

L 24 KA 13/04 -25

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
24
1. Instanz
SG Potsdam (BRB)
Aktenzeichen
S 1 KA 379/01
Datum
25.02.2004
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 24 KA 13/04 -25
Datum
12.03.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind im gesamten Verfahren nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Gewährung höheren Honorars für die Quartale II/00, III/00 und I/02.

Sie ist seit Februar 1992 im Zuständigkeitsbereich der Beklagten als Fachärztin für Urologie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Die Beklagte setzte mit Honorar-Bescheid vom 3. November 2000 das der Klägerin zustehende Honorar für das Quartal II/00 auf 74.377,09 DM abzüglich 2,3 % Verwaltungskosten fest. Hierbei legte sie ihrer Honorarberechnung ihren zum 1. Januar 2000 neu gefassten Honorarverteilungsmaßstab (HVM) zugrunde, der aufgrund von Vorgaben des Gesetzgebers sowie den hierzu beschlossenen Kriterien des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000 zur Trennung der Gesamtvergütungen in hausärztlichen und einen fachärztlichen Bereich sowie zur Regelung der angemessenen Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistung keine Unterscheidung mehr nach Fachgruppen sowie praxisbudgetierten und nicht praxisbudgetierten Ärzten mehr vorsah, sondern – in seiner Grundstruktur – nur noch zwischen Hausärzten und Fachärzten sowie praxis- und zusatzbudgetierten Leistungen und nicht praxis- und zusatzbudgetierten Leistungen unterschied. Der Abrechnung liegt ein durchschnittlicher Fallwert (also pro Behandlungsfall) von 65,12 DM zu Grunde.

Die Klägerin erhob mit Schreiben vom 15. November 2000 Widerspruch. Der von Quartal zu Quartal größer werdende Honorarverlust sei nicht nachvollziehbar. Ein Großteil der Facharztpraxen stünde vor dem finanziellen Aus.

Die Beklagte setzte weiter mit Honorarbescheid vom 31. Januar 2001 für das Quartal III/00 das Honorar auf 74.507,78 DM fest. Auch hiergegen erhob die Klägerin Widerspruch. Sie müsse als Fachärztin seit Quartalen gravierende Honorarverluste von über 10 % hinnehmen.

Den ersten Widerspruch (Quartal II/00) wies die Beklagte mit ihrem Widerspruchsbescheid vom 9. Oktober 2001 als unbegründet zurück. Mit der Einführung von Praxis- und Zusatzbudgets zum 1. Juli 1997 sei das bisherige Einzelleistungsvergütungssystem unter der Prämisse der Vermeidung eines inflationären Punktwertverfalles abgelöst worden. Seither seien die in dem Budget enthaltenden Leistungen je Arztpraxis und Abrechnungsquartal jeweils nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl abrechnungsfähig. Die Höhe der Budgets ergebe sich aus dem Produkt der Fallpunktzahl und der Zahl budgetrelevanter Fälle. Budgetrelevante Fälle seien Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Bundesmantelvertrag/Ärzte bzw. § 25 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Arzt/Ersatzkassen-Vertrag, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zu Bekundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Kostenerstattung des Kapitels U – mit Ausnahmen – abgerechnet würden sowie stationäre (belegärztliche) Behandlungsfälle. Ca. 68 % aller Leistungen der Fachgruppen der Urologen seien praxisbudgetierte Leistungen und unterlägen der fallzahlabhängigen Abstufung. Die Berechnung der Fallzahlen erfolge ordnungsgemäß auf der Grundlage der durchschnittlichen regionalen Anzahl der budgetrelevanten Behandlungsfälle des Jahres 1995 nach den allgemeinen Bestimmungen A I B 3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) der betreffenden Arztgruppe, je Arzt und der Fallpunktzahlen am Anteil am Gesamtleistungsbedarf des 1. Halbjahres 1996. Aufgrund der Budgetierung sei hier konkret eine Kürzung des angeforderten Leistungsbedarfes in Höhe von 23,94 % (361.504,3 Punkte) erfolgt.

Die Klägerin hat hiergegen am 1. November 2001 Klage erhoben.

Die Beklagte hat den Widerspruch vom 19. Februar 2001 gegen den Honorarbescheid für das Quartal III/00 mit Widerspruchsbescheid vom 19. Dezember 2001 zurückgewiesen. Die Begründung entspricht zunächst dem Widerspruchsbescheid zum vorangegangenen Quartal gleichlaufend. Sie hat hierzu ergänzend ausgeführt, nach dem ab 2000 geltenden HVM existierten zwei große Haupttöpfe: der hausärztliche und der Gebiets- (Fach-) ärztliche. Während bislang für budgetierte Leistungen ein garantierter Punktwert von 7,49 DPf ausbezahlt worden sei, habe diese Punktwertgarantie aufgegeben werden müssen. In den beiden großen Töpfen existierte nun grundsätzlich ein durchschnittlicher Punktwert für alle Fachgruppen. Zur Begrenzung der damit verbundenen Honorarumschichtungen sei eine Unterscheidung zwischen budgetierten und unbudgetierten Leistungen vorgenommen worden. Des Weiteren sei in der Anlage II zum HVM ein Katalog förderungswürdiger Leistungen definiert worden. Die Beklagte habe den im Widerspruch gegen den Honorarbescheid sinngemäß enthaltenden Antrag auf Gewährung eines finanziellen Ausgleiches wegen des Vorliegens eines objektiv bedingten Härtefalles geprüft. Gemäß § 4 Abs. 2 Satz 3 HVM i.V.m. der Richtlinie zur Bearbeitung von Widersprüchen in einem gesonderten Verfahren könnten von der Beklagten Entscheidungen zum Ausgleich von Härtefällen getroffen werden. Die Voraussetzungen eines Härtefalles lägen jedoch nicht vor. Bei der Klägerin sei für das Quartal III/00 nur ein Honorarverlust von 5,32 % sowie ein Fallwertverlust von 0,93 % ermittelt worden.

Mit Schriftsatz vom 18. Januar 2002 hat die Klägerin die Klage auf den Honorarbescheid für III/00 erweitert.

Die Beklagte hat schließlich am 30. Juli 2002 den Honorarbescheid für das Quartal I/02 erlassen und der Klägerin ein Honorar von 44.207,78 Euro zuerkannt. Der Abrechnung hat der HVM in der ab 1. Januar 2002 geltenden Fassung vom 30. November 2001 (nachfolgend: HVM 2002) zu Grunde gelegen, der die Verteilung anders vornimmt.

Auch hiergegen hat die Klägerin mit Schreiben vom 28. August 2002 (eingegangen am 2. September 2002) Widerspruch erhoben. Bei einem doppelt gedeckelten Honorarbudget sei es nicht nachvollziehbar, dass angeblich ohne größere Punktwertverwerfungen ständig neue Leistungen in den Gebührenordnungskatalog aufgenommen würden, die alleine von den Fachärzten zu finanzieren seien.

Die Beklagte hat diesen Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 17. März 2003 zurückgewiesen. Zur Begründung hat sie unter anderem ausgeführt, sofern Überschreitungen der Grenzvolumina vorlägen, die auf Praxisbesonderheiten zurückzuführen seien, könne der Vorstand der Beklagten gemäß § 9 Abs. 10 HVM 2002 auf Antrag Abweichungen festlegen. Bei der entsprechenden Prüfung sei festgestellt worden, dass in diesem Quartal eine Unterschreitung des Punktzahlgrenzvolumens und auch der Fallpunktzahl im Vergleich zur Grenzzahlpunktzahl vorliege.

