

L 4 KA 14/05

Land
Schleswig-Holstein
Sozialgericht
Schleswig-Holsteinisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

4

1. Instanz
SG Kiel (SHS)
Aktenzeichen
S 14 KA 498/02
Datum

26.11.2003

2. Instanz
Schleswig-Holsteinisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 14/05
Datum

11.07.2006

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Zu den Beschlüssen des Bewertungsausschusses betr. die Arztzahlkorrektur nach [§ 85 Abs. 4](#) a Satz 3 SGB V im Zusammenhang mit der Trennung der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung.

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 26. November 2003 aufgehoben. Die Klagen werden abgewiesen. Die Anschlussberufung des Klägers wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten des gesamten Verfahrens. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten noch darüber, ob der Kläger für die Quartale I bis IV/00 und II bis IV/01 Anspruch auf Neubescheidung seiner Honorarabrechnungen unter Berücksichtigung einer veränderten sog. Arztzahlkorrektur nach [§ 85 Abs. 4](#) a Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) hat.

Der Kläger ist als Hautarzt mit Praxissitz in H zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Gegen die Honorarbescheide für die Quartale IV/99 bis IV/00 sowie II/01 und III/01 erhob er jeweils Widerspruch. Er wandte sich insbesondere gegen Kürzungen bei der Leistungsziffer 345 EBM Ä (Epikutantestungen) und die Festsetzung des Praxisbudgets für die Dermatologen (Höhe der Fallpunktzahlen) und machte weiterhin geltend, die in [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) vorgesehene Berücksichtigung der Veränderungen der Verhältniszahlen zwischen den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden und den übrigen Ärzten sei nicht durchgeführt worden.

Die Beklagte wies die Widersprüche durch Widerspruchsbescheid vom 20. Juni 2002 zurück. Zur Begründung nahm sie zunächst Bezug auf den Widerspruchsbescheid vom 28. Juli 1999 betreffend die teilweise Nichtberechnung der Leistungen nach der Nr. 345 EBM Ä sowie die Berechnung der Praxisbudgets für die Dermatologen in den Honorarabrechnungen des Klägers für die Quartale III/97 bis IV/98. Insoweit wies die Beklagte ergänzend darauf hin, dass das Bundessozialgericht (BSG) am 15. Mai 2002 in zwei Entscheidungen in "Hautarztsachen" (dort für die Quartale I/98 bis III/98) die Bemessung des Praxisbudgets einschließlich des dabei eingerechneten Kostensatzes von 54,1 % bestätigt habe. Sodann ergänzte sie die Begründung hinsichtlich der Nr. 345 EBM Ä und führte hinsichtlich der streitigen Arztzahlkorrektur aus: Zwar sei die Auffassung des Klägers insoweit zutreffend, jedoch habe ihr Vorstand keine Möglichkeit, seinem Anliegen zu entsprechen. Ab dem Quartal I/00 habe sich in dem Honorarverteilungsmaßstab (HVM) eine entscheidende Änderung dadurch ergeben, dass sie nunmehr die Gesamtvergütungen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß [§ 73 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) auf Basis des Beschlusses des Bewertungsausschusses getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung zu ermitteln habe. Der insoweit ergangene Beschluss des Bewertungsausschusses sei von ihr bei der Aufteilung der um den Vorwegabzug bereinigten Gesamtvergütung ordnungsgemäß umgesetzt worden. Allerdings habe der Bewertungsausschuss in seinem Beschluss nicht die Vorgabe aus [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) berücksichtigt, wonach bei der Bemessung der hausärztlichen und der fachärztlichen Vergütungsanteile die Veränderungen in der Zahl der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in den Jahren nach 1996 zu berücksichtigen seien. Sie sei mehrfach mit der Bitte um Herbeiführung eines entsprechenden Beschlusses an die zuständigen Gremien auf Bundesebene herangetreten, dies jedoch vergeblich. Letztlich habe die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mitgeteilt, dass Gesetz und Beschlüsse des Bewertungsausschusses keinen Raum für die Berücksichtigung der Arztzahlentwicklung gäben und eine Regelung im Rahmen des HVM nicht statthaft sei. Nach eingehender Diskussion habe ihr HVM-Ausschuss die Ausführungen der KBV zur Kenntnis genommen und die Abgeordnetenversammlung dahingehend informiert. Die Bemühungen auf Bundesebene würden zwar weitergeführt, jedoch sei sie an die jetzt vorliegenden Vorgaben des Bewertungsausschusses gebunden und könne kein eigenes Recht setzen. Dabei sei angemerkt, dass jedenfalls für die Berechnung der Honorarkontingente der Fachgruppen sowohl die durchschnittlichen Umsätze der Arztgruppen im Jahre 1999 als auch die Anzahl der abrechnenden Ärzte der Fachgruppe im aktuell zu vergütenden Quartal herangezogen würden. Veränderungen

in der Arztszahl würden auf dieser Ebene folglich berücksichtigt. Letztlich sei die Beschlusslage des Bewertungsausschusses von ihr bei der Gestaltung des HVM zu berücksichtigen und so lange anzuwenden, wie sie nicht höchstrichterlich für unwirksam erklärt worden sei; folglich sei diese bei der Erstellung der Honorarabrechnungen ab I/00 zu berücksichtigen gewesen. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sei nicht absehbar, wie ein Beschluss des Bewertungsausschusses in dieser Sache ausfallen und ob er eine Verbesserung der Situation der fachärztlich Tätigen bei der Trennung der Vergütungsanteile darstellen würde.

Hiergegen hat der Kläger am 22. Juli 2002 unter dem Aktenzeichen S 14 KA 382/02 Klage erhoben.

Auch gegen den Honorarbescheid für das Quartal IV/01 erhob der Kläger Widerspruch und wiederholte seine Begründung aus den vorangegangenen Quartalen.

Die Beklagte wies den Widerspruch durch Widerspruchsbescheid vom 31. Oktober 2002 unter Hinweis auf den Widerspruchsbescheid vom 20. Juni 2002 zurück und ergänzte ihre Begründung im Hinblick auf die Urteile des BSG vom 15. Mai 2002 ([B 6 KA 21/00 R](#) und [B 6 KA 33/01 R](#)) betreffend das Praxisbudget für Dermatologen.

