

## L 12 KA 581/04

Land  
Freistaat Bayern  
Sozialgericht  
Bayerisches LSG  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
12  
1. Instanz  
SG München (FSB)  
Aktenzeichen  
S 42 KA 8627/00  
Datum  
20.05.2003  
2. Instanz  
Bayerisches LSG  
Aktenzeichen  
L 12 KA 581/04  
Datum  
31.05.2006  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 6 KA 86/06 B  
Datum  
23.05.2007  
Kategorie  
Urteil

- I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts München vom 20. Mai 2003 aufgehoben.
- II. Die Klagen werden abgewiesen.
- III. Die Kosten der Verfahren werden dem Kläger auferlegt.
- IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

In diesem Rechtsstreit geht es um den Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Beklagten im Zeitraum vom 2. bis 4. Quartal 1999.

Der Kläger ist in A. als Facharzt für innere Medizin/Lungen- und Bronchialheilkunde zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Im Quartal 2/99 hatte er 1.109 ambulante Behandlungsfälle. Die Beklagte setzte mit Honorarbescheid vom 22. November 1999 das Honorar des Klägers für das Quartal 2/99 in Höhe von 92.667,77 DM fest. Später (mit dem Honorarbescheid für das Quartal 3/99) erfolgte noch eine Nachvergütung in Höhe von 14.112,27 DM.

Der Kläger hat dagegen mit Schriftsatz vom 24. November 1999 Widerspruch eingelegt, der im Wesentlichen mit dem erheblichen Rückgang des Punktwertes gegenüber den Vorquartalen, insbesondere dem Quartal 4/98 begründet wurde. Die Beklagte verstoße mit ihrem Honorarverteilungsmaßstab (HVM), der zu diesem Rückgang des Punktwertes und damit des Honorars des Klägers geführt habe, gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Zwar sei die im HVM vorgenommene Bildung von Fachgruppentöpfen nicht unzulässig, doch sei die erhebliche Zunahme der Anzahl der fachärztlichen Internisten, insbesondere durch den Wechsel von den hausärztlichen zu den fachärztlichen Internisten sowie durch eine hohe Anzahl von Sonderbedarfszulassungen bei der Befüllung des Kontingents nicht ausreichend berücksichtigt worden.

Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 19. September 2000 zurückgewiesen. Die Beklagte habe gemäß ihrem HVM die von den Krankenkassen gezahlte Gesamtvergütung, soweit sie nicht der Pauschalierung unterlag, auf Landesebene zu einer Summe zusammengefasst und auf eine Reihe von Honorarfonds verteilt, deren größter, der Honorarfond "Sonstige Leistungen", wiederum aufgeteilt war in arztgruppenspezifische Honorarfonds, darunter u.a. ein Honorarfonds "Hausärzte" (Allgemeinärzte, praktische Ärzte, hausärztliche Internisten, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, Kinderärzte) und ein Honorarfond "fachärztliche Internisten". Die Befüllung der einzelnen Honorarfonds sei nach Vornahme gewisser Bereinigungen gemäß dem prozentualen Anteil der jeweiligen Arztgruppe an der Gesamtvergütung in den Jahren 1996 und 1997 erfolgt. Bei jedem Versorgungsbereichswechsel von Internisten ab dem Quartal 1/98 sei ein Ausgleich zwischen den betroffenen Honorarkontingenten in Höhe des bereinigten Quartalsdurchschnittshonorars der Fachgebietsgruppe der Internisten (haus- und fachärztliche Internisten zusammengenommen) aus den Quartalen 1/96 bis 4/97 erfolgt. Außerdem habe der HVM für eine Reihe von Arztgruppen eine Fallzahlbegrenzung sowie für nicht budgetierte Arztgruppen eine Punktzahlbegrenzung enthalten. Die Teilung der Gesamtvergütung in einzelne Budgets sei ein zulässiges und geeignetes Mittel zur Durchführung einer sachgerechten Honorarverteilung (BSG Urteil vom 29. September 1993, Az.: 6 RKA 85/91 "Labortopf"). In diesem Zusammenhang seien auch Regelungen zulässig, die zu einer unterschiedlichen Honorierung gleichbewerteter Leistungen führten, wenn dies nicht aufgrund einer Bewertungskorrektur, sondern aus anderen Gründen erfolge. Die gesetzlichen Bestimmungen des Vertragsarztrechtbeschränkten den insgesamt zur Verfügung stehenden Honorarbetrag mit der Folge, dass bei steigender Leistungsmenge der Punktwert sinke und dadurch die einzelnen Leistungen geringer honoriert würden. Die dem Arzt zustehende Vergütung werde jedoch weiterhin unter Zugrundelegung der von ihm nach den Bestimmungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) abgerechneten Punktzahlen und damit auf der Grundlage der konkret erbrachten Leistungen ermittelt. Diese Honorarausschüttung widerspreche nicht [Art.14 Abs.1 Grundgesetz \(GG\)](#), denn dieser garantiere nicht einen Anspruch auf stets gleiches Honorar des Vertragsarztes.

Im Folgequartal 3/99 setzte die Beklagte mit Honorarbescheid vom 8. Februar 2000 das Honorar des Klägers bei 1.066 ambulanten Behandlungsfällen auf 96.191,50 DM fest. Den dagegen mit im Wesentlichen gleicher Begründung wie im Vorquartal eingelegten Widerspruch wies sie mit Widerspruchsbescheid vom 19. September 2000 zurück (Begründung wie im Vorquartal). Anders als im Vorquartal kam in diesem Quartal eine Fallzahlbegrenzung - wenn auch in geringem Umfang - zum Tragen, worauf jedoch weder im Widerspruch noch im Widerspruchsbescheid eingegangen wurde.

Im Quartal 4/99 hatte der Kläger 1.250 ambulante Behandlungsfälle. Sein Honorar für dieses Quartal aus Regionalkassen- und Ersatzkassenabrechnung setzte die Beklagte mit Honorarbescheid vom 08.05.2000 auf 127.249,33 DM fest (hinzu kamen ca. 5.100,00 DM für besondere Kostenträger und Notfallpraxis). Den dagegen gerichteten Widerspruch wies sie mit Widerspruchsbescheid vom 19. September 2000 zurück. Die Begründung des Rechtsmittels und des Bescheids entsprechen den Vorquartalen. Zu Fallzahlbegrenzungen kam es nicht.

Der Kläger hat gegen die oben genannten Bescheide jeweils Klage zum Sozialgericht München (SG) erhoben, die von diesem untereinander und mit dem Klageverfahren betreffend das Quartal 1/99 verbunden wurden.

Die Klägerbevollmächtigten haben zur Begründung der Klagen ausgeführt, gegenüber dem Quartal 4/98 sei der Punktwert bei den fachärztlichen Internisten um 31 % (Regionalkassen) bzw. 20 % (Ersatzkassen) zurückgegangen. Ein derartig ruinöser Honorarrückgang sei rechtswidrig. Rechtswidrig sei damit auch der HVM, der dazu geführt habe. Prinzipiell seien ärztliche Leistungen gleichmäßig zu vergüten. Durch die Aufteilung der Gesamtvergütung auf verschiedene Honorarfonds, Subhonorarfonds und Subsubhonorarfonds kämen unterschiedliche Punktwerte heraus. Das entspreche nicht dem Grundsatz "gleiches Honorar für gleiche Leistung". Eine derartige Ungleichbehandlung verstoße gegen den aus Art. 12 und 3 GG abzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Nach [BSGE 73, 131](#) und [75, 187](#) könnten Honorareinbußen bis zu 10 % verhältnismäßig sein. Im vorliegenden Fall seien die Einbußen jedoch wesentlich höher. Seit dem Quartal 4/96 habe die Anzahl der fachärztlichen Internisten stark zugenommen (etwa 20 %). Die Anzahl der Lungenärzte habe eher abgenommen. Trotzdem müssten diese den Punktwertverfall mittragen. Leistungsausweitungen oder Fallzahlvermehrungen hätten in der Arztgruppe in diesem Umfang jedenfalls seit 1/98 nicht stattgefunden. Es liege auch ein Verstoß gegen den Grundsatz der Angemessenheit der Vergütung vor ([§ 72 Abs. 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - SGB V - ), wenn - wie hier - ganze Arztgruppen betroffen seien.