Zur Begründung ihrer Klage gegen den Honorarbescheid für II/00 hat die Klägerin ausgeführt, der entsprechende HVM und der Honorarbescheid seien rechtswidrig, weil das zugrunde liegende GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 rechtswidrig sei. Bei der Verabschiedung im Deutschen Bundestag hätten nämlich 23 Seiten des Gesetzes gefehlt. Die Abstimmung sei nicht wiederholt worden. Das GKV-Gesundheitsreformgesetz habe mit § 85 Abs. 4 a Satz 2 Sozialgesetzbuch 5. Buch (SGB V) erstmals einen Hauptteil der Gesamtvergütung in einen auf die hausärztliche und einen auf die fachärztliche Versorgung entfallenden Anteil aufgeteilt. Die damit beabsichtigte Verbesserung der hausärztlichen Versorgung dürfe jedoch nicht dazu führen, dass im fachärztlichen Bereich die Existenzen zu gefährden seien. [§ 105 Abs. 1 SGB V](#) fordere, die vertragsärztliche Versorgung (insgesamt) sicherzustellen. Die Klägerin und ihre Fachgruppe habe Einbußen von 20 % hinzunehmen und könne bei dieser Honorarsituation nicht mehr existieren. Im Bereich der Urologie und vor allem im Bereich des ambulanten Operierens könnten kostendeckende Leistungserbringungen nicht mal annähernd erreicht werden. Die Punktwerte seien bei den Primärkassen von ohnehin niedrigen 7,48 Pfennig im Durchschnitt 1999 auf 5,83 Pfennig im Durchschnitt 2000 gesunken, bei den Ersatzkassen von 7,7 Pfennig auf 7,58 Pfennig. Beispielsweise sei die Honorierung für eine Operation einer Phimose im Primärkassenbereich von 1999 97,24 DM auf im Jahr 2000 75,725 DM gesunken. Da die Praxiskosten einer urologischen Praxis in den neuen Bundesländern im Durchschnitt 54 % des Umsatzes ausmachten, bedeute ein Umsatzverlust von ca. 20 % eine Reduktion des Bruttoüberschusses von 43,5 %. Notwendige Investitionen zur Aufrechterhaltung einer qualitätsgerechten Patientenversorgung seien nicht mehr möglich. Mittelfristig müsse Personal abgebaut werden und die Ausbildung des Nachwuchses ausgesetzt werden. Die Beklagte habe die notwendigen Korrekturen nicht vorgenommen.

Weiter sei die zugrunde gelegte Bemessungsgrundlage von 1996 ungeeignet, da nicht die tatsächlichen Honoraransprüche der einzelnen Fachrichtungen der Ärzte wiedergegeben seien. Nachfolgenden Korrekturen seien nämlich nicht berücksichtigt worden. Außerdem sei der Trennungsfaktor, der das Volumen der Honorartöpfe von Haus- und Fachärzten bestimme, fehlerhaft berechnet worden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) habe im so genannten Interpretationsbeschluss vom 9. November 2000 festgestellt, dass bei der Berechnung der sogenannten KO-Leistungen nur jene, die von Hausärzten erbracht würden, aus dem Facharzttopf herausgerechnet dürften. Die Beklagte habe aber die gesamten KO-Leistungen aus dem Facharztanteil herausgerechnet. Dies habe zu Honorarverwerfungen geführt. Der Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung sowie der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit seien verletzt. Die Fachgruppenbudget seien nämlich anzupassen, wenn die finanziellen Einbußen der Fachgruppe mindestens 10 % betrügen bzw. sich die Fallzahl der Fachgruppe um mehr als 10 % verändert hätten (Bezugnahme auf BSG, U. v. 7.2.1996 -[6 RKA 83/95](#)) und schließlich der Punktwert der aus einem Honorartopf zu vergütenden Leistungen 15 % oder mehr niedriger liege als der Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen (Bezugnahme auf BSG, U. v. 09.09.1998 -[B 6 KA 55/97 R](#)). Fehlerhaft müssten schließlich die Fachärzte indirekt die Psychotherapeuten subventionieren. Die psychotherapeutische Versorgung dürfe nicht als Teil der fachärztlichen Versorgung angesehen werden. Sie habe aus [§ 105 SGB V](#) ein subjektives Recht auf Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gegenüber der Beklagten.

Die Beklagte hat die angefochtenen Bescheide verteidigt. Sie habe in ihren Honorarverteilungsmaßstäben [§ 84 Abs. 4 a SGB V](#) umgesetzt. Die Fachgruppe der Urologen habe aufgrund dieser geänderten Honorarverteilungsstruktur im Vergleich zum Vorjahr insgesamt keine Honorarverluste hinnehmen müssen. Das Honorar je Urologe habe sich von 400.989 DM auf 401.286 DM um 0,1 % erhöht und im Verhältnis zu 1996 um 1,3 % vermindert. Auch die Punktwerte (Pfennigbetrag pro Punkt) seien in den streitgegenständlichen Quartalen nicht durchgängig unter den Punktwerten der Vorjahresquartale geblieben (vgl. die Darstellung auf Seite 3 des Schriftsatzes. Die von der Klägerin behaupteten Einbußen von 20 % seien nicht eingetreten. Von den 55 Urologen hätten im Abrechnungsquartal II/00 insgesamt 24 Vertragsärzte Mindereinnahmen und 23 Vertragsärzte Mehreinnahmen zu verzeichnen. Von existenzgefährdenden Umsatzverlusten könne keine Rede sein. Andere Facharztgruppen hätten weitaus gravierendere Punktwertminderungen hinnehmen müssen. Die Honorareinbußen der Klägerin seien vor allem durch eine Verminderung der Fallzahl bedingt. Die Klägerin hätte im Quartal II/00 nur 1.140 Fälle eingereicht

gegenüber 1.459 Fällen im entsprechenden Quartal des Vorjahres.

Der Trennungsfaktor sei entgegen der Auffassung der Klägerin korrekt vorgenommen worden. Die Beklagte habe diese KO-Leistungen nämlich von vornherein bei der Berechnung des Trennungsfaktors aus dem Hausarzttopf herausgenommen und dem Facharzttopf zugeordnet.

Die Klägerin hat auch gegen den Honorarbescheid für I/02 am 17. April 2003 Klage erhoben. Das SG hat die Klageverfahren mit Beschluss vom 25. April 2003 verbunden.

Die Klägerin hat in der mündlichen Verhandlung am 25. Februar 2004 nur noch beantragt, die Beklagte unter Abänderung der entsprechenden Honorarbescheide zu verpflichten, die Vergütungsansprüche für die Leistungen der entsprechenden Quartale unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Das SG hat die Klagen mit Urteil vom selben Tag abgewiesen. Sie seien zulässig. Insbesondere sei die Klageerweiterung als solche nach [§ 99 Abs. 1, Abs. 2 SGG](#) zulässig, weil die Beklagte eingewilligt habe. Der Klägerin stehe jedoch kein höherer Anspruch auf Vergütung als beschieden zu. Die Aufteilung der Gesamtvergütung in § 4 Abs. 3 der HVM beachte die gesetzliche Ermächtigung in [§ 85 Abs. 4 und Abs. 4a SGB V](#) und stehe im Einklang mit höherrangigem Recht. Der Trennungsfaktor entspreche den rechtlichen Vorgaben des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000. Es sei sachlich vertretbar, bei der Berechnung des Trennungsfaktors den Leistungsbedarf für KO-Leistungen dem Volumen der Fachärzte zuzurechnen. Bei diesen Leistungen handele es sich nämlich um fachärztliche Leistungen, die nur übergangsweise aufgrund des KO-Kataloges von den Hausärzten hätten erbracht werden dürfen. Eine rechtliche Verpflichtung, die HVM-Struktur und die Aufteilung auf die Facharztgruppen beizubehalten, sei nicht zu erkennen. Das Absinken des Vergütungsniveaus einzelner Fachgruppen sei durchaus in Kauf zu nehmen gewesen und könne nicht als unbeabsichtigte Verwerfung gewertet werden. Auch folge aus [§ 105 SGB V](#) kein Anspruch auf eine Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in einer bestimmten Höhe.

Hiergegen richtet sich die Berufung vom 11. Juni 2004. Zur Begründung hat sich die Klägerin erneut auf die formelle Verfassungswidrigkeit des Gesundheitsreformgesetzes 2000 berufen. Das SG habe ferner die unterschiedlichen Verteilungsregeln (Bildung verschiedener Honorartöpfe, unterschiedliche Honorierung je nach Zugehörigkeit zu einer bestimmten Facharztgruppe, Punktwertverfall) nicht separat als verfassungsrechtlich unbedenklich bezeichnen dürfen. Vielmehr habe eine Gesamtbetrachtung erfolgen müssen. Nach Abzug der Praxiskosten verbleibe der Klägerin nämlich nur eine solche Vergütung, die außer Verhältnis zu dem erzielten Einkommen eines Oberarztes in einer Klinik stehe. Auch unter Einbeziehung der privatärztlichen Leistungserbringung und Einnahmen aus Gutachtertätigkeit erziele die Klägerin kein einem Oberarzt an einer Klinik vergleichbares Einkommen. Die Budgetierung der ärztlichen Leistungen führe zu diesem Ergebnis, da höhere Fallzahlen nicht auch den Honoraranspruch erhöhten, zumal bei höheren Patientenzahlen auch die Fixkosten anstiegen. Die drohende Unwirtschaftlichkeit zwingt die Klägerin letztendlich zur Praxisaufgabe und greife damit in die Berufsausübungsfreiheit ein. Auch sinke der Veräußerungswert der Praxis. Dies stelle einen nicht gerechtfertigten Eingriff in die Eigentumsrechte der Klägerin dar. Die Beklagte könne sich schließlich nicht darauf berufen, nur das GKV-Gesundheitsreformgesetz umgesetzt zu haben. Sie hätte dieses nicht hinnehmen dürfen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 25. Februar 2004 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Honorarbescheides II/00 vom 3. November 2000 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. Oktober 2001, des Honorarbescheides III/00 vom 31. Januar 2001 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Dezember 2001 und des Honorarbescheides I/02 vom 30. Juli 2002 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. März 2003 zu verpflichten, die Vergütungsansprüche der Klägerin für die Leistungen der Quartale II/00, III/00 und I/02 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist unbegründet. Das SG hat die Klagen zu Recht abgewiesen. Auf seine Begründung wird zunächst nach [§ 153 Abs. 2 SGG](#) Bezug genommen.