Hiergegen hat der Kläger am 18. November 2002 Klage erhoben ([S 14 KA 498/02](#)) und diese ausdrücklich beschränkt auf die seiner Auffassung nach nicht zutreffend durchgeführte Arztszahlkorrektur. Die Verfahren sind unter dem Aktenzeichen [S 14 KA 498/02](#) zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden worden. In dem Termin zur mündlichen Verhandlung am 26. November 2003 hat der Kläger die Klage zurückgenommen, soweit sie sich auf das Quartal IV/99 bezogen hatte und im Übrigen erklärt, auch soweit es um andere Quartale als das Quartal IV/01 gehe, beziehe sich die Klage ausschließlich auf die fehlerhaft durchgeführte Arztszahlkorrektur.

Der Kläger hat beantragt,

die Honorarbescheide für die Quartale I/00 bis IV/00 sowie II bis IV/01 in der Fassung der Widerspruchs- bescheide vom 20. Juni 2002 und 31. Oktober 2002 auf- zuheben und die Beklagte zu verurteilen, seine Hono- rare unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu festzusetzen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat sich auf die Ausführungen in dem Widerspruchsbescheid vom 20. Juni 2002 bezogen.

Das Sozialgericht hat nach mündlicher Verhandlung durch Urteil vom 26. November 2003 die angefochtenen Bescheide aufgehoben und die Beklagte verurteilt, die Honorare der streitigen Quartale unter Berücksichtigung einer Arztszahlkorrektur neu festzusetzen, bei der auch die Zahl der Hausärzte berücksichtigt wird, die neu zugelassen wurden oder deren Zulassung beendet wurde. In den Entscheidungsgründen ist im Wesentlichen ausgeführt: Die Beklagte habe bei der Berechnung des Honorars des Klägers in den streitigen Quartalen die in [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) vorgeschriebene Arztszahlkorrektur nicht ordnungsgemäß vorgenommen. Nach der genannten Vorschrift bestimme der Bewertungsausschuss erstmalig bis zum 28. Februar 2000 die Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen nach Abs. 4 insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung, sowie für deren Anpassung an solche Veränderungen der vertragsärztlichen Versorgung, die bei der Bestimmung der Anteile der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung an der Gesamtvergütung zu beachten seien. Bei der erstmaligen Bestimmung der Vergütungsanteile für die hausärztliche Versorgung nach Satz 1 sei der auf die hausärztliche Versorgung entfallende Anteil der Gesamtheit des in einer kassenärztlichen Vereinigung abgerechneten Punktzahlvolumens des Jahres 1996 zugrunde zu legen; übersteige in den Jahren 1997 bis 1999 der in einer Kassenärztlichen Vereinigung auf die hausärztliche Versorgung entfallende Anteil der abgerechneten Punkte am angesammelten Punktzahlvolumen den entsprechenden Anteil des Jahres 1996, sei von dem jeweils höheren Anteil auszugehen. Veränderungen in der Zahl der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in den Jahren nach 1996 seien zu berücksichtigen. Diesen Satz 3 des [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) habe der Bewertungsausschuss nicht ordnungsgemäß ausgeführt. Er habe, wie zwischen den Beteiligten unstreitig sei, Veränderungen in der Zahl der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte nur hinsichtlich der Ärzte berücksichtigt, die von der hausärztlichen in die fachärztliche Versorgung bzw. umgekehrt gewechselt seien. Veränderungen in der Zahl der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte seien aber auch dadurch möglich, dass Ärzte erstmalig im Bezirk der Beklagten zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen würden und ihre Tätigkeit im hausärztlichen Bereich begannen oder dass Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen hätten, ihre Zulassung aufgäben oder verlören. Diese Ärzte hätten aber angesichts des eindeutigen, klaren Wortlauts des Gesetzes berücksichtigt werden müssen. Gesichtspunkte dafür, dass diese Ärzte bei der Arztszahlkorrektur hätten unberücksichtigt bleiben dürfen, vermöge die Kammer nicht zu erkennen.

Gegen das ihr am 23. Februar 2004 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 10. März 2004 Berufung eingelegt, zu deren Begründung sie im Wesentlichen vorträgt: In dem Rechtsstreit gehe es letztlich darum, ob der Bewertungsausschuss gemäß [§ 87 Abs. 1 Satz 1](#) die gesetzliche Vorgabe aus [§ 85 Abs. 4a](#) – vorletzter Satz – SGB V ordnungsgemäß umgesetzt habe. Der hierzu ergangene Beschluss des Bewertungsausschusses berücksichtige lediglich den Wechsel von der hausärztlichen in die fachärztliche Versorgung und umgekehrt. Ob eine solche restriktive Interpretation nach Sinn und Zweck der gesetzlichen Vorschrift zulässig sei, erscheine zweifelhaft. Sie sei deshalb bereits mehrfach an die zuständigen Gremien auf Bundesebene herangetreten. Insoweit wiederholt die Beklagte ihre Begründung aus dem Widerspruchsbescheid und fügt Kopien des Schreibens der KBV vom 6. März 2001 und des Berichtes über die Abgeordnetenversammlung der Beklagten vom 21. März 2001 bei. Der auch von ihr kritisierte Beschluss des Bewertungsausschusses erscheine jedenfalls nicht so offensichtlich rechtswidrig, dass eine Nichtbeachtung aus übergeordneten rechtlichen Gesichtspunkten in Betracht zu ziehen gewesen wäre. Daher sei bei der Erstellung der Honorarabrechnungen ab Januar 2000 der Trennungsbeschluss wortgetreu umzusetzen. In dem angefochtenen Urteil habe das Sozialgericht lediglich die Feststellung getroffen, dass der Bewertungsausschuss [§ 85 Abs. 4a Satz 3 SGB V](#) nicht ordnungsgemäß ausgeführt habe, ohne dies allerdings näher zu begründen oder zu prüfen, ob die dem Beschluss offensichtlich zugrunde liegende einschränkende Interpretation auf den Wechsel zwischen dem haus- und dem fachärztlichen Bereich von [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) gedeckt sei. Die Kammer habe auch nicht den Bewertungsausschuss verpflichtet, den Beschluss neu festzusetzen oder neu zu fassen. Dies wäre jedoch wegen ihrer, der Beklagten, Bindung an die Beschlüsse auf Bundesebene unabdingbar notwendig gewesen.