Die Beklagte hat dazu ausgeführt, mit dem ab dem 2. Quartal 1999 geltenden HVM seien die bis dahin geltenden Honorarfonds R 2 n und R 2 b, in denen die nach dem EBM nicht budgetierten bzw. die budgetierten Ärzte zusammengefasst waren, aufgelöst worden und statt dessen reine Fachgruppentöpfe ohne gegenseitige Stützung eingeführt worden. Das habe den Forderungen der Berufsverbände entsprochen. Bei der Befüllung der arztgruppenspezifischen Honorarfonds sei für jede Arztgruppe deren Anteil in Prozent an der Summe der in den beiden Kalenderjahren 1996 und 1997 verteilten Gesamtvergütung ermittelt worden. Im Dezember 1999 habe der Vorstand der Beklagten eine nachträgliche Stützung des Punktwertes für fachärztliche Internisten beschlossen. Beim Kläger habe diese Stützung eine Nachvergütung für das Quartal 2/99 in Höhe von 14.112,27 DM zur Folge gehabt, die mit dem Quartal 1/00 ausgezahlt worden sei. Auch für die Quartale 3/99 und 4/99 seien die Punktwerte der fachärztlichen Internisten gestützt worden und hätten sich dadurch im Quartal 3/99 von 4,43 DPF auf 5,41 DPF im Regionalkassenbereich und von 6,22 DPF auf 7,11 DPF im Ersatzkassenbereich erhöht. Im Quartal 4/99 sei der Punktwert bei den Regionalkassen von 4,7 DPF auf 5,78 DPF und bei den Ersatzkassen von 6,12 DPF auf 7,10 DPF angestiegen. Im Quartal 1/00 sei das Honorar des Klägers bei 1.433 Fällen wieder auf 156.797,44 DM angestiegen. Ferner hat die Beklagte auf Aufforderung des SG Zahlen vorgelegt. Danach hat in der Zeit vom 3. Quartal 1997 bis 4. Quartal 1999 die Anzahl der fachärztlichen Internisten von ca. 1.000 auf knapp 1.200 zugenommen (+ 184). Davon seien 41 auf Fachgebietswechsler vom hausärztlichen zum fachärztlichen Internisten entfallen. Der Großteil seien 107 Neuzulassungen gewesen. Der durchschnittliche Versorgungsgrad liege bei 117 %. In den unterversorgten Gebieten sei keine nennenswerte Arztzahlsteigerung eingetreten, doch sei es schwierig, genaue Zahlen zu nennen, weil bis 2001 in der Bedarfsplanung des Landesausschusses kein Unterschied zwischen fachärztlichen und hausärztlichen Internisten gemacht worden sei. Bei der Beurteilung der Honorarsituation sei zu berücksichtigen, dass die fachärztlichen Internisten nicht nach dem EBM budgetiert gewesen seien und außerdem zunehmend von gesamtvertraglich vereinbarten Strukturförderungen profitiert hätten. Generell habe sich die Honorarsituation der Vertragsärzte durch gesetzgeberische Maßnahmen im Jahr 1999 verschlechtert.

Dazu hat sich auch die Klägerseite nochmals geäußert und einen durchschnittlichen Umsatzverlust von 12 % im Jahr 1999 gegen- über dem Jahr 1998 geltend gemacht. Tiefpunkt sei das Quartal 2/99 mit nur ca. 88.400,00 DM gewesen gegenüber circa 153.000,00 DM im Quartal 4/98. Der Rückgang sei durch die Zunahme der Arztzahl bedingt, von einer Stützung durch den Vorstand könne eigentlich nicht die Rede sein, denn die Beklagte habe zunächst den Anteil der fachärztlichen Internisten an der Gesamtvergütung um die dieser Arztgruppe zufließenden Strukturvertragsleistungen reduziert und diese Reduktion später rückgängig gemacht.

Das SG hat mit Urteil vom 20. Mai 2003 die Honorarbescheide betreffend die Quartale 1 bis 4/99 in der Gestalt der jeweiligen Widerspruchsbescheide aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, über die Widersprüche gegen die Honorarbescheide unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden. In der Begründung führte es aus, der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit sei verletzt. Bei der Arztgruppe der fachärztlichen Internisten hätte sich gegenüber den verdurchschnittlichten Verhältnissen im Vergleichszeitraum die Gesamtmenge an abgerechneten und anerkannten Leistungspunkten so erhöht, dass der Punktwert gegenüber dem rechnerischen Durchschnittspunktwert aller Arztgruppen um 35 bis 40 % im Regionalkassenbereich (in den Quartalen 2 bis 4/99) sowie 25 bis 30 % im Ersatzkassenbereich abgesunken sei. Auch nach der Stützung verbleibe ein Absinken von 25 % bei den Regionalkassen bzw. 17 % bei den Ersatzkassen. Auch gegenüber den Quartalen des Jahres 1998 sei ein erheblicher Rückgang der Honorare der fachärztlichen Internisten zu beobachten. Das SG sei der Ursache der massiven Leistungsmengensteigerung bei den fachärztlichen Internisten gegenüber dem Anknüpfungszeitraum nachgegangen. Dabei habe es festgestellt, dass der Fallwert in Punkten nahezu konstant bei 2.000 Punkten liege. Leistungsverschiebungen zwischen fachärztlichen Internisten und hausärztlichen Internisten seien nicht zu beobachten. Seit dem Beginn des Anknüpfungszeitraums (1/96) und dem 2. Quartal 1999 habe die Anzahl der fachärztlichen Internisten um mehr als 50 % zugenommen. Im Jahre 1996 sei sie um 20 % gestiegen, 1997 nahezu konstant gewesen und 1998 um weitere 30 % gestiegen. Dem stehe ein Rückgang bei den hausärztlichen Internisten um ca. 10 % gegenüber. Höhere Arztzahlen einer Arztgruppe erforderten zwar für sich genommen keinen höheren Gesamtvergütungsanteil. Anders sei es aber, wenn die Patienten zuvor nicht ausreichend versorgt waren. Das sei hier in ländlichen Gebieten zum Teil der Fall gewesen. Bei Arztgruppen, die der Bedarfsplanung unterlägen, könne regelmäßig eine bedarfsentsprechende Unterlegung der Mengenentwicklung