Rechtsgrundlage für den Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Zahlung vertragsärztlichen Honorars ist [§ 85 SGB V](#) in der Fassung des zum 1. Januar 2000 in Kraft getretenen GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22. Dezember 1999.

Der damals zuständige 25. Senat des Landessozialgericht Brandenburg hat die Beteiligten bereits darauf hingewiesen, dass ein etwaiger formeller Verstoß bei der Verabschiedung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 jedenfalls durch die Beratung und Annahme der Beschlussempfehlung des Vermittlungsausschusses am 16. Dezember 1999 geheilt wurde.

Nach der gesetzlichen Regelung steht jedem Vertragsarzt ein Anspruch auf Teilhabe an den von den Krankenkassen entrichteten Gesamtvergütungen zu, die gemäß [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung zu verteilen sind. Bei der Verteilung sind gemäß [§ 85 Abs. 4](#) Sätze 2 und 3 [SGB V](#) Art und Umfang der von dem betroffenen Vertragsarzt erbrachten - abrechnungsfähigen - Leistungen nach Maßgabe der Regelungen im HVM zu berücksichtigen. Hierbei muss der HVM gemäß [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) Regelungen zur Vergütung der Leistungen der Psychotherapeuten und der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte enthalten, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten. Die Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) hat gemäß [§ 85 Abs. 4](#) a [SGB V](#) erstmalig bis zum 28. Februar 2000 der Bewertungsausschuss zu bestimmen. Zu diesen Kriterien gehören insbesondere solche 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 sind; ferner obliegt es dem Bewertungsausschuss, den Inhalt der nach [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) zu treffenden Regelungen zu bestimmen (so bereits –weitgehend wörtlich LSG Berlin-Brandenburg, U. v. 10.10.2007 – [L 7 KA 11/02-25](#)).

Den vorgenannten verfassungsgemäßen Bestimmungen halten die streitbefangenen Honorarbescheide der Beklagten stand. Die Klägerin kann deshalb mit ihrem Vorbringen, sie sei in Grundrechten aus [Art. 12 Abs. 1](#) und [2](#) sowie [Art. 14 GG](#) verletzt, nicht gehört werden. Gleichzeitig ist für die streitgegenständlichen Zeiträume eine Verletzung der Pflicht der Beklagten zur Kontrolle ihrer Verteilungsregeln nicht ersichtlich:

Gemäß § 4 Abs. 3 HVM der Beklagten in der ab 1. Januar 2000 geltenden Fassung (nachfolgend nur "HVM") ist ein Honorarfond Fachärzte gebildet worden, der aus den separaten Honorarfonds Großgeräte/Strahlentherapie, Psychotherapie, Leistungen der Fachärzte und fachärztliche Leistungen der [§ 311 SGB V](#)-Einrichtungen besteht. Die Leistungen der Fachärzte wurden ab dem Quartal I/00 einheitlich vergütet (§ 8 Abs. 1 HVM). Konkret werden nach § 8 Abs. 4 S. 1-3 HVM nicht praxisbudgetierte Leistungen mit einem durchschnittlichen Punktwert vergütet, der sich aus dem Verhältnis des zur Verfügung stehenden Anteils am verbleibenden Teil des Honorarfonds Fachärzte und den anerkannten Punktzahlen unter Berücksichtigung der Mengenzuwachsbegrenzungsregelung zuzüglich der Kürzungspunktzahlen aus der Praxis- und Zusatzbudgetierung ergibt. Praxisbudgetierte Leistungen werden aus dem Punktwert vergütet, der sich aus dem Verhältnis des verbleibenden Honorars und des unter Berücksichtigung der Praxis- und Zusatzbudgetierung anerkannten Leistungsbedarfs für diese Leistungen ergibt (§ 8 Abs. 4 S. 4 HVM).

Der ab 1. Januar 2002 geltende HVM (nachfolgend: HVM 2002) änderte die Honorarverteilung und hat zwischen Leistungen differenziert, die unter die fallzahlabhängige Leistungssteuerung (§ 8 Abs. 7 HVM 2002) fallen und solchen, die nicht darunter fallen (§ 8 Abs. 6 HVM 2002). Für die Leistungen nach § 8 Abs. 7 HVM 2002 ist ein Punktwertgrenzvolumen (PWGV) in § 9 HVM 2002 eingeführt worden. Dieser Paragraph regelt die Maßnahmen zur fallzahlabhängigen Leistungssteuerung und gilt für alle Beteiligten der in Anlage 2 zum HVM 2002 aufgeführten Arztgruppen. Unberücksichtigt bleiben gemäß § 9 Abs. 1 HVM 2002 lediglich die Behandlungsfälle zur belegärztlichen Behandlungen und solche, bei denen ausschließlich präventive Leistungen abgerechnet würden. Ebenso bleiben Leistungen und Leistungsbereiche gemäß Anlage 3 HVM 2002 unberücksichtigt. Die Leistungen der in Anlage 2 HVM 2002 aufgeführten Arztgruppen werden bis zu dem Punktzahlgrenzvolumen, mit einem festen Punktwert vergütet. Dieses kassenartenspezifische Punktzahlgrenzvolumen ergibt sich aufgrund § 9 Abs. 2 HVM 2002 aus der Multiplikation der kassenartenübergreifenden und arztgruppenspezifischen Grenzfallpunktzahl (GVPZ) mit der kassenarten- und arztgruppenspezifischen Grenzfallzahl (GVZ) und dem praxisindividuellen Anteil der ambulant kurativen Behandlungsfälle gemäß § 9 Abs. 1 HVM 2002 einer Kassenart an der Gesamtfallzahl unter Berücksichtigung des praxisindividuellen Korrekturfaktors gemäß § 9 Abs. 3 HVM 2002. Die angeforderten Punktzahlen, die der fallzahlabhängigen Leistungssteuerung unterliegen, werden maximal bis zu diesem individuellen Punktzahlgrenzvolumen gemäß § 8 Abs. 7 HVM mit einem Punktwert von 4,1 Cent vergütet. Zusätzlich werden nach § 10 HVM 2002 Punkte aus einem Restpunktzahlvolumen, der Differenz zwischen abgerechnetem und anerkanntem Punktzahlvolumen und kassenarten- und arztgruppenspezifischen Punktzahlgrenzvolumen gemäß § 10 Abs. 2 HVM 2002, mit dem sich als Quotient aus noch zur Verfügung stehenden Mitteln und dem Restpunktzahlvolumen ergebenden gefloateten Punktwert vergütet.

Dass die Beklagte vorliegend die geschilderten Vorschriften des HVM und des HVM 2002 unrichtig angewendet und zu rechnerisch fehlerhaften Ergebnissen gekommen ist, ist weder vorgetragen noch ersichtlich.

In rechtlicher Hinsicht bestehen zunächst keine Bedenken dagegen, dass die Beklagte in ihrem HVM 2000 nur noch zwischen Hausärzten und Fachärzten unterschieden hat. Diese Unterscheidung beruht auf der zwingenden Vorgabe des [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#), wonach die Kassenärztlichen Vereinigungen die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung zu verteilen haben. Diese Vorgabe bedeutet, dass zur Vergütung hausärztlicher Leistungen nur das Honorarkontingent für den hausärztlichen Versorgungsbereich zur Verfügung steht und fachärztliche Leistungen ausschließlich aus dem strikt getrennten Honorarkontingent für die fachärztliche Versorgung finanziert werden dürfen mit der Folge, dass Vertragsärzte, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, nur die leistungsproportionale Teilhabe am Honorarkontingent der Hausärzte beanspruchen können und Vertragsärzte, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen, mit ihrem Anspruch auf leistungsproportionale Teilhabe an den Gesamtvergütungen auf das Honorarkontingent der Fachärzte beschränkt sind. Auch punktwertausgleichende Stützungsmaßnahmen zwischen beiden Versorgungsbereichen kommen nicht in Betracht (so bereits –weitgehend wörtlich- LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 10. Oktober 2007 – [L 7 KA 15/03-25](#) – unter Hinweis auf BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr. 24](#)). Im Übrigen folgt die von der Beklagten vorgenommene Unterscheidung zwischen Haus- und Fachärzten dem auf [§ 85 Abs. 4](#) a SGB V gestützten Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000 zur Trennung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung (DÄBl 2000, A-556, abgedruckt auch bei Engelmann (Hrsg); Gesetzliche Krankenversicherung - Soziale Pflegeversicherung, Nr. 766), dessen Vorgaben ebenso wie diejenigen in [§ 85 Abs. 4](#) a SGB V, auf denen er beruht, mit Verfassungsrecht im Einklang stehen (LSG Berlin-Brandenburg, a. a. O., zur Verfassungsmäßigkeit siehe sogleich).