Entsprechend sei das BSG z. B. in seinen Entscheidungen vom 20. Januar 1999 ([B 6 KA 16/98 R](#) und [B 6 KA 9/98 R](#) zu Nr. 16 EBM-Ä) sowie vom 28. Januar 2004 ([B 6 KA 52/03 R](#) und [B 6 KA 53/03 R](#) zur psychotherapeutischen Vergütung) vorgegangen. Jedenfalls hätte der Bewertungsausschuss gemäß [§ 75 Abs. 2 SGG](#) von Amts wegen beigeladen werden müssen. Mit Schriftsatz vom 3. Juli 2006 weist die Beklagte ergänzend darauf hin, dass das Sozialgericht zwischenzeitlich in dem weiteren Verfahren S 15 KA 401/02 ebenfalls betreffend die Arztkorrektur nach [§ 85 Abs. 4a Satz 3 SGB V](#) die Klage abgewiesen habe. Sie fügt dazu die Stellungnahme der zu jenem Verfahren u. a. beigeladenen Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vom 14. März 2006 bei.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 26. November 2003 aufzuheben und die Klagen abzuweisen sowie die Anschlussberufung zurückzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen und das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 26. November 2003 mit der Maßgabe zu ändern, dass über die Honorare der streitigen Quartale nicht nur unter Berücksichtigung der Zugänge und Abwanderungen aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich, sondern auch unter Einbeziehung der Entwicklung des Zahlenverhältnisses zwischen den an der hausärztlichen und an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte neu zu entscheiden ist.

Er hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend, allerdings nicht für weitgehend genug. Dass sich die Beklagte, die intern ebenfalls die Auffassung vertritt, die Beschlüsse des Bewertungsausschusses entsprächen nicht den Vorgaben des [§ 85 Abs. 4a Satz 3 SGB V](#), an diese Beschlüsse gebunden fühle, könne im Verhältnis zu ihm keine Berücksichtigung finden. Zudem seien von der Beklagten gemäß [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) bei der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zugrunde zu legen. "Art und Umfang" der Leistungen beinhalte, dass die zahlenmäßige Entwicklung der Hausärzte einerseits und der Fachärzte andererseits zu berücksichtigen sei. 1996 sei die Ausgangslage im Verhältnis der Arztpraxen eine völlig andere als im Jahr 2000 gewesen. Die Zahl der Hausärzte sei entgegen der gesetzgeberischen Intention in der Zeit von 1996 bis 2003 drastisch gesunken. Insoweit bezieht sich der Kläger auf eine beigefügte grafische Darstellung, die auf Daten der Beklagten beruhe. Während in dem Vergleichszeitraum die Zahl der Hausärzte von etwa 2.950 auf unter 2.100 zurückgegangen sei, sei die Zahl der übrigen Leistungserbringer (im Wesentlichen Fachärzte) von unter 2.100 auf fast 2.700 gestiegen. Damit habe sich zum einen der Umfang der erbrachten Leistungen insgesamt von den Hausärzten zu den Fachärzten verschoben. Zum anderen habe sich die Art der Leistungen verändert, da mehr fachärztliche Leistungen erbracht worden seien. Auch dieser Umstand hätte von dem Bewertungsausschuss jedenfalls im Rahmen seiner Beobachtungspflicht berücksichtigt werden müssen. Gleiches gelte für Mitgliederwanderungen, die sich im Sinne einer Leistungsverchiebung zu den Fachärzten auswirkten. Insgesamt seien einseitig die Interessen der Hausärzte zu Lasten derjenigen der Fachärzte berücksichtigt worden, was zu nicht zumutbaren Reduzierungen des Honorars bei den Fachärzten geführt habe.

Die Beklagte erwidert hierauf: Unabhängig von der grundsätzlichen Frage des Rechtsstreits, ob der Bewertungsausschuss mit seinem Beschluss vom 16. Februar 2000 die gesetzlichen Vorgaben aus [§ 85 Abs. 4a](#) vorletzter Satz SGB V richtig umgesetzt habe, seien die von dem Kläger genannten Arztkontingentsentwicklungen für sie nicht nachvollziehbar. Bei dem Vergleich zwischen den Jahren 1996 und 2003 müsse z. B. die im Jahre 1999 stattgefundene Integration der psychologischen Psychotherapeuten in das KV-System Berücksichtigung finden. Die zusätzlich von den Kassen gezahlten Gelder seien dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet worden. Eine aktuelle Grafik über die Arztkontingentsentwicklung sei beigefügt. Soweit es die Berücksichtigung von Mitgliederwanderungen bei der Trennung der Gesamtvergütung für die Bereiche der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung angehe, treffe es durchaus zu, dass derartige Mitgliederwanderungen durch Anwendung der Trennungsfaktoren Einfluss auf die Höhe der Vergütungsanteile hätten. Wechsele ein Ersatzkassenversicherter in eine Primärkasse, würde den Fachärzten eine geringere Vergütung zur Verfügung stehen, wechsele jedoch ein Primärkassenversicherter in eine Ersatzkasse, stünde den Fachärzten eine höhere Vergütung zu. Von einer einseitigen Benachteiligung der Fachärzte sei insoweit nicht auszugehen. Die von dem Kläger mitgeteilten Zahlen über die Mitgliederentwicklung seien in der vorgenannten Form unzutreffend. Es sei nicht berücksichtigt worden, dass mit Wirkung zum Januar 2002 das sog. Wohnortprinzip bei der Berechnung der Gesamtvergütung eingeführt worden sei. Von diesem Zeitpunkt an erhalte sie für das in Schleswig-Holstein wohnende Mitglied einer Betriebskrankenkasse eine Kopfpauschale. Vorher seien diese Leistungen über den sog. Fremdkassenzahlungsausgleich abgewickelt worden. Insoweit müsse also nicht unbedingt ein Krankenkassenwechsel vorgelegen haben. Eine Aufstellung über die Entwicklung der Krankenkassenmitglieder ist dem Schriftsatz als Anlage beigefügt.

Der Senat hat ergänzend das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 15. März 2003 aus dem Verfahren S 15 KA 401/02 beigezogen (Bl. 83 - 98 d. A.).