zumindest dann angenommen werden, wenn die Planungsbereiche einen niedrigen Versorgungsgrad aufwiesen, weil dann auf einen partiellen Ausgleich einer Unterversorgung zu schließen sei, oder wenn eine Sperrung vorliege, weil dann eine Arztzahlerhöhung häufig auf notwendigen Sonderbedarfszulassungen oder Ermächtigungen beruhen werde. Hier gehe die Kammer von einer überwiegend bedarfsentsprechenden Unterlegung der mit der Arztzahlsteigerung verbundenen Mengenausweitung aus. Sie überlasse dies aus den konstanten Praxisfallwerten und Praxisfallzahlen der fachärztlichen Internisten. Zwar sei eine getrennte Bedarfsplanung für die fachärztlichen Internisten erst mit Beschluss des Landesausschusses vom 16. Mai 2001 vorgenommen worden. Zuvor seien hausärztliche und fachärztliche Internisten bei der Feststellung des Versorgungsgrades zusammengefasst gewesen. Dennoch sei es zu einer Steigerung fachinternistischer Teilnehmerzahlen gekommen. Aus der von der Beklagten übersandten Statistik (1997 bis 1999) ergebe sich für das Jahr 1997 kein einheitliches Bild. Während städtische Gebiete sich als überversorgt darstellten, hätten ländliche Planungsbereiche Versorgungsgrade von 80 % und weniger aufgewiesen. Auch in diesen Gebieten schienen Neuzulassungen erfolgt zu sein. Die Kammer gehe davon aus, dass diese Entwicklung auch für den Vergleich der Jahre 1996 und 1997 zutreffe. Im Übrigen sei die Trennung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Versorgungsbereich zum Ablauf des Jahres 1995 noch nicht abgeschlossen gewesen. Nach § 10 des Hausarztvertrages hätten Fachärzte für innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung sowohl an der hausärztlichen als auch an der fachärztlichen Versorgung teilgenommen. Hausärztliche Internisten hätten gemäß § 9 Hausarztvertrag auch nach 1995 noch fachärztliche Leistungen erbringen dürfen, soweit sie diese schon vor dem 1. Januar 1994 abgerechnet hätten. Es hätte deshalb auch noch nach dem 31. Dezember 1995 zu einer Steigerung des Patientenaufkommens kommen müssen, die durch die steigenden Arztzahlen aufgefangen werden konnte. Damit erweise sich die Anknüpfung der Aufteilung der Gesamtvergütungsvolumina anhand der Anteile des Durchschnitts der Quartale 1/96 bis 4/97 als unrechtmäßig. Die fachärztlichen Internisten hätten wegen des erheblichen und kontinuierlichen Patientenzuwachses, dem im Rahmen der Neuzulassung habe entsprochen werden können, und der eine gerechtfertigte Mengenausweitung zur Folge gehabt habe, nicht gleich den anderen Arztgruppen behandelt werden dürfen. Abgesehen von der Entwicklung bei den fachärztlichen Internisten hätten die übrigen Arztgruppen kaum auffällige Schwankungen aufgewiesen. Insofern liege eine ungerechtfertigte Gleichbehandlung vor. In Abwägung mit Gründen der Verwaltungspraktikabilität und der sicheren Berechenbarkeit der Gesamtvergütungsanteile könne die Kammer nur eine Anknüpfung tolerieren, die nicht weiter als zwei Jahre vom Honorarquartal zurückreiche. Hinsichtlich der Honorierung des 2. Quartals 1999 habe die Beklagte jedoch über das 2. Quartal 1997 hinaus an die damalige Leistungsstruktur der Arztgruppen zueinander angeknüpft, indem sie auch die Quartale des Jahres 1996 mit erfasst habe. Als eine wesentliche Änderung gegenüber dem Anknüpfungszeitraum sei es anzusehen, wenn sich das Patientenaufkommen einer Arztgruppe um mindestens +/- 10 % im Vergleich zum Ausgangsquartal verändert habe, und sich entsprechende Entwicklungen bei den anderen Arztgruppen nicht ergeben hätten (BSG vom 07.02.1996, Az.: 6 RKa 84/95). Diese Entwicklung sei nicht nur im Rahmen einer nachgängigen Beobachtungs- und Reaktionspflicht zu prüfen, denn die Entwicklung der Arzt- und Patientenzahlen sei bereits zum Zeitpunkt der Beschlussfassung des HVM für 1999 bekannt gewesen. Der HVM müsse deshalb entsprechend geändert werden. Dabei müsse allerdings nicht die Aufteilung insgesamt geändert werden. Vielmehr genüge die Schaffung einer Ausnahme- und Stützungsregelung, die im Verhältnis der Arztgruppen zueinander gerechtere Verhältnisse herstelle. Soweit das Patientenaufkommen sich nach dem Anknüpfungszeitraum geändert habe, komme eine nachträgliche Prüfung im Rahmen der Beobachtungs- und Reaktionspflicht in Betracht. Eine Korrektur könne auch nicht aufgrund der Teilnahme fachärztlicher Internisten am sogenannten Strukturvertrag unterbleiben. Nicht alle fachärztlichen Internisten nähmen an Strukturverträgen teil. Diese wiederum partizipierten unterschiedlich daran. Der Hinweis der Beklagten auf die im Dezember 1999 für die streitbefangenen Quartale zusätzlich bewilligten Honorare könne nicht zu einer Abweisung der Klage führen. Die Beklagte habe das exakte Stützungsvolumen der Höhe nach nicht angegeben. Die Kammer könne deshalb nicht sicher bestimmen, ob es quasi zufällig das erforderliche Korrekturvolumen erreiche. Bezüglich der Fallzahlbeschränkung müsse ein gewisses Maß an Fallzahlsteigerungen, das die Kammer mit 3 % pro Jahr annehme, von jeglicher Fallzahlbegrenzung frei bleiben.

Gegen das ihr am 21. Oktober 2003 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 7. November 2003 Berufung eingelegt und diese mit Schriftsatz vom 13. September 2004 umfangreich begründet. Das BSG habe es in verschiedenen Entscheidungen für zulässig erachtet, in Honorarverteilungsmaßstäben gesonderte feste Honorarkontingente für einzelne Arztgruppen, Versorgungsgebiete oder Leistungsbereiche zu bilden, wenn damit sachlich begründete Steuerungszwecke verbunden seien. Auch das Gesetz räume in [§ 85 Abs.4 Satz 5 SGB V](#) in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 die Möglichkeit ein, eine nach Arztgruppen oder Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung der Vergütung vorzusehen. Demnach sei es grundsätzlich zulässig, im HVM gesonderte Honorartöpfe für verschiedene Fachgruppen zu bilden, um Vorsorge dagegen zu treffen, dass durch eine unterschiedliche Mengendynamik in den einzelnen Fachgruppen das Honorargefüge ungerechtfertigt zugunsten einzelner und zum Nachteil anderer Arztgruppen verändert werde. Die fachgruppenbezogene Kontingentierung des Honorarvolumens diene auch dem legitimen Zweck, Anreize für eine medizinisch nicht indizierte Mengenausweitung zu begrenzen. Das Absinken des Punktwertes bei den fachärztlichen Internisten erweise sich gemessen an der beschriebenen Zielsetzung nicht als unverhältnismäßig. Es dürfe nicht außer Betracht gelassen werden, dass diese Arztgruppe nicht den sehr einschneidenden Regelungen der EBM-Praxis- und Zusatzbudgets unterliege. Darüber hinaus profitiere die Gruppe der fachärztlichen Internisten im wachsenden Umfang an der strukturvertraglichen Förderung spezieller fachärztlicher internistischer Leistungen, die mit festem Punktwert bezahlt würden, so dass das Absinken des floatenden Punktwertes bei den restlichen Leistungen nur eingeschränkter Einfluss auf die Honorarentwicklung der fachärztlichen Internisten habe. Die Vertreterversammlung der Beklagten habe am 20. Februar 1999 einen neuen HVM für die Zeit ab 1. April 1999 beschlossen, indem die bisherigen Honorarfonds "Restliche Leistungen" für budgetierte Arztgruppen und für unbudgetierte Arztgruppen aufgelöst und durch arztgruppenspezifische Honorarfonds ersetzt worden seien, für die keine gegenseitigen Stützungsmaßnahmen vorgesehen waren. Zur Stabilisierung des floatenden Punktwertes seien u.a. bei den fachärztlichen Internisten neben der Begrenzung der ambulanten Fallzahl Mengenbegrenzungsregelungen in den HVM aufgenommen worden. Die Anteilsberechnung der Fachgruppentöpfe sei - entsprechend einem Konsens zwischen Haus- und Fachärzten - nicht mehr auf der Basis des Quartals 4/96, wie im HVM für das Quartal 1/99, sondern auf der Basis des Durchschnitts der Kalenderjahre 1996 und 1997 erfolgt. Das stelle die Honorarverteilung auf eine breitere, repräsentativere Basis und bilde damit die Honorarentwicklung besser ab. Gegenüber 4/96 als Basisquartal, sei auch eine stärkere Zeitnähe zum 1. Geltungsquartal 2/99 des neuen HVM erreicht worden. Eine Einbeziehung auch des Jahres 1998 sei unterblieben, weil bei der Beschlussfassung die Daten nur zum Teil vorgelegen hätten. Die Beklagte habe nicht dadurch gegen den Grundsatz der Verteilungsgerechtigkeit verstoßen, dass sie die Zunahme der Zahl der fachärztlichen Internisten seit dem Aufsetzzeitraum in ihrem HVM nicht berücksichtigt habe. Der Arztzahlzuwachs sei kein ausschlaggebendes Kriterium bei der Bildung von Honorarfonds, da sich durch die Zulassung weiterer Ärzte nicht die Morbidität der Versicherten verändere, sodass weitere Zulassungen für sich allein eine Leistungsmengenausweitung nicht zu erklären vermöchten. Zudem sei in Ziffer 2.8.3 Buchst. c der Anlagen 1 und 2 zum HVM eine besondere Regelung in der Weise getroffen worden, dass bei jedem Versorgungsbereichswechsel zwischen hausärztlichen und fachärztlichen Internisten ab 1/98 ein Ausgleich zwischen den betroffenen Honorarkontingenten in Höhe des bereinigten Quartalsdurchschnittshonorars der Fachgebietsgruppe der Internisten (haus- und fachärztliche Internisten zusammen) aus den Quartalen