Die Psychotherapeuten sind dabei rechtmäßig der Gruppe der Fachärzte zu geordnet. Sie gehören nicht zu den Hausärzten: Auch soweit sie keine Ärzte sind, nehmen sie an der ärztlichen Behandlung teil ([§ 27 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V](#)). Die psychotherapeutische Behandlung nach [§ 28 Abs. 3 SGB V](#) ist keine hausärztliche nach der Aufteilung des [§ 73 SGB V](#). An der hausärztlichen Versorgung nehmen nur die in [§ 73 Abs. 1a SGB V](#) aufgezählten Ärzte teil.

Die Vorgaben in [§ 85 Abs. 4](#) a SGB V sowie im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000 zur Festlegung von Kriterien für eine nach hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung getrennte Verteilung der Gesamtvergütungen auf die Vertragsärzte verletzen kein Verfassungsrecht (vgl. dazu grundsätzlich Kruse/Hänlein-Auktor, SGB V, § 73 Rdnr. 2). Das BSG hält die Aufteilung seit langem für verfassungsgemäß (U. v. 1.07.1998 – [B 6 KA 27/97 R](#)). Das Bundesverfassungsgericht hat eine Verfassungsbeschwerde (unmittelbar gerichtet gegen das Urteil des BSG v. 18.06.1997 – [6 RKA 13/97](#)) gegen die Trennung der Versorgungsbereiche nicht zur Entscheidung angenommen (B. v. 17.06.1999 – [1 BvR 2507/97](#) – [SozR 3-2500 § 73 Nr. 3](#)). Im Urteil des BSG vom 6.09.2006 (– [B 6 KA 29/05 R](#) –) heißt es im Einzelnen hierzu wörtlich (unter 2.), Juris RdNr. 12ff):

"Die von der Klägerin geltend gemachten verfassungsrechtlichen Bedenken gegen die genannten Vorschriften, die eine nach Versorgungsbereichen getrennte Verteilung der Gesamtvergütungen anordnen, greifen nicht durch.

13 a) Die Beauftragung des Bewertungsausschusses mit der Festlegung von Kriterien zur Aufteilung der Gesamtvergütungen in ein

hausärztliches und ein fachärztliches Honorarkontingent, wie dies in [§ 85 Abs 4a Satz 1 SGB V](#) vorgesehen ist, verstößt nicht gegen Verfassungsrecht. Diese Aufgabenzuweisung an den Bewertungsausschuss als einem Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Vertragsärzteschaft führt allerdings dazu, dass der Spielraum der KÄV bei der Ausgestaltung ihrer Honorarverteilung über die bislang schon bestehenden gesetzlichen Vorgaben hinaus (vgl [§ 85 Abs 4 Satz 3 bis 8 und Abs 4a SGB V](#) idF des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes vom 19. Dezember 1998 - [BGBl I 3853](#)) eine weitere Einschränkung erfährt. Entgegen der Auffassung der Klägerin liegt hierin jedoch kein Verstoß gegen Vorschriften oder Prinzipien des Grundgesetzes (GG).

14 Die KÄVen sind Teil der mittelbaren Staatsverwaltung. Sie sind zwar kraft einfachen Rechts als Selbstverwaltungskörperschaften organisiert ([§§ 77, 79 SGB V](#)), doch garantiert ihnen die Verfassung keinen Kernbereich an Aufgaben, den die staatliche Gesetzgebung zu respektieren hätte (vgl BVerfG (Kammer) [SozR 4-2500 § 266 Nr 7](#) RdNr 24 f; s auch Schiller in Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 2. Aufl 2006, § 5 RdNr 30). Speziell die Honorarverteilung unter die Vertragsärzte ist den KÄVen einfachgesetzlich als öffentliche Aufgabe zugewiesen (BVerfG (Kammer) [SozR 3-2500 § 85 Nr 9](#) S 52; s auch BVerfG (Kammer) [DVBl 1993, 1202](#) sowie [BVerfGE 68, 193](#), 206 f); deren Ausgestaltung und Durchführung kann ihnen daher ohne Verfassungsverstoß auch wieder ganz oder teilweise entzogen, vom Bundesgesetzgeber selbst vorgegeben oder auf andere Stellen übertragen werden. Die Zuweisung der Kompetenz zur Festlegung von Kriterien zur Aufteilung der Gesamtvergütungen in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Honoraranteil an den Bewertungsausschuss führt auch nicht zu einer völligen Sinnentleerung der vertragsärztlichen Selbstverwaltung und damit mittelbar zu einer Beeinträchtigung der Vertragsärzte in ihrer Berufsausübungsfreiheit ([Art 12 Abs 1 GG](#)) im Hinblick darauf, dass diese zwangsweise in ihrer KÄV zusammengeschlossen sind (vgl hierzu Huber, VSSR 2000, 369, 390 f). Denn die Verlagerung dieser Aufgabe auf den Bewertungsausschuss betrifft lediglich eine Detailfrage vorwiegend technischer Art zur Umsetzung der vom Gesetzgeber selbst angeordneten separaten Honorarverteilung für den hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich. Den KÄVen verbleiben auch nach dieser Aufgabenverlagerung sowohl im Rahmen der Honorarverteilung als auch im Bereich ihrer sonstigen Aufgaben (zB Sicherstellung der Versorgung, Qualitätssicherung, disziplinarische Überwachung) noch hinreichend große Gestaltungsspielräume, die sie in Selbstverwaltung sinnvoll wahrnehmen können.

15 b) Die gesetzliche Ermächtigung des Bewertungsausschusses im Zusammenhang mit der Aufteilung der Gesamtvergütungen in ein hausärztliches und ein fachärztliches Honorarkontingent wird auch dem Parlamentsvorbehalt und dem verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgebot gerecht. Nach diesen verfassungsrechtlichen Grundprinzipien ist der parlamentarische Gesetzgeber verpflichtet, alle wesentlichen Entscheidungen in ihren Grundzügen selbst zu treffen; er darf sie nicht anderen Normgebern oder der Exekutive überlassen. Wie weit die parlamentsgesetzlichen Vorgaben ins Einzelne gehen müssen, lässt sich nur mit Blick auf den jeweiligen Sachbereich und auf die Eigenart des betroffenen Regelungsgegenstandes beurteilen. Der Umfang des parlamentarischen Regelungsvorbehalts richtet sich nach der Intensität, mit der die Grundrechte der Regelungsadressaten durch die jeweilige Maßnahme betroffen sind. Deshalb müssen gesetzliche Bestimmungen, die für die Berufsausübung von Bedeutung sind - und hierzu gehören auch die hier streitigen Vergütungsregelungen -, zumindest erkennen lassen, mit welcher Tendenz und nach welchen Grundsätzen die nähere Ausgestaltung durch die zur weiteren Rechtsetzung ermächtigten Selbstverwaltungsorgane zu erfolgen hat. Die Ermächtigungsgrundlage muss zudem dem Gebot der Normenbestimmtheit und Normenklarheit genügen (vgl hierzu BVerfG [NJW 2006, 1939](#), 1947 RdNr 150 unter Hinweis auf [BVerfGE 110, 33](#), 53). Dabei dürfen jedoch die Anforderungen an die Klarheit und Bestimmtheit nicht übersteigert werden. Die Regelungen müssen lediglich so genau gefasst sein, wie dies nach der Eigenart des zu ordnenden Lebenssachverhalts und mit Rücksicht auf den Normzweck erforderlich ist. Es ist dem Gesetzgeber nicht verwehrt, unbestimmte Rechtsbegriffe zu verwenden und Spielräume zu eröffnen. Dem Bestimmtheitsanforderung ist vielmehr Genüge getan, wenn Auslegungsprobleme mit herkömmlichen juristischen Methoden bewältigt werden können. Auch angesichts der Dichte des (sozial-)gerichtlichen Rechtsschutzes besteht keine Veranlassung, die Bestimmtheitsanforderungen an den Gesetzgeber zu verschärfen (vgl BVerfG [NVwZ 2006, 807](#) RdNr 78; zum Vorstehenden s auch ausführlich [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#), jeweils RdNr 28 f).