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Gerichtsakte und die Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen, die auch Gegenstand der mündlichen Verhandlung des gewesenen sind.

Entscheidungsgründe:

Die - unabhängig von dem Beschwerdewert (vgl. [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -) schon deshalb, weil das Sozialgericht die Berufung zugelassen hat - statthafte und auch im Übrigen zulässige, insbesondere fristgerecht eingelegte ([§ 151 SGG](#)) Berufung ist begründet. Das Sozialgericht ist zu Unrecht in dem tenorierten Umfang von der Rechtswidrigkeit der angefochtenen Bescheide und der Verpflichtung der Beklagten zur Neubeschcheidung des Klägers ausgegangen. Die - unselbstständige - Anschlussberufung des Klägers ist unbegründet.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist allein die Frage, ob der Kläger in Bezug auf die Durchführung der sog. Arztkorrektur gemäß [§ 85 Abs. 4a Satz 3 SGB V](#) i.d.F. des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 ([BGBl. I S. 2626](#)) durch die angefochtenen Bescheide in seinen Rechten verletzt ist. Über diese Frage ist im Hinblick auf die in der mündlichen Verhandlung erhobene Anschlussberufung des Klägers nicht nur in dem Umfang zu entscheiden, in dem das Sozialgericht die Beklagte zur Neubeschcheidung verpflichtet hat, sondern umfassend. Weitere Fragen sind hingegen nicht - mehr - Streitgegenstand, da der Kläger in der mündlichen Verhandlung des Sozialgerichts am 26. November

2003 sein Begehren ausdrücklich auf die seiner Auffassung nach nicht korrekt durchgeführte Arztzahlkorrektur beschränkt und folgerichtig die das Quartal IV/99 betreffende Klage insgesamt zurückgenommen hat. Eine solche Beschränkung des Streitgegenstandes ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts im Rahmen eines Streits über höheres Honorar zulässig und, sofern die Beschränkung dem Vorbringen eindeutig zu entnehmen ist, auch bindend mit der Folge, dass die nicht mehr angefochtenen Teilregelungen der Honorarbescheide in Bestandskraft erwachsen (vgl. BSG, Urt. vom 23. Februar 2005 - [B 6 KA 77/03 R](#) - [SozR 4-1500 § 92 Nr. 2](#)).

Rechtsgrundlage für die angefochtenen Bescheide über die Honorarfestsetzung des Klägers ist hinsichtlich der hier streitigen Aufteilung der Gesamtvergütung § 12 des auf der Grundlage des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) erlassenen HVM der Beklagten in der jeweils gültigen Fassung. In allen die Quartale in 2000 und 2001 betreffenden Fassungen ist in § 12 Nr. 4 HVM jeweils geregelt, dass die (nach dem Vorwegabzug) verbleibende Gesamtvergütung "gemäß des Beschlusses des Bewertungsausschusses (§ 85 Absatz 4a SGB V GKV-GR 2000)" getrennt wird für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung. Im Folgenden ist geregelt, wie die Vergütungsanteile, die nicht dem Trennungsfaktor unterliegen, zugeordnet werden. Zwischen den Beteiligten ist unstreitig, dass auf der Grundlage des HVM der Beklagten in dem hier allein noch streitigen Punkt - Berücksichtigung der Arztzahlveränderungen - die Beschlüsse des Bewertungsausschusses gemäß [§ 85 Abs. 4a Satz 3 SGB V](#) i.d.F. des Gesetzes vom 22. Dezember 1999, zutreffend umgesetzt worden sind. Maßgeblich sind insoweit die Beschlüsse des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000 (DÄ 97 A 556) mit Wirkung zum 1. Januar 2000 und vom 20. Juni 2000 (DÄ 97 C 1438) mit Wirkung zum 1. Januar 2001; die weiteren nach [§ 85 Abs. 4a Satz 3 SGB V](#) ergangenen Beschlüsse aus der 77. (mit Wirkung zum 1. Oktober 2002) und der 84. Sitzung des Bewertungsausschusses (mit Wirkung zum 1. Oktober 2003) betreffen jeweils nicht die Berücksichtigung der Arztzahlveränderung.

In dem Beschluss vom 16. Februar 2000 hat der Bewertungsausschuss zu dieser Frage folgende Regelungen getroffen: "1.1 Für das Jahr 2000 berechnen die kassenärztlichen Vereinigungen die getrennten Vergütungsanteile nach folgenden Schritten gesondert für den Primär- und Ersatzkassenbereich:

1.1.1 Ermittlung des relativen Leistungsbedarfsanteils zur Trennung der Gesamtvergütungen für den hausärztlichen Versorgungsbereich für das Jahr 1996.

1.1.2 Bereinigung dieses relativen Leistungsbedarfsanteils um die mit dem Versorgungsbereichswechsel von Ärzten veränderten Leistungsbedarfsanteile in den der Berechnung nachfolgenden Jahren bis einschließlich 1999. [...]" Dieser zweite Schritt findet sich in der Anlage 1 unter (Rechen-)Schritt 6 "Bereinigung des Leistungsbedarfs bei Versorgungsbereichswechsel", bei dem die Anzahl der von 1997 bis 1999 in den hausärztlichen Versorgungsbereich gewechselten Ärzte einerseits und die Anzahl der von 1997 bis 1999 in den fachärztlichen Versorgungsbereich gewechselten Ärzte andererseits berücksichtigt werden.

In dem Beschluss vom 20. Juni 2000 ist unter 1. "Berücksichtigung des Versorgungsbereichswechsels ab dem 1. Januar 2001" geregelt:

1.1 Die Berücksichtigung des Versorgungsbereichswechsels findet ab dem 1. Januar 2001 entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000 unter Berücksichtigung der in 1.2 aufgeführten Änderungen[...] quartalsweise statt.

1.2 Erfolgt der Versorgungsbereichswechsel, ist die Bereinigung quartalsweise analog zum Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000 [...] auf der Basis des Honorarbescheides des Vorjahresquartals des wechselnden Vertragsarztes durchzuführen. Die Vergütung für die hausärztliche Grundvergütung verbleibt immer im hausärztlichen, die Vergütung für die Leistungen, die im Katalog gemäß § 6 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung aufgeführt sind - mit Ausnahme im vierten Quartal 2000 für die in der Vereinbarung Nr. 2. zu § 6 des Hausarztvertrages aufgeführten Leistungen - immer im fachärztlichen Versorgungsbereich."