1/96 bis einschließlich 4/97 erfolgt sei. Die Beklagte sei auch ihrer Beobachtungs- und Reaktionspflicht nachgekommen und habe Korrekturen vorgenommen, soweit dies erforderlich war. Nach bekannt werden der Abrechnungsergebnisse für das Quartal 2/99 sei die Honorarsituation der fachärztlichen Internisten in der Vertreterversammlung am 22. November 1999 sehr eingehend diskutiert worden. Die Vertreterversammlung habe der Absicht des Vorstands, den Punktwert der fachärztlichen Internisten zeitnah zu stützen, zugestimmt. Daraufhin habe der Vorstand eine Aufstockung des Finanzvolumens beschlossen. Für das Quartal 2/99 habe der gestützte Punktwert nicht mehr unmittelbar an die Ärzte ausgezahlt werden können, so dass die Differenz später nachvergütet worden sei. Beim Kläger seien es 14.112,28 DM gewesen. In den Quartalen 3/99 und 4/99 seien bereits die gestützten Punktwerte voll ausgezahlt worden. Mit Wirkung vom 1. Januar 2000 sei eine Vorstandsermächtigung zur Stützung der Punktwerte derjenigen Fachgruppen in den HVM aufgenommen worden, deren Punktwert 85 % des durchschnittlichen fachärztlichen Punktwertes unterschritt (Anlage 1 B 5. letzter Absatz HVM 1/00). Es sei nicht nachvollziehbar, warum das SG die Stützung bei seinen Betrachtungen unberücksichtigt lassen wolle. Es sei auch nicht nachvollziehbar, warum es der Beklagten verwehrt sein solle, ihrer Beobachtungs- und Reaktionspflicht nachzukommen. Der in diesem Zusammenhang erhobene Vorwurf, die Beklagte habe gegen ein sicheres Wissen über die künftige Honorarentwicklung bei der Schaffung des HVM gehandelt und damit willentlich den Punktwertverfall herbeigeführt, sei völlig abwegig. In Anbetracht der kurzfristig geänderten gesetzlichen Rahmenbedingungen habe eine große Unsicherheit darüber bestanden, wie sich die Vergütungssituation der Fachärzte tatsächlich entwickeln würde. Deshalb seien Schutzmechanismen, insbesondere die arztgruppenspezifischen Honorarfonds in die Honorarverteilung integriert worden. Das Stützungsvolumen zu Gunsten der Fachärztlichen Internisten habe im Quartal 2/99 insgesamt 6.469.250,12 DM, in 3/99 6.944.029,63 DM und im Quartal 4/99 8.445.232,40 DM betragen. Hätte man nur den gegenüber anderen Fachgruppen überdurchschnittlichen prozentualen Arztzahlzuwachs bei den fachärztlichen Internisten berücksichtigt, was im Sinne des SG wohl sachgerechter gewesen wäre, wäre das Stützungsvolumen niedriger gewesen. Damit sei der Anstieg der Arztzahlen bei den fachärztlichen Internisten ausreichend ausgeglichen worden. Die Fallzahlbegrenzung, die im Quartal 3/99 beim Kläger zur Anwendung gekommen sei, habe dieser nicht angefochten. Im Übrigen habe sie nur drei Fälle betroffen.

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts München vom 20. Mai 2003 auf- zuheben und die Klagen abzuweisen.

Der Kläger beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Die Klägerseite verweist zur Begründung ihres Antrags auf die Punktwerte in den Quartalen 2 bis 4/99. Auch im Laborbereich liege eine extreme Ungleichbehandlung vor. Internisten erhielten für Laborleistungen nach Abschnitt O I bis O III 2,93 DPF (EK) und 3,90 DPF (RK), während die Laborärzte für die gleichen Leistungen 5,28 DPF und 6,66 DPF erhielten. Die ärztlichen Leistungen im organisierten Notfalldienst seien dem jeweiligen Fachgruppentopf zugeordnet worden und würden mit den sich dort ergebenden Punktwerten vergütet. In dem niedrigen Auszahlungspunktwert für fachärztliche Internisten liege eine nicht mit [Art.3 Abs.1 GG](#) zu vereinbarende Ungleichbehandlung vor. Gesetzliche oder Vorgaben des EBM, die dies rechtfertigten, lägen nicht vor. Es gebe keine selbst verschuldete Mengenausweitung der fachärztlichen Internisten. Zudem käme eine selbst verantwortete Mengenausweitung einer Arztgruppe einer Sippenhaft gleich. Eine ungerechtfertigte Mengenausweitung könne immer nur von einem einzelnen Vertragsarzt ausgehen. Die Heranziehung der Basisjahre 1996 und 1997 sei nicht sachgerecht, weil sich der Bedarf seitdem signifikant verändert habe. Wie das SG zutreffend ermittelt habe, sei die Anzahl der fachinternistischen Vertragsärzte um mehr als 50 % seit 1996 angestiegen. Spiegelbildlich dazu habe sich die größere Gruppe der hausärztlichen Internisten um 10 % verringert. Bei den fachärztlichen Internisten seien beträchtliche Anteile an Sonderbedarfszulassungen enthalten. Der Ausgleich nach Anlage 1 B 2.8.3 c beim Wechsel vom hausärztlichen in den fachärztlichen internistischen Versorgungsbereich sei nicht ausreichend. Schließlich sei auch die Fallzahlbegrenzung nach Anlage 1 B Ziffer 3.9.1 für fachärztliche Internisten rechtswidrig. Die den individuellen Schwellenwert überschreitenden Leistungen würden nach Ziffer 3.9.1.2 nicht vergütet. Dafür biete [§ 85 Abs.4 SGB V](#) keine Ermächtigungsgrundlage. Der HVM verstoße auch gegen [Art.12 Abs.1 GG](#). Vertragsärzte übten ihre Tätigkeit als freien Beruf aus. Der Freiberufler müsse infolge eigener Anstrengung mehr als seine Konkurrenten erwirtschaften können. Ziffer 3.9.1.2 gewährleiste demgegenüber ein Festhonorar, das theoretisch bei gleicher Praxisausstattung und voller Auslastung bei allen Angehörigen einer betroffenen Fachgruppe gleich sein müsste, wenn der Schwellenwert des Arztes erreicht sei. Eine Fallzahlsteigerung sei nicht möglich. Die Aufstockung des Finanzvolumens im Dezember 1999 sei mit [§ 85 Abs.4 Satz 2 SGB V](#) nicht vereinbar. Der Vorstand allein sei zu einer Entscheidung betreffend die Verteilung der Gesamtvergütung nicht legitimiert. Es sei nicht auszuschließen, dass bei einer Korrektur durch die Vertreterversammlung eine andere, den Kläger mehr begünstigende Subventionsmaßnahme getroffen worden wäre. Zudem fehle es am Benehmen mit den Krankenkassen.

Dem Senat liegen die Akten der Beklagten, des SG München mit den Az.: [S 42 KA 2842/00](#), [S 42 KA 8627/00](#), [S 42 KA 8002/00](#) und [S 42 KA 8003/00](#) vor sowie die Berufungsakten mit den Az.: [L 12 KA 166/03](#), [L 12 KA 579/04](#), [L 12 KA 580/04](#) und [L 12 KA 581/04](#), die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren Inhalt ergänzend Bezug genommen wird. Der Senat hat die vom SG verbundenen Klageverfahren betreffend die Quartale 1 bis 4/99 getrennt und die Quartale 2 bis 4/99 wieder zusammengefasst. Letztere sind Gegenstand der vorliegenden Entscheidung.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 143](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte, form- und fristgerecht eingelegte ([§ 151 Abs.1 SGG](#)) Berufung ist zulässig und begründet. Anders als das Sozialgericht vermag der Senat eine Rechtswidrigkeit des in den streitgegenständlichen Quartalen 2 bis 4/99 geltenden Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) der Beklagten und der darauf beruhenden Honorarbescheide des Klägers nicht zu erkennen.

Nach [§ 85 Abs.4 SGB V](#) in der im streitgegenständlichen Zeitraum geltenden Fassung des Solidaritätsstärkungsgesetzes (GKV-SolG) vom 19. Dezember 1998 ([BGBl.I S.3853](#)) oblag es der Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV), die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung ([§ 85 Abs.1 S.1 SGB V](#)) entrichtete Gesamtvergütung nach Maßgabe ihres im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten HVM an die Vertragsärzte zu verteilen. Der in den streitgegenständlichen Quartalen geltende HVM der Beklagten sah in Abschnitt B Anlage 1 (betrifft die Verteilung der von den Regionalkassen gezahlten Gesamtvergütung) bzw. Anlage 2 (Honorarverteilung Ersatzkassen) Buchstabe B Ziffer 2. vor, dass die von den Kassen pauschal bezahlten Gesamtvergütungsanteile auf eine Reihe von Honorarfonds verteilt wurde: - Honorarfonds "Psychotherapeutische Leistungen" - Honorarfonds "Fremdärzte" - Honorarfonds "Belegärztliche Leistungen" - Honorarfonds "Ambulantes Operieren" - Honorarfonds "Laborleistungen" (nur im Quartal 2/99) - Honorarfonds "Praxisnetze" - Honorarfonds "Notarztendienst" - Honorarfonds "Notfalldienst-Sicherstellungsfond" - Honorarfonds "Sonstige Leistungen" (Abschnitt B Anlage 1 bzw. Anlage 2 B 2.0 bis 2.8).

Der weitaus größte dieser Honorarfonds war der zuletzt genannte Fonds "Sonstige Leistungen", der den Betrag enthielt, der von der von den Krankenkassen gezahlten Gesamtvergütung nach Füllung der vorhergehenden Honorarfonds verblieb (Anlage 1 bzw. 2, B 2.8.1). Dieser Honorarfonds wurde gemäß Ziffer 2.8.2, a.a.O., wiederum aufgeteilt in arztgruppenspezifische Honorarfonds, die sich aus dem Anhang 1 zu Anlage 1 bzw. 2 ergaben. Dort finden sich u.a. die Honorarfonds "Hausärzte" und "fachärztliche Internisten".