16 Diesen Erfordernissen entspricht die Regelung in [§ 85 Abs 4a SGB V](#). Auf der Grundlage der vom parlamentarischen Gesetzgeber selbst in [§ 85 Abs 4 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V](#) getroffenen wesentlichen Entscheidung, zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung - insbesondere der "Lotsenfunktion" des Hausarztes - im Rahmen der Honorarverteilung den Hausärzten ab 1. Januar 2000 einen angemessenen Honoraranteil zu sichern (vgl [BT-Drucks 14/1245 S 56](#) - unter 2.), wird der Bewertungsausschuss in [§ 85 Abs 4a Satz 1 SGB V](#) beauftrag, bundeseinheitliche Kriterien zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung zu bestimmen. Nähere Vorgaben dazu, wie hoch der Anteil der Hausärzte an den Gesamtvergütungen im Jahr 2000 sein soll, enthält [§ 85 Abs 4a Satz 2 SGB V](#). Danach ist der auf die hausärztliche Versorgung entfallende Anteil an der Gesamtheit des innerhalb einer KÄV im Jahr 1996 abgerechneten Punktzahlvolumens zu ermitteln, und dieser Prozentsatz soll auch für die Aufteilung der Gesamtvergütungen des Jahres 2000 maßgeblich sein - es sei denn, in den nachfolgenden Jahren 1997 bis 1999 war dieser Anteil der hausärztlichen Leistungen am insgesamt abgerechneten Punktzahlvolumen höher (sog "Bestregelung"). Darüber hinaus enthält [§ 85 Abs 4a Satz 3 SGB V](#) die Anweisung an den Bewertungsausschuss, im Rahmen seiner Regelung Veränderungen in der Zahl an der hausärztlichen Versorgung teilnehmender Ärzte in den Jahren nach 1996 zu berücksichtigen.

17 Diese Vorgaben des parlamentarischen Gesetzgebers entwerfen ein hinreichend dichtes Normprogramm, das die Zielrichtung der vom Bewertungsausschuss zu schaffenden Regelungen klar vorgibt und dem untergesetzlichen Normgeber nur geringen Spielraum in Detailfragen - etwa der Zuordnung fachgruppenübergreifender Gemeinschaftspraxen und von Vertragsärzten mit mehreren Gebietsbezeichnungen - belässt. Die gesetzlichen Vorgaben genügen zudem dem Bestimmtheitsgebot. Insbesondere ist der Gehalt der in [§ 85 Abs 4a Satz 2 SGB V](#) verwendeten Begriffe "auf die hausärztliche Versorgung entfallender Anteil der abgerechneten Punkte" und "gesamtes (abgerechnetes) Punktzahlvolumen" nach den allgemeinen Grundsätzen der Gesetzesauslegung im Kontext der Regelungen in [§ 73 Abs 1](#), 1a, [§ 85 Abs 4 Satz 3](#) und [§ 87 Abs 2 SGB V](#) sowie in Kenntnis der Strukturen des vertragsärztlichen Vergütungswesens ohne weiteres bestimmbar.

18 c) Die vom Bewertungsausschuss getroffene Regelung zur Aufteilung der Gesamtvergütungen genügt ihrerseits dem Gebot der Normenbestimmtheit und Normenklarheit. Die Klägerin moniert insoweit, das in Schritt 1 der Anlage 1 zum Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000 enthaltene Merkmal des "zum Zeitpunkt der Auszahlung" anerkannten Leistungsbedarfs (nach sachlich-rechnerischer Berichtigung unter Berücksichtigung der zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen Teilbudgets bzw Praxisbudgets) sei gänzlich unbestimmt und auch nicht bestimmbar, letztlich nebulös und für sie nicht nachvollziehbar. Dies trifft jedoch nicht zu. Ob eine Norm hinreichend klar und bestimmt ist, kann nicht nach den subjektiven Erkenntnisfähigkeiten eines einzelnen Normunterworfenen

beurteilt werden; vielmehr ist insoweit ein objektiver Maßstab anzulegen. Wie bereits erwähnt genügt es, wenn der Inhalt der Norm mit den herkömmlichen juristischen Auslegungsmethoden unter Berücksichtigung der Eigenarten des geregelten Lebenssachverhalts bestimmbar ist. Das ist hier der Fall. Vor dem Hintergrund der Strukturprinzipien sowie der organisatorischen Regelungen der vertragsärztlichen Vergütung kann für einen durchschnittlichen Betrachter aus den Fachkreisen der Vertragsärzte nicht zweifelhaft sein, dass mit dem "Zeitpunkt der Auszahlung" die Situation bei Erlass der Honorarbescheide für das betreffende Quartal gemeint ist. Auf den Zeitpunkt vorläufiger Abschlagszahlungen, deren Höhe sich regelmäßig nach den Verhältnissen nicht im laufenden Quartal, sondern in zurückliegenden Zeiträumen richtet, kann es insoweit nicht ankommen. Soweit die Klägerin vorbringt, ein zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf könne überhaupt nicht existieren, weil der endgültig anerkannte Leistungsbedarf erst nach Durchführung diverser Überprüfungen - gemeint sind wohl nachgehende sachlich-rechnerische Richtigstellungen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen - sehr viel später feststehe, ist lediglich darauf hinzuweisen, dass eben aus diesem Grund der Bewertungsausschuss aus Praktikabilitätsgründen auf den zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannten Leistungsbedarf, wie er sich aus den Inhalten der ursprünglichen Honorarbescheide ergibt, abgestellt hat.

19 d) Der Ansicht der Klägerin, die genannten Regelungen zur Aufteilung der Gesamtvergütungen seien mit der Verfassung auch deshalb nicht vereinbar, weil sie notwendige Differenzierungen auf regionaler Ebene nicht zuließen, ist nicht zu folgen. Allerdings gebietet der allgemeine Gleichheitssatz des [Art 3 Abs 1 GG](#) dem Gesetzgeber auch, wesentlich Ungleiches ungleich - dh entsprechend der Eigenart des in Rede stehenden Sachbereichs differenziert - zu behandeln (stRspr des BVerfG, zB [BVerfGE 90, 226](#), 239 = [SozR 3-4100 § 111 Nr 6](#) S 29 f; zuletzt BVerfG (Kammer) [NJW 2006, 2246](#) f), sodass ggf auch eine fehlende Berücksichtigung wesentlicher (regionaler) Unterschiede in den maßgeblichen Verhältnissen zur Verfassungswidrigkeit einer Regelung führen kann. Hierfür ist aber im Zusammenhang mit der in [§ 85 Abs 4a SGB V](#) näher konturierten Aufteilung der Gesamtvergütungen nichts ersichtlich. Die dort normierten Vorgaben führen letztlich ab dem Jahr 2000 zur einer Aufteilung der Gesamtvergütungen auf den hausärztlichen bzw fachärztlichen Versorgungsbereich nach Maßgabe der im Zeitraum 1996 bis 1999 vorgefundenen Verhältnisse in der jeweiligen KÄV. Sie sehen also keinen bundeseinheitlich festzulegenden Anteil der Hausärzte an den Gesamtvergütungen vor, sondern knüpfen gerade an die gewachsenen Versorgungsstrukturen in den jeweiligen Regionen an und schreiben diese nach den Abrechnungsergebnissen des für die Hausärzte günstigsten Jahres eines bestimmten Zeitraums fort. Lediglich die Abgrenzung dessen, was hausärztliche und was fachärztliche Leistungen sind, erfolgt bundeseinheitlich nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses. Dies ist im Lichte des [Art 3 Abs 1 GG](#) sachgerecht und nicht zu beanstanden.