Diese Beschlüsse des Bewertungsausschusses entsprechen den gesetzlichen Vorgaben. Bei der Umsetzung des gesetzlichen Regelungsauftrags - hier demjenigen aus [§ 85 Abs. 4a Satz 3 SGB V](#) - kommt dem Bewertungsausschuss die für jede Normsetzung kennzeichnende Gestaltungsfreiheit zu. Rechtswidrig wären die Beschlüsse des Bewertungsausschusses daher nur, wenn die Berücksichtigung der Veränderungen in der Zahl der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in den Jahren nach 1996 i. S. des [§ 85 Abs. 4a Satz 3 SGB V](#) durch die genannten Beschlüsse auch bei Beachtung der dem Bewertungsausschuss zukommenden Gestaltungs- und Konkretisierungsbefugnis den gesetzlichen Vorgaben und den aus dem verfassungsrechtlichen Gleichbehandlungsgebot ([Art 3 Abs. 1 GG](#)) abzuleitenden Anforderungen nicht (mehr) entspräche (vgl. BSG, Urt. vom 28. Januar 2004 [B 6 KA 52/03 R](#) - [BSGE 92, 87](#) zu der Frage der angemessenen Höhe der Vergütung je Zeiteinheit i. S. von [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#)). Der Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses ist hier allerdings insofern eng, als der Gesetzgeber dem Ausschuss in [§ 85 Abs. 4a Satz 3 SGB V](#) verbindlich vorgegeben hat, dass Veränderungen in der Zahl der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in den Jahren nach 1996 zu berücksichtigen sind.

Die Umsetzung des gesetzgeberischen Auftrages durch den Bewertungsausschuss dahingehend, dass - nur - der Wechsel aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich in den fachärztlichen Versorgungsbereich und umgekehrt berücksichtigt wird, nicht hingegen eine auf einer anderen Ursache beruhende Veränderung der Anzahl der an der hausärztlichen Versorgung und/oder der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte steht unter Berücksichtigung von Wortlaut, systematischen Zusammenhang und Sinn und Zweck der Vorschrift sowie eines verbleibenden Gestaltungsspielraums des Bewertungsausschusses in Einklang mit der Ermächtigungsgrundlage in [§ 85 Abs. 4a Satz 3 SGB V](#):

Eindeutig ist der Wortlaut der Vorschrift insoweit, als eine Regelung, die unabhängig von einem Versorgungsbereichswechsel Veränderungen in der Zahl der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte berücksichtigte, nicht auf diese Vorschrift gestützt werden könnte. Denn abgestellt wird ausschließlich auf die Zahl der "an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden" Ärzte. Im Umkehrschluss folgt aus [§ 85 Abs. 4a Satz 3 SGB V](#) die Nichtberücksichtigungsfähigkeit der - isolierten - Entwicklung der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte (vgl. Hess in: Kasseler Kommentar, [§ 85 SGB V](#) Rz. 78). Damit kann dem eigentlichen Anliegen des Klägers, nämlich einer Umverteilung der Anteile an der Gesamtvergütung zugunsten der Fachärzte aufgrund seit 1996 gestiegener Facharztzahlen, auf der Grundlage dieser Vorschrift nicht Rechnung getragen werden.

Die dem Wortlaut des [§ 85 Abs. 4a Satz 3 SGB V](#) zu entnehmende allein auf die hausärztliche Versorgung abstellende Betrachtungsweise

entspricht dem systematischen Zusammenhang und dem Sinn und Zweck der Vorschrift. [§ 85 Abs. 4a Satz 3 SGB V](#) steht im unmittelbaren Regelungszusammenhang mit der in § 73 Abs. 1 Satz 1 i. d. F. durch Gesetz vom 21. Dezember 1992 ([BGBl. I S. 2266](#)) normierten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Diese Vorschrift wurde mit dem Ziel der Stärkung der hausärztlichen Versorgung eingeführt. Das BSG hat sich mit der Zielsetzung der Einführung des [§ 73 Abs. 1 SGB V](#) in dem Urteil vom 18. Juni 1997 (- [6 RKA 58/96](#) - [BSGE 80, 256](#); juris Rz. 27 ff.) ausführlich auseinandergesetzt, die sich insbesondere unter Berücksichtigung der den Regelungen zugrunde liegenden Sachverständigenstellungnahmen erschließe. Bereits im Jahresgutachten 1988 des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sei kritisiert worden, dass die durch den Wissenszuwachs in der Medizin und die technische Entwicklung fortschreitende Spezialisierung voll in den Bereich der ambulanten Versorgung hineingetragen worden sei und dementsprechend der Anteil der Gebietsärzte an allen niedergelassenen Kassenärzten im Laufe der letzten Jahre zugenommen habe. Diese Entwicklung verteuere die Versorgung, da die Zahl der Überweisungen mit dem Angebot an Gebietsärzten ansteige und bei ihnen teilweise sehr aufwändige Verfahren und Geräte zum Einsatz kämen. Der Sachverständigenrat habe deshalb unter Abwägung von Vor- und Nachteilen eines direkten Gebietsarztzugangs empfohlen, dass Patienten grundsätzlich als erstes den Hausarzt in Anspruch nehmen sollten. Nur so könne dieser die ihm zugeordnete Filter- und Verteilerfunktion optimal ausüben. Im Jahresgutachten 1989 habe der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen neben anderem wiederum vorgeschlagen, zur Verbesserung der Versorgungsqualität und Sicherung der Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung ein primärärztliches Versorgungssystem einzuführen, in dem der Versicherte den Zugang zum Gesundheitssystem nur über einen Primärarzt erreichen könne. In der Folgezeit habe die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages in ihrem Endbericht "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung" ([BT-Drucks. 11/6380](#) vom 12. Februar 1990) das Verhältnis zwischen medizinischer Grundversorgung und spezialärztlicher Behandlung untersucht und wesentliche ökonomische Mängel des Systems festgestellt, sowohl was eine gesundheitspolitisch und ökonomisch sinnvoll abgestufte, koordinierte ambulante ärztliche Betreuung als auch die Qualität der Versorgung betreffe. Die Kommission habe deshalb zur Vermeidung einer medizinisch fragwürdigen Behandlungsvielfalt sowie zum Abbau schichtenspezifischer Unterschiede bei Inanspruchnahme des Versorgungsangebotes gefordert, dass der Hausarzt in das Zentrum der kassenärztlichen Versorgung gestellt werde. In der Begründung des Gesetzentwurfes zu dem Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 heiße es, der gesetzliche Auftrag an die Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen, die kassenärztliche Versorgung in eine hausärztliche eine fachärztliche Versorgung zu gliedern, werde konkretisiert, um die notwendigen Grundlagen für die Aufwertung der hausärztlichen Tätigkeit sowie für die kassenärztliche Bedarfsplanung zu schaffen (BSG, a.a.O., S. 262/263). Der Gesetzgeber habe demnach das gegenüber einem Primärarztsystem mildere Mittel gewählt, das Leistungsverhalten der Vertragsärzte über Vergütungsanreize zu steuern. Mit der durch die Schaffung von Vergütungsanreizen beabsichtigten Lenkung der Leistungserbringung habe u. a. erreicht werden sollen, dass ggf. bei einem Patienten erforderliche spezialisierte Diagnose- und Therapiemaßnahmen durch einen nicht in einem bestimmten Leistungsspektrum spezialisierten, aber gleichwohl fachlich kompetenten Arzt koordiniert würden (BSG, a.a.O., S. 266). Das Bundesverfassungsgericht hat dargelegt, die Aufgliederung des hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereichs diene dem Gemeinwohl. Durch die Neuordnung würden gesundheitspolitische Ziele der Qualitätsverbesserung für die Versicherten neben finanzpolitischen Zielen der Kostendämpfung angestrebt. Auch die Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung sei als Gemeinwohlaufgabe von hoher Bedeutung anzusehen. Dies gelte auch und gerade gegenüber den Leistungserbringern innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung, denen durch die Einbeziehung in das öffentlich-rechtliche System des Vertragsarztrechtes besondere Vorteile erwüchsen (BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 17. Juni 1999 - [1 BvR 2507/97](#) - [SozR 3-2500 § 73 Nr. 3](#) m. w. Nw.).

