lediglich ausgesprochen, daà die KÃ vim Wege der Honorarverteilung den ̸rzten einer Arztgruppe, die als Folge eines Punktwertrückgangs im Hinblick auf die besonderen Bedingungen ihrer Tätigkeit (konkret: Erbringung ausschlie̸lich zeitgebundener und genehmigungsbedürftiger psychotherapeutischer Leistungen) benachteiligt sind, unter Gleichbehandlungsgesichtspunkten ermĶglichen muÄ∏, daÄ∏ ihre Chancen auf Erzielung eines Einnahmeüberschusses nicht signifikant hinter den entsprechenden Möglichkeiten anderer Arztgruppen zurückbleiben (BSG aaO S 213 = SozR aaO S 220). Im übrigen ist für StützungsmaÃ∏nahmen im Wege der Honorarverteilung allenfalls dann Raum, wenn bei einer Arztgruppe die Versorgung der Versicherten in einem Teilbereich der vertragsĤrztlichen Versorgung generell gefå¤hrdet wå¤re (BSGE 75, 187, 192 = SozR 3-2500 å§ 72 Nr 5 S 10). Dafür, daÃ∏ diese Situation in H. hinsichtlich der Arztgruppe der Internisten eingetreten sein kA¶nnte oder unmittelbar droht, bestehen nach den Feststellungen der Vorinstanz keinerlei Anhaltspunkte.

SchlieÄ $\|$ lich beruhen die wirtschaftlichen Schwierigkeiten, die der Klä $^{2}$ ager fä $^{2}$ 4r seine Praxis trotz Ä $^{1}$ 4berdurchschnittlich hoher Fallzahlen und Ä $^{2}$ 4berdurchschnittlich hoher Umsä $^{2}$ 4rze geltend macht, nicht in erster Linie auf der ungä $^{2}$ 4nstigen Verteilung von Primä $^{2}$ 4r- und Ersatzkassenversicherten in seiner Praxis. Die angefochtenen Honorarbescheide lassen erkennen, daä $^{2}$  in einigen Leistungsbereichen die Honorierung der vertragsä $^{2}$ 4rztlichen Leistungen im Primä $^{2}$ 4rkassenbereich gä $^{2}$ 4nstiger als im Ersatzkassenbereich war. Das beruht zum einen darauf, daä $^{2}$ 1 die Punktwerte im Primä $^{2}$ 4rkassenbereich je nach Kassenart stark schwankten und vor allem durch durchweg besonders niedrige Punktwerte der AOK Hamburg und besonders hohe, die Ergebnisse im Ersatzkassenbereich durchweg  $^{2}$ 4berschreitende Punktwerte der Seekasse gekennzeichnet waren. Die

Verteilungspunktwerte der Betriebskrankenkassen überschritten teils diejenigen der Angestellten-Ersatzkassen, teils unterschritten sie sie und lagen in den meisten Bereichen oberhalb der Werte, die im Bereich der Arbeiter-Ersatzkassen zur Verteilung zu verzeichnen waren. Weiterhin ist zu berücksichtigen, daÃ∏ im PrimĤrkassenbereich andere Formen der Mengenbegrenzung praktiziert wurden als im Ersatzkassenbereich. Das hat bewirkt, da̸ der Primärkassenpunktwert für einige allgemeine Leistungen niedriger, für bestimmte, im Primärkassenbereich besonders geförderte Leistungen â∏∏ wie phasenweise das ambulante Operieren -, deutlich hĶher war als im Ersatzkassenbereich. Wenn aber in einem Kassenbereich die Bandbreite zwischen den am besten und den am schlechtesten honorierten Ĥrztlichen Leistungen grĶÄ∏er ist als im anderen Bereich, kann nicht undifferenziert davon ausgegangen werden, die Honorierung der vertragsĤrztlichen Leistungen im Ersatzkassenbereich sei stets besser als diejenige im PrimĤrkassenbereich. Je nach Struktur der Praxis sowohl im Hinblick auf die KassenzugehĶrigkeit der Patienten als auch im Hinblick auf das spezielle Leistungsangebot des Arztes werden sich deutliche Unterschiede ergeben. Eine Praxis, die sich im hier zu beurteilenden Zeitraum auf ambulante Operationen spezialisiert und einen besonders hohen Anteil von Versicherten der Seekasse betreut hat, dürfte durchweg höhere Punktwerte erzielt haben als eine Praxis, die zu 80 % Versicherte der Ersatzkassen betreut und überdurchschnittlich viele Laborleistungen abgerechnet hat. Die Honorierung dieser Leistungen im Ersatzkassenbereich ist nĤmlich teilweise mit deutlich niedrigen Punktwerten als im Primärkassenbereich erfolgt. Im Hinblick darauf sowie auf die geringfügigen Fallwertdifferenzen zwischen PrimĤr- und Ersatzkassenbereich (durchweg nur zwischen 6,- DM und 7,- DM) sowie schlie̸lich aufgrund des Umstandes, daÃ∏ der Klåger im Primågrkassenbereich in einzelnen Quartalen sogar hå¶here Fallwerte abgerechnet hat als im Ersatzkassenbereich, steht damit fest, daÃ⊓ die Differenzierung zwischen beiden Kassenbereichen für die aus der Sicht des Klägers unbefriedigende wirtschaftliche Situation seiner Praxis nicht von entscheidender Bedeutung gewesen ist. Soweit der KlĤger bei überdurchschnittlich hoher Fallzahl und Einnahmen von 484.748 DM (1992) sowie 504.116 DM (1993) nach eigenen Angaben nur ErtrĤge von 26 % dieser BetrĤge erzielt hat, beruht dies nicht auf der Relation von Ersatz- und PrimĤrkassenversicherten.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 1 und 4 SGG.

Erstellt am: 28.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024