Maßgeblich für den Punktwert, mit dem die Leistungen der einzelnen Vertragsärzte vergütet wurden, war einerseits die Befüllung ihres arztgruppenspezifischen Honorarfonds und andererseits die aus diesem Topf zu vergütende Gesamtmenge der von der Arztgruppe abgerechneten Punkte. Die Anteile an der Gesamtvergütung für die Honorarfonds nach Anhang 1 zu den Anlagen 1 und 2, also für die Arztgruppentöpfe, wurden in den streitgegenständlichen Quartalen in der Weise berechnet, dass für jede Arztgruppe, deren Anteil in Prozent an der Summe der in den Kalenderjahren 1996 und 1997 verteilten Gesamtvergütung ermittelt wurde, (bereinigt um die von den Krankenkassen außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung nach Einzelleistung vergüteten Leistungen sowie um die Zahlungen für psychotherapeutische Leistungen, Fremddärzte, belegärztliche Leistungen, ambulantes Operieren, Laborleistungen - nur in 2/99 - und Notarztdienst). Sodann wurde jeder arztgruppenspezifische Honorarfonds mit dem Anteil an dem für sonstige Leistungen zur Verfügung stehenden Betrag gefüllt, der dem vorgenannten prozentualen Anteil in den Jahren 1996 bis 1997 entsprach (Abschnitt B Anlagen 1 und 2, B 2.8.3 a und b). Außerdem erfolgte bei jedem Versorgungsbereichswechsel von Internisten ab 1/98 von dem hausärztlichen in den fachinternistischen Bereich oder umgekehrt ein Ausgleich zwischen den betroffenen Honorarkontingenten in Höhe des bereinigten Quartalsdurchschnittshonorars der Fachgebietsgruppe der Internisten (haus- und fachärztliche Internisten zusammengenommen) aus den Quartalen 1/96 bis einschließlich 4/97 (B 2.8.3 c).

Diese Vorgehensweise bei der Honorarverteilung ist rechtlich nicht zu beanstanden. Nach [§ 85 Abs.4 S.3 SGB V](#) sind bei der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zugrunde zu legen. An dieser gesetzlichen Vorgabe sowie an dem aus Art.12 in Verbindung mit [Art.3 Abs.1 GG](#) von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) abgeleiteten Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit sind die Honorarverteilungsregelungen der KÄVen zu messen (vgl. BSG SozR 3-2500, § 85 Nr.10, Nr.11, Nr.12, Nr.16, Nr.24, Nr.26, Nr.38, Nr.47; SozR 4-2500§ 85 Nr.12). Die Bildung von gesonderten Honorarfonds der oben dargestellten Art ist mit diesen gesetzlichen Vorgaben vereinbar. Zwar sind nach [§ 85 Abs.4 S.3 SGB V](#) die Leistungen grundsätzlich mit einem gleichen Punktwert zu vergüten, was wenn die Vergütung aus verschiedenen Fonds erfolgt oftmals nicht der Fall sein wird. Gleichwohl hat es das BSG in ständiger Rechtsprechung für zulässig erachtet, die zur Verteilung anstehende Gesamtvergütung auf verschiedene Honorarkontingente ("Töpfe") zu verteilen. Dabei ist es insbesondere zulässig, arztgruppenbezogene Töpfe zu bilden, wie dies in dem hier streitgegenständlichen HVM der Beklagten aus dem Jahr 1999 der Fall ist (vgl. BSG in SozR 3-2500, § 85 Nr.4 S.25; Nr.11 S.68; Nr.26 S.183; Nr.38 S.311; [SozR 3-2500 § 87 Nr.23](#) S.124), obgleich dies dazu führen kann, dass die von den verschiedenen Arztgruppen erwirtschafteten Punkte nicht mit dem gleichen Punktwert vergütet werden, wenn damit erreicht werden soll, dass sich ein Mengenwachstum bzw. eine medizinisch nicht gerechtfertigte Mengenausweitung in einzelnen Fachgebieten nicht zwangsläufig für alle Ärzte auswirkt bzw. umgekehrt, dass einzelne Arztgruppen nicht durch eine allgemeine Leistungsmengenzunahme nur mehr einen ruinös niedrigen Punktwert erhalten (vgl. z.B. BSG in [SozR 4-2500 § 85 Nr.5](#), Nr.9, Nr.12). [§ 85 Abs.4 Satz 8 SGB V](#) in der damals geltenden Fassung ließ eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung der Gesamtvergütung ausdrücklich zu. Vor diesem Hintergrund kann hingenommen werden, dass ärztliche Leistungen unterschiedlich vergütet werden, wenn sie von Ärzten verschiedener Fachrichtungen erbracht werden.

Der Kläger ist der Meinung, dass das Kontingent der fachärztlichen Internisten, aus dem er vergütet wird, zu gering bemessen sei. Insbesondere beanstandet er, dass zur Berechnung der Gesamtvergütungsanteile für die streitgegenständlichen Quartale an den Zweijahreszeitraum vom 1. Quartal 1996 bis zum 4. Quartal 1997 angeknüpft wurde. Der Senat hat - wie übrigens auch das SG - keine grundsätzlichen Bedenken dagegen, dass sich die Beklagte bei der Befüllung der Honorarkontingente nicht wie zumeist an nur einem Quartal (z.B. dem entsprechenden Vorjahresquartal) orientiert hat, sondern einen längeren Zeitraum herangezogen hat. Diese Vorgehensweise hat der Senat bereits in seinem (rechtskräftigen) Urteil vom 8. Juni 2005 (Az.: [L 12 KA 120/02](#)), bei dem es u.a. um die Befüllung des Radiologentopfes ging, gebilligt. Für die Anknüpfung an diesen insgesamt längeren Zeitraum spricht zum einen, dass sich dadurch eine breitere Datenbasis ergibt, womit die Gefahr der Zufälligkeit bei Abstellen auf nur ein Bezugsquartal verringert wird. Hinzu kommt, dass in den Jahren 1996 und 1997 im Hinblick auf den zum 01.01.1996 neu eingeführten EBM, den gescheiterten Versuch einer rückwirkenden Budgetierung (vgl. BSG Urteil vom 17. September 1997, Az.: [6 RKA 36/97](#) = SozR 3-2500, § 87 Nr.18) und die Einführung der Praxisbudgets ab dem 3. Quartal 1997 erhebliche Unklarheiten und damit verbundene Schwankungen aufgetreten sind. Die KÄVen haben bei der Ausformung des HVM grundsätzlich einen weiten Gestaltungsspielraum, der es ihnen erlaubt, sich bei der Befüllung der einzelnen Honorarfonds an früheren Zeiträumen, z.B. am jeweiligen Vorjahresquartal zu orientieren (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr.48](#) S.409 m.w.N.; [SozR 4-2500 § 85 Nr.5](#); BSG BSG vom 20. Oktober 2004, Az.: [B 6 KA 30/03 R](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr.12](#)). In dem zuletzt genannten Urteil hatte das BSG keine Bedenken gegen eine Orientierung bei der Topffüllung an den ersten zwei Quartalen des Jahres 1996. Bedenkt man, dass dies die ersten zwei Quartale nach Einführung des neuen EBM 96 waren mit erheblichen Anlaufschwierigkeiten, so erscheint es um so weniger problematisch, wenn die Beklagte im vorliegenden Fall das vollständige Jahr 1996 und dazu das Jahr 1997 der Aufteilung der Gesamtvergütung auf die Honorarkontingente zugrunde gelegt hat.

Ein Miteinbeziehen des Jahres 1998 oder ein Abstellen allein auf ein oder mehrere Quartale aus 1998 war nach den von Klägerseite nicht in Frage gestellten und vom Senat als glaubhaft betrachteten Angaben der Beklagten deswegen nicht möglich, weil bei Beschlussfassung durch die Vertreterversammlung am 22.02.1999 noch keine endgültigen Abrechnungen für dieses Jahr vorlagen. Der Senat vermag sich auch nicht der Forderung des SG anzuschließen, wonach ein Anknüpfen an einen mehr als zwei Jahre zurückliegenden Bezugszeitraum generell unzulässig sein soll bzw. aus Sicherheitsgründen die Einfügung von Zusatzregelungen erfordert. Abgesehen davon, dass zwischen dem Ende des Bezugszeitraums und den hier streitgegenständlichen Quartalen keine zwei Jahre liegen, ist es insbesondere zur Umsetzung der vom Gesetzgeber eingeführten Limitierung der Gesamtvergütung mit dem Ziel der Kostendämpfung durch die Begrenzung medizinischer Leistungen durchaus sachgerecht, auf einen länger zurückliegenden Zeitraum (in dem die tendenziell ansteigende Leistungsmenge noch geringer war) anzuknüpfen.