Die demnach ausdrücklich beabsichtigte Stärkung des hausärztlichen Versorgungsbereichs wurde auf der vergütungsrechtlichen Seite unterstützt durch die Einführung der so genannten hausärztlichen Grundvergütung im EBM und durch die Vorgabe in [§ 85 Abs. 4a Satz 1 i. d. F.](#) durch Gesetz vom 4. Dezember 1995 ([BGBl. I S. 1558](#)), wonach Einsparungen, die durch Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei den Laborleistungen, insbesondere aufgrund der Maßnahmen nach [§ 87 Abs. 2 b](#), erzielt werden, zur Verbesserung der hausärztlichen Vergütung zu verwenden sind. Im Verteilungsmaßstab nach Abs. 4 ist sicherzustellen, dass eine Ausweitung der Zahl der abgerechneten Leistungen keine Auswirkung auf den Punktwert der hausärztlichen Grundvergütung nach [§ 87 Abs. 2 a](#) hat ([§ 85 Abs. 4a Satz 1, 2. Halbsatz i. d. F.](#) durch Gesetz vom 4. Dezember 1995 ([BGBl. I S. 1558](#))). Offenbar reichten diese Regelungen jedoch nicht aus, um der gesetzgeberischen Zielsetzung Rechnung zu tragen, dies insbesondere angesichts weiter steigender Facharztzahlen. Der Gesetzgeber hat deshalb durch [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) i. d. F. durch Gesetz vom 22. Dezember 1999 (a.a.O.) sicherstellen wollen, dass den Hausärzten durch Bildung eines separaten Honorarpotes eine ausreichende und den Zielen der Stärkung der hausärztlichen Versorgung entsprechende Vergütung gesichert ist (vgl. dazu die auf S. 10/11 des Urteils des Sozialgerichts Kiel zutreffend wiedergegebene Gesetzesbegründung [BT-Drs. 14/1245, S. 73/74](#); ebenso BSG, Urt. vom 22. März 2006 - [B 6 KA 67/04 R](#) - zur Veröffentl. in [SozR 4](#) vorgesehen, juris, Rz. 13). Dementsprechend spricht das BSG insoweit - erneut - von einer vom Gesetzgeber beabsichtigten Stärkung des hausärztlichen Vergütungsanteils, die in Relation zu den bisherigen Vergütungsanteilen der fachärztlichen Versorgung in den Jahren 1996 bis 1999 beginnend mit dem Jahr 2000 notwendigerweise zu einer Verminderung des fachärztlichen Vergütungsanteils geführt habe (BSG, Urt. vom 22. Juni 2005 - [B 6 KA 5/04 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 17](#)). Die in [§ 85 Abs. 4a Satz 3 SGB V](#) enthaltene Formulierung, die allein auf die Zahl der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte abstellt, entspricht demnach der gesetzgeberischen Intention. Auch dies würde, hielte man den Wortlaut nicht für eindeutig, einer Interpretation der Vorschrift dahingehend, dass auch die - isolierte - Entwicklung der Zahl der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte zu einer anderen Verteilung der Vergütung führen müsste, widersprechen.

Der Senat hat keine durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken gegen die Regelung in [§ 85 Abs. 4a Satz 3 SGB V](#). Soweit diese einseitig auf die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte abstellt, handelt es sich hierbei insbesondere nicht um einen Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz des [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz, denn die Stärkung der hausärztlichen Versorgung gegenüber der fachärztlichen Versorgung ist, wie dargelegt, ein durch das Gemeinwohl legitimiertes Ziel des Gesetzgebers. Damit stellt eine Regelung, die diese Zielsetzung auf der Ebene der Honorarverteilung dadurch absichert, dass den Hausärzten ein bestimmter Anteil an der Gesamtvergütung gesichert werden soll, im Grundsatz keine willkürliche Differenzierung dar. Gleiches gilt für die hier streitige Regelung, die einseitig die Zahlenveränderungen im hausärztlichen Versorgungsbereich berücksichtigt, nicht hingegen die unabhängig davon ablaufende Entwicklung im fachärztlichen Versorgungsbereich. Nur dann, wenn sich im Zuge der weiteren Entwicklung ergeben sollte, dass die gesetzgeberische Zielsetzung unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts und des Patientenverhaltens, dass sich außerhalb eines Primärarztsystems nur begrenzt steuern lässt, gescheitert ist und sowohl die Leistungsmengen- als auch die Arztlzahlentwicklung weiterhin zu Lasten des hausärztlichen Versorgungsbereichs so weit fortschreiten, dass die Festschreibung des Niveaus des Anteils der hausärztlichen Versorgung an der Gesamtvergütung auf das Jahr 1996 bzw. das "Bestjahr" des Zeitraums 1996 bis 1999 angesichts der realen Zahlenverhältnisse eine bloße Fiktion darstellte, könnte die gesetzliche Regelung der ursprünglich gegebenen sachgerechten