20 e) Der weitere Einwand, [§ 85a Abs 4a SGB V](#) sowie der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000 enthielten eine sog "zahlenförmige Norm", entsprächen aber nicht den hierfür von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (vgl [BSGE 89, 259](#), 265 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 34](#) S 193 unter Hinweis auf [BVerfGE 85, 36](#), 57 und auf [BVerwGE 106, 241](#), 247; s dazu auch Wahl in MedR 2003, 569, 571 f), trifft nicht zu. Zahlenförmige Normen sind Vorschriften, die als Berechnungsanleitung für die Ermittlung einer bestimmten rechtsrelevanten Quantität (zB Höhe des Praxisbudgets, Studienplatzkapazitäten, Grenzwerte für Schienenverkehrslärm) ihrerseits bestimmte Zahlen oder Formeln als Tatbestandsmerkmal verwenden und damit im Rahmen der Rechtskontrolle die besondere Problematik aufwerfen, dass der diesen Zahlen und Formeln zugrunde liegende Bewertungs- und Abwägungsvorgang nicht mehr ohne weiteres ersichtlich ist ([BVerfGE 85, 36](#), 57 f). Die Einordnung als "zahlenförmige Norm" führt allerdings nicht zu besonderen Wirksamkeitsvoraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit solch eine Norm gilt. Die Rechtsprechung hat lediglich spezifische verfahrensrechtliche und inhaltliche Maßstäbe für die gerichtliche Überprüfung derartiger Vorschriften entwickelt, die der besonderen Transparenzproblematik Rechnung tragen. 21 Die Vorschrift des [§ 85 Abs 4a SGB V](#) stellt keine zahlenförmige Norm in dem beschriebenen Sinne dar. Sie enthält lediglich Jahreszahlen als zeitliche Eingrenzung, darüber hinaus aber weder Zahlen noch Formeln als Tatbestandsmerkmale zur Bestimmung einer Quantität. Vielmehr ordnet die Ermächtigungsnorm in herkömmlicher Weise mit Hilfe sprachlicher Vorgaben an, auf welche Art und Weise die Aufteilung der Gesamtvergütungen vom Bewertungsausschuss zu regeln ist. Das ihr zugrunde liegende Gestaltungsprinzip ist ohne weiteres transparent. Es soll - bezogen auf die regionalen Verhältnisse in der jeweiligen KÄV - nach einheitlichen Abgrenzungsregeln der in den Jahren 1996 bis 1999 tatsächlich auf hausärztliche Leistungen entfallende Anteil aller für vertragsärztliche Leistungen abgerechneten Punkte nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) ermittelt werden; der höchste in diesem Zeitraum feststellbare Anteil (Bruchteil) soll dann künftig zur Sicherung eines angemessenen Honoraranteils der Hausärzte maßgeblich sein.

22 Auch der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000 enthält keine zahlenförmige Norm. Er gibt zwar eine Berechnungsanleitung zur Ermittlung einer gemäß [§ 85 Abs 4 Satz 1](#) iVm Abs 4a Satz 1 SGB V rechtserheblichen Quantität - nämlich der Höhe des hausärztlichen Vergütungsanteils - vor. Dabei verwendet er aber keine abstrakten Zahlen oder Formeln als nicht weiter hinterfragbare Tatbestandsmerkmale, sondern beschreibt Schritt für Schritt in Textform nach inhaltlich bezeichneten Kriterien die durchzuführenden Operationen zur Ermittlung dieses Bruchteils (Teil I Nr 1.1 bis Nr 2.2 des Beschlusses). Eine gegenüber herkömmlichen Normen spezifische Transparenzproblematik besteht somit nicht. Dies gilt auch für die detaillierte Rechenanleitung in Anlage 1 zum Beschluss vom 16. Februar 2000. Soweit dort Formeln aufgeführt sind, geben sie lediglich in einer anderen Darstellungsart die zuvor inhaltlich festgelegten Berechnungsschritte wieder. Konkrete Einwendungen gegen die Richtigkeit dieser Berechnungsschritte zur Ermittlung des trennungsrelevanten Anteils und zur anschließenden Aufteilung der Gesamtvergütungen bzw gegen ihre Vereinbarkeit mit den gesetzlichen Vorgaben in [§ 85 Abs 4a SGB V](#) hat die Klägerin nicht vorgebracht.

23 f) Die Regelung in [§ 85 Abs 4a Satz 2 SGB V](#) ist auch insoweit mit der Verfassung vereinbar, als in ihr für die Bestimmung des hausärztlichen Vergütungsanteils ab dem Jahr 2000 primär an die tatsächlichen Verhältnisse des Jahres 1996 angeknüpft wird (nach Hess in Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, Stand 1. Mai 2006, [§ 85 SGB V](#) RdNr 75, waren trotz der "Bestregelung" tatsächlich in nahezu allen KÄVen die Verhältnisse des Jahres 1996 für die Festlegung des Trennungsanteils maßgeblich; lediglich in den KÄVen Niedersachsen und Saarland waren die Anteile des Jahres 1997 günstiger). Die Anknüpfung an die Abrechnungsverhältnisse des Jahres 1996 überschreitet nicht den Gestaltungsspielraum, der auch dem Parlamentsgesetzgeber bei von ihm selbst getroffenen Regelungen zur Honorarverteilung zukommt (vgl BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 16](#) RdNr 10). Prinzipiell ist auch der Parlamentsgesetzgeber dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ([Art 12 Abs 1](#) iVm [Art 3 Abs 1 GG](#), vgl hierzu BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 17](#) RdNr 10 f, mwN) verpflichtet. Die von ihm in [§ 85 Abs 4a Satz 2 SGB V](#) getroffene Regelung verletzt jedoch diesen Grundsatz nicht."

Der hier erkennende Senat schließt sich diesen Ausführungen aus eigener Überzeugung an.

Dass die Klägerin als Urologin aufgrund des einheitlichen Facharzttopfes grundsätzlich andere Facharztgruppen und die Gruppe der

Psychotherapeuten "mitsubventionieren" muss, weil es zu Veränderungen zu Lasten ihrer Facharztgruppe zu Gunsten anderer kommen kann, muss sie also grundsätzlich hinnehmen.

Soweit die Klägerin die Aufteilung der Budgets in Hausarzt- und Facharzttopf bemängelt, insbesondere hinsichtlich der sogenannten KO-Leistungen, hat hierzu bereits das SG Stellung genommen. Das BSG hat sich hierzu und zur Kritik an der Verteilung durch die Regelungen des Bewertungsausschusses auch bereits geäußert und diese für rechtmäßig erachtet (Urteil vom 29. August 2007 – [B 6 KA 36/06 R](#) –). Der hier erkennende Senat macht sich diese Ausführungen als überzeugend zu Eigen (Juris RdNr. 19ff).