Richtig ist allerdings, dass bei jeder Honorarverteilung, die sich an dem Leistungsumfang in einem früheren Zeitraum orientiert, darauf zu achten ist, dass sich zwischenzeitlich die Verhältnisse nicht zu Lasten einer oder mehrerer Arztgruppen so gravierend geändert haben, dass eine Anknüpfung mit dem aus Art.3 i.V.m. [Art.12 GG](#) abzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit unvereinbar wäre. Diesen Tatbestand sieht das SG vorliegend dadurch erfüllt, dass seit dem Beginn des Anknüpfungszeitraumes (1. Quartal 1996) bis zu den streitigen Quartalen die Anzahl der fachärztlichen Internisten um annähernd 50 % zugenommen habe. Dieser Gesichtspunkt relativiert sich

jedoch schon dadurch, dass der erste größere Anstieg bereits während des Bezugszeitraums erfolgte. So stieg die Anzahl der fachärztlichen Internisten von 745 im Quartal 3/96 auf 922 in 4/96. Durchschnittlich waren es in den acht Quartalen der Jahre 1996 und 1997 874 fachärztliche Internisten, und im 4. Quartal 1999 1147, was einer Zunahme um gerundet 31% entspricht. Zieht man davon noch die Wechsler von den hausärztlichen Internisten zu den fachärztlichen Internisten (41) ab, für die gemäß B 2.8.3 c) der Anlagen 1 und 2 ein Ausgleich zwischen den betreffenden Honorarkontingenten erfolgt ist, reduziert sich die prozentuale Zunahme auf gerundet 27%. Bezogen allein auf die 107 Neuzulassungen (ohne Ermächtigungen und Sonderbedarfszulassungen) ergibt sich eine Zunahme von gerundet 12% (zu den Zahlenwerten vgl. Bl.52, 54, 112 der SG-Akte S 42 KA 2123/00). An dieser Stelle ist erwähnenswert, dass auch die anderen Facharztgruppen zwischen dem Bezugszeitraum und dem Quartal 4/99 um gut 6% zugenommen haben (Bl.137 der LSG-Akte [L 12 KA 581/04](#)). Zurückgegangen ist lediglich die Anzahl der Hausärzte (Bl.137 der LSG-Akte [L 12 KA 581/04](#)) und insbesondere auch der hausärztlich tätigen Internisten (Bl.112 der SG-Akte S 42 KA 2123/00).

Der Senat vermag aus dieser Entwicklung der Arztzahlen eine Rechtswidrigkeit des streitbefangenen HVM nicht abzuleiten. Im Grundsatz ist dazu zu sagen, dass die zahlenmäßige Zunahme einer Arztgruppe nicht dazu zwingt, das entsprechende Arztgruppenkontingent im gleichen Maße zu vergrößern, denn maßgeblich für die Bemessung des für die von der Arztgruppe zu erbringenden Leistungen zur Verfügung gestellten Gesamtvergütungsanteils ist nicht die Anzahl der Leistungserbringer, sondern allein der Behandlungsbedarf der Versicherten. Das SG ist davon ausgegangen, dass die Zunahme der fachärztlichen Internisten im Wesentlichen bedarfsunterlegt sei. Selbstverständlich sei dies bei ermächtigten Ärzten und bei Sonderbedarfszulassung. Die Ärzten, die zwischen dem Anknüpfungszeitraum und den streitgegenständlichen Quartalen durch Neuzulassung hinzugekommen seien, müssten sich angesichts eines Versorgungsgrads bei den Internisten von 117% bayernweit im Wesentlichen in bisher unterversorgten Gebieten niedergelassen haben. Es stützt sich dabei auf eine von der Beklagten vorgelegte Tabelle (Bl.55 SG-Akte), in der die Anzahl der zugelassenen und angestellten Internisten in Bayern in den Jahren 1997 bis 1999 nach Planungsbereichen aufgelistet ist. Daraus gehe hervor, dass es insbesondere in ländlichen Regionen durchaus Planungsbereiche gebe, die auch im Jahr 1999 noch unterversorgt waren.

Diese Argumentation hält der Senat nicht für zwingend. Denn die Aussagekraft der o.g. Tabelle leidet daran, dass eine getrennte Bedarfsplanung für hausärztliche und fachärztliche Internisten in Bayern erst im Jahr 2001 vom Landesausschuss eingeführt wurde. In der vorgenannten Aufstellung sind mithin fachärztliche und hausärztlich tätige Internisten noch nicht gesondert erfasst. Außerdem wurden die Planungsbereiche zum Jahreswechsel von 1997 auf 1998 weitgehend neu gefasst. Insbesondere wurden bisher getrennte ländliche und städtische Regionen zusammengefasst, was auch in der genannten Tabelle zum Ausdruck kommt. Betrachtet man die auf diese Weise neu gebildeten Planungsbereiche, ergibt sich dadurch, dass die meisten Ärzte in den Städten angesiedelt sind, bei den vormals rein ländlichen Planungsbereichen eine zahlenmäßig bessere Versorgung, ohne dass die Anzahl der niedergelassenen Fachinternisten auf dem Land, also in bisher unterversorgten Gebieten, tatsächlich zugenommen haben müsste. Damals wie heute müssen Patienten, die in unterversorgten (ländlichen) Gebieten leben, bei entsprechendem Bedarf einen Facharzt in der nächsten Stadt aufsuchen. Bayernweit besteht bei den Internisten eine Überversorgung (117%). Der Senat hält es auf der Grundlage der zur Verfügung stehenden Zahlen nicht für erwiesen, dass die insgesamt zu beobachtende Leistungszunahme bei den fachärztlichen Internisten zwischen 1996/1997 und 1999 in so hohem Maße bedarfsunterlegt war (mindestens zu 10%, vgl. BSG v. 7. Februar 1996, Az: [6 RKa 83/95](#), = USK 9685), dass die Beklagte bei der Festlegung des Honorarkontingentes der fachärztlichen Internisten am 22.02.1999 nicht auf die Jahre 1996/1997 hätte zurückgreifen dürfen. Insbesondere kann aus dem Umstand, dass der durchschnittliche Fallwert in Punkten bei den fachärztlichen Internisten in den fraglichen Zeiträumen im großen und ganzen stabil war, nicht auf eine bedarfsunterlegte Leistungsvermehrung geschlossen werden. Dieser Wert könnte ebenso gut mit dem Leistungsvermögen einer durchschnittlichen Fachinternistenpraxis zu tun haben. Vielmehr kann durchaus angenommen werden, was einer allgemeinen Erfahrungstatsache entspricht, dass bei einer zunehmenden Arztzahl ungeachtet der Menge der Versicherten und ihrer Morbidität auch die angeforderte Punktmenge zunimmt. Gerade dies sollte aber durch die Bildung von Honorarkontingenten und die vom Gesetzgeber vorgenommene Budgetierung der Ausgaben der Krankenkassen verhindert werden. Der Senat ist deshalb der Meinung, dass die Beklagte, indem sie auf der vorhandenen Datenbasis eine Aufstockung des Honorarkontingents der fachärztlichen Internisten zu Lasten der anderen Kontingente zunächst nicht vorgenommen hat, ihren satzungsgeberischen Ermessensspielraum nicht überschritten hat.

Der Senat hält die streitgegenständliche Regelung im HVM der Beklagten, die nur für die hier streitigen Quartale Geltung hatte, auch unter dem Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelung für hinnehmbar (vgl. BSG vom 13. November 1996, Az: [6 RKa 31/95](#), = SozR 3-2500, § 87 Nr. 15, S.60 f.; vom 31. Januar 2001, Az: [B 6 KA 13/00](#), = SozR 3-2500, § 87 Nr. 15, S.316). Die Beklagte sah sich nach ihren vom Senat nicht bezweifelten Ausführungen in der Berufungsbegründung durch die mit dem sog. "Vorschaltgesetz" vom 19.12.1998 zum 01.01.1999 mit dem Ziel der Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführten sektoralen Budgets für die ambulante ärztliche Behandlung, die stationäre Versorgung und die Arzneimittel veranlasst, die Verteilung der begrenzten Gesamtvergütung neu zu regeln. Die zwischen der Beklagten und den Regionalkassen ab Quartal 4/98 ausgehandelten Regeleistungsvolumina konnten nicht fortgeführt werden (Bl.35 LSG-Akte [L 12 KA 579/04](#)). Deshalb wurde ein neuer HVM beschlossen, und zwar zunächst ein Übergangs-HVM nur für das Quartal 1/99 (vgl. Urteil des Senats vom selben Tag, Az.: [L 12 KA 166/03](#)), später, am 20.02.1999, der hier betroffene HVM, der vom 2. bis zum 4. Quartal 1999 galt. Bei diesem handelte es sich um eine völlige Neuregelung, insbesondere insofern, als die bis dahin vorgenommene Unterteilung der sogenannten sonstigen Leistungen in ein Honorarkontingent für budgetierte Arztgruppen und eines für nicht budgetierte Arztgruppen abgeschafft wurde, und darüber hinaus auch die bis Ende 1998 bestehende gegenseitige Stützung der verschiedenen Honorartöpfe (vgl. Anl.1 B 3.5.5. HVM 4/98) entfiel. Insbesondere bei der Schaffung eines neuen HVM hat die KÄV ein weites satzungsgeberisches Ermessen.