Differenzierung nicht mehr entsprechen und - ähnlich der Beobachtungspflicht des Bewertungsausschusses - eine Änderung der gesetzlichen Regelung erforderlich werden. Hiervon kann jedoch bezogen auf die hier allein im Streit befindlichen Quartale in den Jahren 2000 und 2001 schon deshalb nicht ausgegangen werden, weil die Regelungen des Bewertungsausschusses überhaupt erst zum 1. Quartal 2000 in Kraft traten und erst in die Zukunft hinein die vom Gesetzgeber beabsichtigte Wirkung zeigen konnten.

Damit bleibt festzuhalten, dass [§ 85 Abs. 4a Satz 3 SGB V](#) die von dem Kläger in erster Linie - insoweit mit seiner Anschlussberufung - begehrte Berücksichtigung der Veränderung des Zahlenverhältnisses zwischen den an der hausärztlichen und an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte aufgrund einer Veränderung der Zahl der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte nicht erlaubt, dass diese Beschränkung vom Gesetzgeber beabsichtigt ist und dass diese gesetzliche Regelung auch unter dem denkbaren Gesichtspunkt einer Beobachtungspflicht des Gesetzgebers jedenfalls für die hier streitigen Quartale nicht gegen Verfassungsrecht verstößt.

Die genannten Beschlüsse des Bewertungsausschusses sind im Ergebnis auch nicht rechtswidrig, soweit darin hinsichtlich der vom Gesetzgeber vorgegebenen Berücksichtigung der Veränderung der Zahl der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte allein auf den Wechsel von dem einen in den anderen Versorgungsbereich abgestellt wird. Allerdings legt der Wortlaut der Vorschrift durchaus die Berücksichtigung auch einer unabhängig hiervon erfolgenden, d.h. jeglicher Veränderung der Zahl der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte nahe. Diese Interpretation ist jedoch entgegen der Annahme des Sozialgerichts nach Auffassung des Senats nicht zwingend. Soweit die Zahl der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte unabhängig von einem Versorgungsbereichswechsel steigt, was insbesondere durch zusätzliche Zulassungen denkbar wäre, würde sich die Berücksichtigung dieses Umstandes für den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Kläger nachteilig auswirken, nähme man eine Verpflichtung des Bewertungsausschusses an, eine entsprechende Umschichtung der Vergütung aus dem fach- in den hausärztlichen Bereich vorzunehmen. Der Kläger wäre nur beschwert, legte man die genannte Vorschrift dahingehend aus, dass auch eine Abnahme der Zahl der Hausärzte etwa durch Rückgabe der Zulassung oder durch Nichtbesetzung vom Vertragsarztsitzen ohne Wechsel in einen anderen Versorgungsbereich bei der Festlegung der Vergütungsanteile berücksichtigt werden müsste. Eine dahingehende Verpflichtung des Bewertungsausschusses ist jedoch aus der genannten Vorschrift nicht zwingend abzuleiten. Zum einen ist der bereits dargelegte systematische Regelungszusammenhang auch insoweit zu berücksichtigen. Die Vorschrift steht in unmittelbarem Kontext mit der vergütungsmäßigen Trennung der haus- und der fachärztlichen Versorgung, dies nach den Vorgaben des Gesetzgebers bezogen auf das Jahr 1996 bzw., sofern dies für die Hausärzte günstiger ist, eines der Jahre 1997 bis 1999. Da der Gesetzgeber mit den Regelungen insgesamt das Ziel verfolgte, den hausärztlichen Bereich zu stützen und seiner Zielsetzung entsprechend davon ausgehen musste, dass die Zahl der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte insbesondere durch Ausübung des Wahlrechts nach [§ 73 Abs. 1a SGB V](#) innerhalb des Zeitraums seit 1996 gestiegen sein könnte, musste dabei eine Regelung geschaffen werden, die dieser denkbaren Entwicklung der Zahl der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte Rechnung trug. Die Berücksichtigung einer evtl. Veränderung dieser Zahl unabhängig von der Aufteilung der vertragsärztlichen Versorgung in die haus- und die fachärztliche Versorgung würde hingegen nicht in den dargelegten Regelungskontext des [§ 85 Abs. 4a Satz 3 SGB V](#) passen. Sie widerspräche auch der Rechtsprechung zu der Berücksichtigungsfähigkeit von Arztzahlveränderungen bei der Honorarverteilung. Hierzu hat das BSG dargelegt, mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit stünde es nicht in Einklang, wenn die Erhöhung der Arztzahl einer Fachgruppe unabhängig davon, ob damit eine bedarfsbedingte Ausweitung der Leistungsmenge einhergehe, eine Steigerung ihres Honorarvolumens zu Lasten anderer nach sich zöge. Das liefe auf die Anerkennung angebotsinduzierter - sich je nach Arztzahl ändernder - Honorarvolumina hinaus bzw. trüge in sich die Tendenz zu einer auslastungsunabhängigen Alimentierung der Vertragsärzte (BSG, Urt. vom 22. Juni 2005, [a.a.O.](#)). Zur Rechtfertigung einer Berücksichtigung der Arztzahlveränderungen bedürfe es vielmehr weiterer Gründe, so z.B., dass zugleich eine medizinisch gerechtfertigte Änderung des Leistungsgeschehens vorliegt - etwa durch Veränderungen der Zusammensetzung der Patientenschaft, der Zahl der Patienten und Behandlungsfälle, oder durch eine sonstige bedarfsbedingte Expansion oder Reduktion der ärztlichen Leistungen (BSG, Beschl. vom 22.06.2005 - [B 6 KA 68/04 B](#) - veröffentlicht in juris). Diese Veränderungen, insbesondere die Zuordnung von Leistungen zu dem Bereich der hausärztlichen Versorgung einerseits oder der fachärztlichen Versorgung andererseits werden hingegen in den genannten Beschlüssen des Bewertungsausschusses