19 "Die Regelung in [§ 85 Abs 4a SGB V](#) enthält eine mit den Vorschriften des GG vereinbare Ermächtigungsgrundlage für den Bewertungsausschuss zur normativen Festlegung von Kriterien zur Aufteilung der Gesamtvergütungen in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Anteil. Der Senat hat das bereits im Urteil vom 6.9.2006 (SozR 4-2500 §85 Nr 26 RdNr 13 ff) näher dargelegt. Weitere Ausführungen hierzu erübrigen sich, zumal das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) die gegen diese Entscheidung erhobene Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung angenommen hat (BVerfG (Kammer), Beschluss vom 10.5.2007 - [1 BvR 442/07](#)). 20 Der Bewertungsausschuss hat mit seiner Regelung die Grenzen des ihm vom parlamentarischen Gesetzgeber in [§ 85 Abs 4a Satz 3 SGB V](#) eröffneten Gestaltungsspielraums nicht überschritten. Diese Vorschrift steht in innerem Zusammenhang mit dem in Satz 1 aaO vorgegebenen grundlegenden Auftrag an den Bewertungsausschuss, Kriterien nicht nur für die erstmalige Festlegung der Vergütungsanteile für den hausärztlichen und den fachärztlichen Bereich, sondern auch für deren Anpassung an relevante Veränderungen der vertragsärztlichen Versorgung zu bestimmen. Satz 3 aaO legt als weitere Konkretisierung des Normprogramms - und Einschränkung des Gestaltungsspielraums des untergesetzlichen Normgebers - fest, dass Veränderungen in der Zahl der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in den Jahren nach 1996 zu berücksichtigen sind. Veränderungen solcher Art werden mithin als in jedem Falle für die Anpassung der Honoraranteile bedeutsam vorgegeben; dem Bewertungsausschuss bleibt damit insoweit nur noch, das "wie" von deren Berücksichtigung festzulegen und erforderlichenfalls weitere Merkmale für strukturelle Veränderungen in der vertragsärztlichen Versorgung als Auslöser einer Anpassung der Honoraraufteilung zwischen hausärztlichem und fachärztlichem Versorgungsbereich zu beschreiben. Die Vorgabe, Veränderungen in der Zahl der Hausärzte "in den Jahren nach 1996" zu berücksichtigen, führt außerdem dazu, dass bereits im Rahmen der erstmaligen Trennung der hausärztlichen und fachärztlichen Vergütungsanteile - also für das Quartal I/2000 - diesem Umstand Rechnung zu tragen war (vgl Abschnitt A Teil I Nr 1.1.2 des Beschlusses vom 16.2.2000). 21 Es ist mit höherrangigem Recht vereinbar, dass der Bewertungsausschuss in seinen Regelungen für die Jahre 2000 und 2001 - nur diese sind hier entscheidungserheblich - lediglich Versorgungsbereichswechsel als für die Versorgungssituation und deshalb auch für die Honoraraufteilung relevante strukturelle Veränderung in der Zahl der Hausärzte anerkennt, andere denkbare Anlässe für Veränderungen der Zahl an Hausärzten oder der Relation zwischen Haus- und Fachärzten hingegen unberücksichtigt gelassen hat. Hierfür sprechen sachliche Gründe, die geeignet sind, diese Regelung zu rechtfertigen. 22 Nicht im Streit steht zwischen den Beteiligten die Befugnis des Bewertungsausschusses, die auf Versorgungsbereichswechseln beruhenden Veränderungen in der Zahl der Hausärzte in der Weise zu berücksichtigen, wie dies in Abschnitt A Teil I Nr 1.1.2 (für die erstmalige Berechnung der Vergütungsanteile) bzw Nr 2.2 (für Versorgungsbereichswechsel ab 1.1.2000) seines Beschlusses vom 16.2.2000 sowie in Abschnitt B Nr 1.2 des Beschlusses vom 20.6.2000 (für Versorgungsbereichswechsel ab 1.1.2001) vorgesehen ist. Hiernach erfolgte ein automatischer Transfer der Honoraranteile eines die Versorgungsbereiche wechselnden Arztes in den jeweils anderen Honorartopf (von Hess in Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, Band 1, Stand 1.3.2007, § 85 RdNr 78, als "Rucksackverfahren" bezeichnet), wobei die hausärztlichen Grundvergütungen und später - ab 1.1.2001 - auch Honoraranteile für KO-Leistungen im hausärztlichen bzw fachärztlichen Bereich verblieben. Diese Regelung steht nicht im Widerspruch zur Rechtsprechung des Senats, nach der es mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht vereinbar ist, wenn allein die Erhöhung der Arztzahl einer Fachgruppe automatisch und unabhängig davon, ob damit eine bedarfsbedingte Veränderung des Leistungsgeschehens in medizinischer Hinsicht einhergeht, eine Steigerung ihres Honorarvolumens zu Lasten anderer nach sich zieht (Senatsbeschlüsse vom 22.6.2005 - [B 6 KA 68/04B](#) - und vom 23.5.2007 - [B 6 KA 85/06 B](#) - juris). Denn im speziellen Fall des Wechsels von Vertragsärzten aus der hausärztlichen Betreuung in die fachärztliche Versorgung (oder umgekehrt) führt nicht allein die Veränderung der Arztzahlen im hausärztlichen bzw fachärztlichen Versorgungsbereich zu einem Honorartransfer; vielmehr ist hiermit stets auch eine Änderung des realen medizinischen Versorgungsgeschehens verbunden. Der in die fachärztliche Versorgung überwechselnde bisherige Hausarzt nimmt künftig nicht mehr die spezifisch hausärztlichen Betreuungs- und Koordinierungsfunktionen wahr, wird jedoch seine bisherigen Patienten weiterhin behandeln, soweit dies die Notwendigkeit der Beachtung der Fachgebietsgrenzen zulässt. Ein bislang in der fachärztlichen Versorgung tätiger Vertragsarzt kann nach einem Versorgungsbereichswechsel zwar zahlreiche bislang von ihm erbrachte Leistungen des sog KO-Katalogs nicht mehr abrechnen, wird aber seine bisherigen Patienten nunmehr in der hausärztlichen Versorgung weiter betreuen und den Behandlungsumfang darauf abstellen. Wegen dieser Veränderungen im realen Leistungsgeschehen ist der vom Bewertungsausschuss im Falle von Versorgungsbereichswechseln vorgesehene automatische Transfer der Honoraranteile der wechselnden Vertragsärzte (unter Ausklammerung der an einen Versorgungsbereich gebundenen Leistungen) nicht zu beanstanden. 23 Der Bewertungsausschuss war entgegen der Ansicht des Klägers und des SG nicht verpflichtet, bei der Umsetzung des [§ 85 Abs 4a Satz 3 SGB V](#) über Versorgungsbereichswechsel hinaus auch die Zahl neu zugelassener Hausärzte zu berücksichtigen. Das LSG weist in diesem Zusammenhang zunächst zutreffend darauf hin, dass die unterbliebene Berücksichtigung eines zur Erhöhung der Hausärztezahl führenden Umstands bei der Honoraraufteilung zwischen Haus- und Fachärzten den Kläger als Facharzt begünstigt, sodass hieraus eine Rechtsverletzung zu seinen Lasten nicht hergeleitet werden kann. Unabhängig davon wäre eine automatische Erhöhung des hausärztlichen Honoraranteils allein wegen zusätzlich zugelassener - zuvor nicht als Vertragsarzt tätiger - Hausärzte mit dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht vereinbar. Denn der hausärztliche Betreuungsbedarf der Versicherten, dessen Deckung mit einem angemessenen Vergütungsanteil honoriert werden soll, erhöht sich infolge Zulassung zusätzlicher Hausärzte als Leistungserbringer auf der Angebotsseite nicht (vgl die Senatsbeschlüsse vom 22.6.2005 und 23.5.2007, [aaO](#)). Entsprechendes gilt für das Unterlassen der Berücksichtigung einer Reduzierung der Zahl an Hausärzten, die eintritt, wenn Zulassungen für diesen Versorgungsbereich durch Tod, Erreichen der Altersgrenze, Verzicht oder Entziehung der Zulassung enden, ohne dass eine Nachfolgezulassung (vgl [§ 103 Abs 4 SGB V](#)) erteilt wird. In solchen Konstellationen ist offensichtlich, dass sich der hausärztliche Betreuungsbedarf der Versicherten infolge Schließung bestehender Hausarztpraxen nicht verringert, die betroffenen Patienten vielmehr von anderen Hausärzten mit versorgt werden müssen. Dem Bewertungsausschuss wäre es deshalb verwehrt, allein die Erhöhung oder Verminderung der Zahl der Hausärzte zum Anlass für eine Anpassung der hausärztlichen bzw fachärztlichen Vergütungsanteile zu nehmen. Davon abgesehen ist nach den Feststellungen des LSG die Zahl der im Bezirk der Beklagten zugelassenen Hausärzte zwischen 1996 und 2004 ohnehin praktisch konstant geblieben (Rückgang von 2.094 auf 2.076 Hausärzte, dh um 0,86 %), sodass eine vertiefte Erörterung dieses Aspekts nicht veranlasst ist. 24 Weiterhin ist nicht zu beanstanden, dass Änderungen im Zahlenverhältnis zwischen Hausärzten und Fachärzten, die sich aufgrund einer deutlichen Zunahme an Fachärzten ergaben, in den Festlegungen des Bewertungsausschusses für die Bestimmung des hausärztlichen bzw fachärztlichen