Der relativ weiten Gestaltungsfreiheit bei Anfangs- und Erprobungsregelungen korrespondiert allerdings eine Beobachtungs- und ggf. Nachbesserungspflicht der KÄV, wenn sich im Vollzug der ursprünglich gerechtfertigten Regelung herausstellt, dass die die Norm legitimierenden Gründe weggefallen oder die Auswirkungen für einzelne betroffene Normadressaten unzumutbar geworden sind (BSG, SozR 3-2500, § 87 Nr.15, S.61; BSG vom 7.2.1996 - [6 RKa 42/95](#) - = SozR 3-2500 Nr.80/81). Der zuletzt genannte Tatbestand wurde im vorliegenden Fall von der Beklagten angesichts des Rückganges der Punktwerte der fachärztlichen Internisten von 7,29 DPf (Regionalkassen) bzw. 8,83 DPf (Ersatzkassen) im Quartal 1/98 über 6,66 DPf bzw. 8,36 DPf in 2/98, 6,61 DPf bzw. 8,27 DPf in 3/98, 8,3 DPf bzw. 8,32 DPf in 4/98 (hier galten Regelleistungsvolumina), 5,7 DPf bzw. 6,7 DPf in 1/99 auf 4,42 DPf bzw. 6,28 DPf im Quartal 2/99 (vgl. klägerischen Schriftsatz vom 04.12.02, Bl. 62 SG-Akte [S 42 KA 2842/00](#)) erkannt und darauf reagiert. Unmittelbar nach Vorliegen der Quartalsabrechnung 2/99 hat der Vorstand der Beklagten der Vertreterversammlung einen Vorschlag zur Stützung des erkennbar massiv abgesunkenen Punktwertes der fachärztlichen Internisten vorgeschlagen. Dem wurde von der Vertreterversammlung zugestimmt (vgl.

Wortprotokoll der Vertreterversammlung vom 20. November 1999, Bl.84 ff. der Berufungsakte [L 12 KA 579/04](#)). Zwar ist der Klägerseite darin Recht zu geben darin, dass ein HVM und damit auch gravierende Änderungen eines HVM grundsätzlich nur im Benehmen mit den Krankenkassen beschlossen werden konnte. Ein solches Benehmen wurde bei der nachträglichen Aufstockung des Fachinternistentopfes nicht herbeigeführt. Gleichwohl kann sich der Kläger darauf nicht berufen, denn die Stützung ist nur zu seinen Gunsten erfolgt. Er ist dadurch nicht belastet (vgl. BSG vom 09.12.4004, SozR 4-2500 § 72 RdNr 72 m.w.N.). Hinzu kommt, dass die Beklagten auch im Hinblick auf den allgemeinen Sicherstellungsauftrag ([§ 72 SGB V](#)) gehalten war, im Hinblick auf die bei den fachärztlich-internistischen Praxen auftretenden Honorarereinbußen sofort zu handeln, um deren Zahlungsunfähigkeit und damit evtl. auftretenden Versorgungslücken vorzubeugen. Nach der Stützung belief sich der Punktwert für 2/99 auf 5,28 DPF bzw. 7,07 DPF. Das zusätzliche Honorar wurde mit dem Honorarbescheid für das Quartal 2/00 nachgezahlt. Für die Folgequartale 3/99 und 4/99 lagen die gestützten Punktwerte bei 5,41 DPF bzw. 7,11 DPF und 5,78 DPF bzw. 7,1 DPF. Im hier nicht streitgegenständlichen 1. Quartal 2000 stieg der Punktwert der fachärztlichen Internisten auf der Grundlage eines teilweise geänderten HVM, im Regionalkassenbereich weiter an auf 6,05 DPF. Auch das Honorar des Klägers war mit 156.797,44 DM deutlich höher (vgl. Honorarbescheid vom 14.08.00, Bl.81 der Berufungsakte [L 12 KA 579/04](#)) als im Vorquartal 4/99 (132.386,94 DM).

Damit stellt sich die Frage, ob die Honorarbescheide der Quartale 2 - 4/99 auf der Grundlage der gestützten Punktwerte mit höherrangigem Recht vereinbar sind, genauer gesagt, ob die gestützten Punktwerte unter dem Gesichtspunkt der Honorarverteilungsgerechtigkeit hinnehmbar sind. Dies ist nach der Auffassung des Senats der Fall. Vergleicht man die Punktwerte mit denen die Leistungen aus den verschiedenen Honorarkontingenten vergütet wurden ergibt sich folgendes Bild: Im Quartal 2/99 lagen die gestützten Punktwerte der fachärztlichen Internisten bei 5,28 DPF im Regionalkassenbereich bzw. 7,07 DPF im Ersatzkassenbereich (s.o.). Der durchschnittliche Punktwert aller Ärzte in Bayern lag bei 6,8381 DPF bei den Regionalkassen und 8,5231 DPF bei den Ersatzkassen. Für die Fachärzte (ohne Hausärzte) ergaben sich Punktwerte von 5,9096 (Regionalkassen) bzw. 7,7904 DPF (Ersatzkassen). Die fachärztlichen Internisten blieben demnach um 10,65 % bzw. 9,25 % hinter dem zuletzt genannten durchschnittlichen Punktwert aller Fachärzte zurück. Im Quartal 3/99 waren es 14,13 % bzw. 11,52 % und im 4. Quartal 1999 17,49 % bzw. 12,05 % (bez. der Zahlen vgl. Bl.78 ff. SG-Akte [S 42 KA 2842/00](#)). In dieser Unterschreitung des durchschnittlichen Punktwertes aller Fachärzte vermag der Senat allein noch keinen Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit in Form einer unberechtigten Schlechterbehandlung zu erblicken. Zwar hat das BSG in einem Urteil vom 9. September 1998 (SozR 3-2500 § 85 Nr.26) ausgeführt, die Bildung von Teilbudgets löse eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht dahingehend aus, dass Verteilungsregelungen, mit denen in Verfolgung bestimmter Ziele vom Grundsatz der gleichmäßigen Honorarverteilung abgewichen werde, regelmäßig zu überprüfen und ggf. zu ändern bzw. weiter zu entwickeln sind, wenn die vorgenannte Einteilung in Teilbudgets dazu führe, dass der Punktwert in einzelnen Bereichen deutlich stärker abfalle als beim größten Teil der sonstigen Leistungen und als Grundlage hierfür keine von den jeweiligen Leistungserbringern selbst verursachten Mengenausweitungen erkennbar seien. Anlass zum Tätigwerden sah das BSG in dieser Entscheidung bei einer Differenz von etwa 15 %. Im vorliegenden Fall hat nach den oben genannten Zahlen der Punktwert der fachärztlichen Internisten im streitgegenständlichen Zeitraum den Durchschnitt aller Fachärzte nur einmal, nämlich im Quartal 4/99 bei den Regionalkassen um mehr als 15 % (17,49 %) unterschritten. Dies führt jedoch nach Auffassung des Senats nicht zu einer Rechtswidrigkeit des HVM und des Honorarbescheids für das Quartal 4/99, denn zum einen ist das BSG-Urteil, das ein Quartal des Jahres 1993 betraf, auf den vorliegenden Fall nur bedingt anwendbar, da es hier einen "sonstigen Punktwert" wie in dem der BSG-Entscheidung zugrunde liegenden HVM, nicht gibt. Außerdem ist ein durchschnittlicher Punktwert nach Einführung der EBM-Budgets nur noch bedingt als Vergleichskriterium geeignet, weil der Punktwert nicht mehr dem mengenmäßigen Leistungsverhalten der Ärzte insgesamt entspricht, sondern zumindest im budgetierten Bereich, dem der Großteil aller ärztlichen Leistungen angehört, künstlich stabilisiert ist (vgl. Urteil des Senats vom 8. Juni 2005, [L 12 KA 120/02](#)). Zudem ergibt sich aus dem Urteil des BSG vom 9. September 1998 (a.a.O.) bei einer mehr als 15%igen Unterschreitung nicht zwingend die Rechtswidrigkeit des HVM, sondern nur wieder eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht der KÄV. Diese ist vorliegend nicht verletzt, weil zum einen die mehr als 15%ige Unterschreitung erst im 4. Quartal 1999 aufgetreten ist und zudem die Beklagte von sich aus mit Wirkung vom 1. Quartal 2000 eine Stützungsregelung eingeführt hat, nach der, wenn für einen Honorarfonds (Fachgruppentopf) der sich ergebende Punktwert 85 % des Punktwerts der Sonstigen Ärzte (eine Mischgruppe aus unterschiedlichen kleineren Facharztgruppen) unterschreitet, der Vorstand ermächtigt ist, den Punktwert für diesen Honorarfonds zu Lasten des Honorarfonds Fachärzte zu stützen, bis 85 % des Punktwerts Sonstige Ärzte erreicht sind (vgl. Anl. 1 und 2 B 5. Abs.3 HVM 1/00). Tatsächlich lag der Punktwert im 1. Quartal des Jahres 2000 bei den fachärztlichen Internisten im Regionalkassenbereich wieder höher (s.o.).