gesondert berücksichtigt, etwa durch die in der 77. Sitzung mit Wirkung zum 1. Januar 2003 beschlossene Änderung des Beschlusses vom 16. Februar 2000 dahingehend, dass Vertragsärzte, die gemäß [§ 73 SGB V](#) dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und aus Gründen der Sicherstellung eine Genehmigung besitzen, nach dem 1. Januar 2003 in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen aus dem fachärztlichen Vergütungsanteil erhalten. Die zu einer Erhöhung der Arztzahlen entwickelten Grundsätze sind auf den gegenteiligen Fall der Verringerung der Arztzahl - hier in dem hausärztlichen Versorgungsbereich -, entsprechend anzuwenden, d. h., soweit dieser Entwicklung keine Veränderung im Leistungsspektrum etc. zugrunde liegt, darf sie nicht berücksichtigt werden. Auch dies spricht für eine einschränkende Interpretation des [§ 85 Abs. 4a Satz 3 SGB V](#). Es kommt hinzu, dass die genannte Vorschrift den Bewertungsausschuss nicht verpflichtet, die genaue Zahl der jeweils in dem hausärztlichen Versorgungsbereich tätigen Ärzte zugrunde zu legen, sondern ihm lediglich aufgibt, die Veränderung dieser Zahlen "zu berücksichtigen". Damit verbleibt dem Bewertungsausschuss ein Gestaltungsspielraum, den er durch die genannten Beschlüsse und die darin geregelte Berücksichtigung der Arztzahlentwicklung nur insoweit, als ein Wechsel von dem einen in anderen Versorgungsbereich vollzogen wird, eingehalten hat. Ob eine weitergehende Verpflichtung des Bewertungsausschusses im Rahmen seiner Beobachtungspflicht - die hier auch daraus abzuleiten ist, dass er gemäß [§ 85 Abs. 4a Satz 1 SGB V](#) verpflichtet ist, "erstmalig" bis zum 28 Februar 2000 Kriterien für die Verteilung der Gesamtvergütung zu bestimmen - dann bestünde, wenn drastische Veränderungen der Zahl an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte unabhängig von einem Wechsel von dem einen in den anderen Bereich festzustellen wären, bedarf keiner näheren Erläuterung. Solche Veränderungen sind bisher und insbesondere auch für die hier streitigen Quartale in 2000 und 2001, also zeitnah nach der ersten Beschlussfassung nicht erkennbar. Die von der Beklagten überreichte grafische Darstellung (Bl. 58 der GA) über den Zeitraum von 1996 bis 2004 weist eine nahezu gleich gebliebene Zahl an "Hausärzten" aus, während die Zahl der Fachärzte insbesondere im Zeitraum seit 1998 mit einem leichten Knick im Jahre 2001 kontinuierlich gestiegen ist und seit etwa 2002 auf dem gleichen - erhöhten - Niveau bleibt. Besonders deutlich gestiegen ist die Zahl der Psychotherapeuten. Dass seit 1996 nicht eine deutliche Verringerung der Zahl der Hausärzte, sondern ein deutlicher Anstieg der Zahl der Fachärzte eingetreten ist, belegen auch die dem Schriftsatz des Klägers vom 19. August 2004 beigelegten Graphiken, gleiches gilt für die Stellungnahme der UBV in dem Verfahren S 15 KA 401/02 bei dem Sozialgericht Kiel (S. 5 - 7 des Telefax vom 14. März 2006, Bl. 78 - 80 d. A.). Soweit der Kläger etwas anderes ableiten will aus den "Mitgliederwanderungen" kann dies schon deshalb nicht berücksichtigt werden, weil es dabei nicht unmittelbar um die hier allein streitige Frage der Arztzahlveränderung geht. Sofern sich aus Mitgliederumschichtungen mittelbar Auswirkungen auf die Zahl der Hausärzte ergeben, müssen sich diese in der Form eines Versorgungsbereichswechsels ausdrücken, um im Rahmen des [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) berücksichtigt werden zu können; insofern gilt das Vorstehende. Auch Veränderungen der Zahl der in dem jeweiligen Versorgungsbereich

erbrachten Leistungen sind keine Frage unmittelbar der Arztlzahl. Eine Berücksichtigung der Leistungsverchiebung in den fachärztlichen Bereich würde zudem der dargelegten gesetzgeberischen Intention zuwiderlaufen und damit der Steuerungsfunktion, die Vergütungsregelungen wie derjenigen in [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) zukommt.

Der Senat hat keinen Anlass gesehen, die Partner der Bundesmantelverträge, deren Vertragsorgan der Bewertungsausschuss ist (vgl. BSG dazu, Urt. vom 24. September 2003 - [B 6 KA 37/02 R](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr. 3](#)) beizuladen. Es handelt sich nicht um eine notwendige Beiladung (vgl. BSG, a.a.O.). Von der im Regelfall zweckmäßigen Beiladung hat der Senat hier abgesehen, weil die Partner der Bundesmantelverträge in dem genannten Parallelverfahren bei dem Sozialgericht Kiel Gelegenheit hatten, ihren jeweiligen Standpunkt darzulegen und dem Senat die in jenem Verfahren von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgegebene Stellungnahme in der mündlichen Verhandlung vorlag und bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden konnte.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Satz 1 Abs. 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Der Senat hat die Revision zugelassen, weil er der Frage der zutreffenden Berücksichtigung der Veränderung der Zahl der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte im Sinne des [§ 85 Abs. 4a Abs. 3 SGB V](#) durch die genannten Beschlüsse des Bewertungsausschusses grundsätzliche Bedeutung beimisst. Höchststrichterliche Rechtsprechung gibt es hierzu, soweit ersichtlich, nicht und die Rechtsfrage hat bundesweite Bedeutung für alle an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte.

Rechtskraft

Aus

Login

SHS

Saved

2006-09-26