Zu bedenken ist weiter, dass die fachärztlichen Internisten vergleichsweise hohe Fallzahlen aufweisen, ein breites Leistungsspektrum zur Verfügung haben, nach dem damals geltenden EBM nicht budgetiert waren und zudem für eine Reihe von Leistungen aufgrund strukturvertraglicher Vereinbarungen zu einem festen Punktwert (9,5 DPF) honoriert wurden. Auch der Kläger ist in den Genuss derartiger Leistungen gelangt. So erhielt er im Quartal 2/99 4.569,50 DM, in 3/99 5.158,50 DM und in 4/99 6.336,00 DM aus Strukturvertragsleistungen. Insgesamt wurden an fachärztliche Internisten nach Mitteilung der Beklagten (Bl.139 der Berufungsakte [L 12 KA 579/04](#)) im Quartal 2/99 18.808.632 DM, in 2/99 18.577.739 DM und in 4/99 22.267.302 DM für Strukturvertragsleistungen gezahlt. Zwar weist da SG zu Recht darauf hin, dass nicht alle fachärztlichen Internisten an Strukturverträgen teilnehmen. Hierauf kann sich aber der Kläger nicht berufen, weil er zu den Teilnehmern gehört (vgl. BSG vom 09.12.4004, SozR 4-2500 § 72 RdNr 72 m.w.N.).

Einen Vergleich mit dem Punktwert der Hausärzte, insbesondere der hausärztlichen Internisten, kann der Kläger im Hinblick auf das sehr unterschiedliche Tätigkeitsfeld nicht beanspruchen, zumal es dem gesetzgeberischen Willen entspricht, die hausärztliche Tätigkeit gegenüber dem fachärztlichen Bereich aufzuwerten (vgl. [§ 73 Abs.1 SGB V](#) und später [§ 85 Abs.4 Satz 1 SGB V](#) in der ab 1. Januar 2000 geltenden Fassung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22. Dezember 1999, [BGBl.I 2626](#)).

Erstmals im Berufungsverfahren rügt die Klägerseite, dass Laborleistungen, die von Laborärzten erbracht wurden, mit einem höheren Punktwert vergütet worden seien als die gleichen Leistungen, wenn sie von einem fachärztlichen Internisten erbracht wurden. Zum Beleg wird als Anlage BB2 eine von der Beklagten erstellte Auflistung der Auszahlungspunktwerte des Quartals 2/99 Regional- und Ersatzkassen vorgelegt (Bl.53 ff. LSG-Akte). Hierzu ist zunächst festzustellen, dass es nur in diesem Quartal noch einen gesonderten Honorarfonds "Laborleistungen" gab, der ab dem 3. Quartal 1999 aufgelöst wurde. Danach wurden die Laborleistungen aus dem jeweiligen Fachgruppentopf vergütet (Anl. 1 B 2.4). Dieser Honorarfonds war ähnlich wie der bisher behandelte Honorarfonds "Sonstige Leistungen" in diverse Arztgruppentöpfe unterteilt. Deren Befüllung erfolgte auf der Basis der Laborhonorarzahlungen in 4/96 (Anl. 1 B 2.4 S.2). Dagegen bestehen keine rechtlichen Bedenken. Der Senat verweist auf seine vorstehenden Ausführungen zur Bildung von arztgruppenbezogenen Honorarfonds bei der Honorarverteilung. Der Kläger nennt bei der Gegenüberstellung der Laborpunktwerte der Laborärzte einerseits und der

fachärztlichen Internisten andererseits nur die Punktwerte für OI und OII-Leistungen. Diese machen aber nur einen kleinen Teil der laborärztlichen Tätigkeit aus. Bei den im Vordergrund stehende OIII-Leistungen galt ein dynamisches Vergütungssystem (vgl. Anl.1,2 B 3.4.2.2). Je nach Leistungsmenge lag der Punktwert für die dynamischen OIII-Leistungen nur bei 2,64 bzw. 3,33 DPf also unter dem der fachärztlichen Internisten von 2,93 bzw. 3,90 DPf. Eine ungerechtfertigte Schlechterstellung ist hierin ebenso wenig zu sehen, wie bei der Honorarverteilung im Übrigen, zumal hier der Charakter der zeitlich begrenzten Übergangsregelung besonders deutlich hervortritt.

Nicht nachvollziehbar ist die Rüge der Ungleichbehandlung bei der Vergütung von im organisierten Notarzdienst erbrachten Leistungen. Diese wurden aus einem gesonderten Honorarfonds (B 2.6) mit einheitlichem Punktwert vergütet (B 3.6), in 2/99 9,55 bzw. 8,21 DPf (vgl. S.2 der Anlage BB1). Die Verteilung der Mittel des Honorarfonds B 2.7 "Notfalldienst-Sicherstellungsfonds" erfolgte nach den Regelungen der Bereitschaftsdienstordnung (HVM Anl.1, 2 B 3.7).

Das SG hat seine Entscheidung unter anderem auch auf die seiner Meinung nach rechtswidrige Fallzahlbeschränkung des HVM gestützt. Die Klägerseite hat sich diese Problematik erstmals in der Berufungsbegründung zu eigen gemacht, sodass der Widerspruchsbescheid dazu keinerlei Ausführungen enthält. Der in den streitgegenständlichen Quartalen geltende HVM enthielt in Anlagen 1 und 2 B 3.9.1.1 eine Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelung, von der u.a. auch die fachärztlichen Internisten betroffen waren. Diese kam jedoch im Fall des Klägers nur im 3. Quartal 1999 zum Tragen und betraf nur drei Fälle. Begrenzungen der Zunahme der Fallzahlen sind zulässig, wenn sie dazu dienen, medizinisch nicht begründeten Fallzahlsteigerungen entgegen zu wirken. Ausgehend von dieser Zielrichtung hat das BSG mit Urteilen vom 13. März 2002, [B 6 KA 48/00 R](#) = SozR 3-2500 § 85 Nr.44 und [B 6 KA 1/01 R](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr.45](#) Fallzahlzuwachsbeschränkungen im HVM für grundsätzlich zulässig erachtet, jedenfalls bei langjährig betriebenen und etablierten Praxen. Um eine solche handelt es sich beim Kläger. Dies gilt um so mehr, als die Beklagte durch einen so genannten "Korrekturfaktor" (s. Anl.1 und 2 B 3.9.1.2) Praxisvergrößerungen in einem gewissen Umfang durchaus ermöglicht hat. Fallzahlverringerungen unter den Fachgruppenschwennen fanden nicht statt. Anfängerpraxen erhielten gem. B 3.9.1.3 den Fachgruppenschwennen des Vergleichs quartals 1997 als individuellen Schwellenwert, bis zu dem keine Begrenzung erfolgte (vgl. dazu eingehend Urteil des Senats vom 27. Oktober 2004, Az.: [L 12 KA 89/03](#)).

Nach allem kommt der Senat zu dem Ergebnis, dass die Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale 2 bis 4/99 auf der Grundlage des damals geltenden HVM nicht zu beanstanden sind, so dass die dagegen gerichteten Klagen abzuweisen waren. Das anders lautende Urteil des SG war aufzuheben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs.1](#) und [4 SGG](#) in der vor dem 2. Januar 2002 geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung (vgl. BSG, [SozR 3-2500 § 116 Nr.24](#), S.116 f).

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2007-06-15