Vergütungsanteils für die hier maßgeblichen Jahre 2000 und 2001 keine Berücksichtigung gefunden haben. 25 Dem Berufungsgericht ist allerdings nicht zu folgen, soweit es unter Bezugnahme auf Hess (aaO, [§ 85 SGB V](#) RdNr 78) der Vorschrift des [§ 85 Abs 4a Satz 3 SGB V](#) im Umkehrschluss das Verbot einer Berücksichtigung der Entwicklung der Zahl an Fachärzten entnimmt und deshalb im Falle eines deutlichen Fortschreitens der Leistungsmengen- und Arzthäufigkeitsentwicklung zu Lasten des hausärztlichen Bereichs ein korrigierendes Eingreifen des parlamentarischen Gesetzgebers für erforderlich hält. Diese Argumentation wird dem inneren Zusammenhang der Regelungen in den Sätzen 1 und 3 des [§ 85 Abs 4a SGB V](#) nicht ausreichend gerecht. Diese schreiben - wie bereits ausgeführt - eine Berücksichtigung von Veränderungen in der Zahl der Hausärzte zwingend vor, gestatten aber auch die Anpassung an andere, nicht näher spezifizierte strukturelle Veränderungen in der Versorgungslandschaft (s hierzu Abschnitt B Nr 4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 20.6.2000, aaO). Deshalb ist der Bewertungsausschuss prinzipiell befugt und gehalten, in der Versorgungsrealität eventuell zu beobachtende strukturelle Leistungsverlagerungen in den fachärztlichen Bereich, die möglicherweise mit einer steigenden Zahl an Fachärzten - auch unabhängig von Versorgungsbereichswechseln - einhergehen, durch entsprechende Vorgaben für die Anpassung der Vergütungsanteile beider Versorgungsbereiche so zu berücksichtigen, dass ein Eingreifen des Gesetzgebers nicht erforderlich wird (s hierzu auch BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 24](#) RdNr 17). Allein der Anstieg der Zahl an Fachärzten kann allerdings einen Honorartransfer von der hausärztlichen in die fachärztliche Versorgung nicht rechtfertigen. 26 Der Bewertungsausschuss hat sich der in [§ 85 Abs 4a Satz 1 SGB V](#) begründeten Verpflichtung, Veränderungen im Versorgungsbedarf und in der Versorgungsstruktur zu beobachten und erforderlichenfalls die Vorgaben für die Trennung der Gesamtvergütungen in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Honoraranteil anzupassen, nicht entzogen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Verpflichtung des Bewertungsausschusses zur Festlegung von Regelungen zur Trennung der Vergütungsanteile erstmals durch das am 29.12.1999 verkündete GKVRefG 2000 geschaffen wurde und kurzfristig bis zum 28.2.2000 umzusetzen war (zur Streichung der Worte "erstmalig bis zum 28. Februar 2000" in [§ 85 Abs 4a Satz 1 SGB V](#) s Art 1 Nr 64 Buchst i) Doppelbuchst aa) GMG). Der Bewertungsausschuss hat die rasch erforderlichen Festlegungen zur erstmaligen Trennung der Vergütungsanteile in seinem Beschluss vom 16.2.2000 bewältigt und sodann in Abschnitt B Nr 4.1 des nachfolgenden Beschlusses vom 20.6.2000 das Programm zur Berücksichtigung von anderen versorgungsbereichsübergreifenden Leistungsverlagerungen bei der Trennung der Gesamtvergütungen konzipiert. Er hat zur Bewältigung dieser Aufgabe die Notwendigkeit einer genaueren Kenntnis der Entwicklungen an den Schnittstellen der Versorgungsbereiche gesehen und deshalb angekündigt, im Jahr 2001 eine repräsentative Auswertung versorgungsbereichsübergreifender Leistungsverlagerungen im Jahr 2000 - also nach erstmalig erfolgter Trennung der Honoraranteile - vorzunehmen, um anschließend auf einer durch ausreichende Daten gesicherten Grundlage erforderlichenfalls Beschlüsse zu fassen. Entsprechende Beschlüsse wurden sodann vom Bewertungsausschuss mit Wirkung ab 1.1.2002 getroffen (vgl Engelmann, aaO, Nr 767a). Unter Berücksichtigung der Komplexität der Aufgabe, Veränderungen in der Versorgungsstruktur zu erfassen und auf ihre Relevanz für die Trennung der Versorgungsbereiche zu bewerten, ist diese Vorgehensweise nicht zu beanstanden. 27 Die Auffassung des Klägers, eine Nichtberücksichtigung der Steigerung der Zahl der Fachärzte im Vergleich zur gleich gebliebenen Zahl der Hausärzte bei der Aufteilung der Gesamtvergütungen auf den hausärztlichen und den fachärztlichen Bereich bewirke eine einseitige Belastung der Fachärzte und damit einen Verstoß gegen [Art 3 Abs 1 GG](#), trifft nicht zu. Der Kläger beanstandet insoweit im Kern, es sei ungerecht, der in etwa gleich bleibenden Zahl von Hausärzten einen konstanten Honoraranteil zu belassen, diese mithin im Ergebnis von den Auswirkungen einer zunehmenden Zahl an Vertragsärzten freizustellen, während die Gruppe der Fachärzte die finanziellen Folgen dieser Entwicklung alleine tragen müsse. Eine Ungleichbehandlung im Wesentlichen gleich gelagerter Sachverhalte liegt jedoch nicht vor. Wie bereits ausgeführt, muss nach den Regelungen in [§ 85 Abs 4, 4a SGB V](#) und dem von der Rechtsprechung näher konkretisierten Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit auch die Gruppe der Hausärzte das Risiko einer Arzthäufigkeitssteigerung selbst tragen und aus dem für die hausärztliche Versorgung zur Verfügung stehenden Honoraranteil finanzieren. Beiden Leistungsbereichen kommen die regelmäßigen Erhöhungen der Gesamtvergütungen ([§ 85 Abs 3 iVm § 71 SGB V](#)) entsprechend ihrem Anteil am Versorgungsbedarf gleichermaßen zugute. Hier wie dort können nur festgestellte Veränderungen in der Struktur der Leistungsanspruchnahme durch die Versicherten - dh im medizinischen Bedarf - eine Veränderung des Zuschnitts der jeweiligen Anteile bewirken, nicht aber eine bloße Erhöhung der Zahl der jeweiligen Leistungserbringer im Versorgungsbereich. Auch unter Berücksichtigung des Umstands, dass seit vielen Jahren die Zahl der Hausärzte in etwa konstant bleibt bzw leicht sinkt, während die Zahl der Fachärzte deutlich ansteigt (vgl Tabellen I.5 und I.6 - dort jeweils Zeilen 21 und 22 - in den Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2006, herausgegeben von der KÄBV), ist eine Ungleichbehandlung gleicher Sachverhalte nicht festzustellen. Mit der Definition unterschiedlicher medizinischer Versorgungsfunktionen einer hausärztlichen und einer fachärztlichen Tätigkeit und mit der Trennung der ursprünglich gemeinsam verteilten Gesamtvergütungen zum 1.1.2000 hat der Gesetzgeber in zulässiger Weise eine Differenzierung innerhalb der Arztberufe vorgenommen (vgl [BSGE 80, 256](#) = [SozR 3-2500 § 73 Nr 1](#); s auch BVerfG (Kammer) [SozR 3-2500 § 73 Nr 3](#)). Dies führt dazu, dass eine Entwicklung, die sich auf die Verhältnisse in der Gruppe der Fachärzte beschränkt, keine Ungleichbehandlung im Verhältnis zu der hiervon nicht betroffenen Gruppe der Hausärzte entfalten kann."

Zur grundsätzlichen Entwicklung des Wertes einer vertragsärztlichen Leistung heißt es schließlich überzeugend im Urteil des BSG vom 17. September 2008 ([B 6 KA 48/07 R](#), Juris-RdNr. 25ff):

"Rechtlich betrachtet vergüten die Ersatzkassen überhaupt keine einzelnen ärztlichen Leistungen. Vielmehr entrichtet die Krankenkasse gemäß [§ 85 Abs 1 SGB V](#) (in der bis 31.12.2001 geltenden Fassung) bzw [§ 85 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) (in der vom 1.1.2002 bis 31.12.2005 geltenden Fassung) für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder an die jeweilige KÄV mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung. Nach der gesetzlichen Definition ist die Gesamtvergütung das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden Leistungen ([§ 85 Abs 2 Satz 2 Halbsatz 1 SGB V](#) in der ab 1.1.1999 geltenden Fassung) Schon der Begriff Gesamtvergütung stellt klar, dass die Krankenkassen mit dieser Vergütung die Gesamtheit der von den KÄVen gemäß [§ 75 Abs 1 SGB V](#) sicherzustellenden vertragsärztlichen Versorgung abgelden (hierzu s [BSGSozR 3-2500 § 85 Nr 40 S 319, 323](#)). Die Höhe der von den Vertragsärzten für die einzelne vertragsärztliche Leistung zu beanspruchende Vergütung ergibt sich hieraus nicht ohne Weiteres. 26 Der "Wert" einer vertragsärztlichen Leistung bestimmt sich zum einen nach den gemäß [§ 87 Abs 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V](#) im einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen festgelegten Punktzahlen als Ausdruck des wertmäßigen Verhältnisses der abrechnungsfähigen Leistungen zueinander, zum anderen durch Punktwerte, durch welche die abstrakte Bewertung nach Punktzahlen konkretisiert wird. Während einer der beiden Berechnungsfaktoren - die Punktzahl - aufgrund der im einheitlichen Bewertungsmaßstab getroffenen Bewertungen feststeht, wirken auf den anderen Berechnungsfaktor - den Punktwert - zwei Einflussfaktoren ein, nämlich zum einen die Höhe der Gesamtvergütung, zum anderen Verteilungsregelungen des HVM. Während das Gesamtvergütungsvolumen festlegt, welche Geldmenge überhaupt für die Vergütung einzelner ärztlicher Leistungen zur Verfügung steht, bestimmt die Honorarverteilung, welcher Anteil hiervon auf den einzelnen Vertragsarzt entfällt. Ob für die Vergütung der Leistungen im Rahmen der freien Heilfürsorge nur der erstgenannte Faktor oder beide Faktoren zu berücksichtigen sind, lässt sich [§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) nicht unmittelbar entnehmen. 27 Dieser Umstand ist nicht zuletzt durch die Rechtsentwicklung bedingt. (...) 29 Welche Methode zur Berechnung des Punktwertes für die Leistungen gegenüber

Heilfürsorgeberechtigten Patienten [§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) auf dem Hintergrund dieser Rechtsentwicklung im Streitgegenständlichen Zeitraum vorschreibt oder zulässt, muss deshalb durch Auslegung dieser Norm ermittelt werden. Diese ergibt, dass der von der Beklagten beschrittene Weg der rechnerischen Ermittlung eines einheitlichen Durchschnittspunktwertes für alle Ersatzkassen und der Vergütung aller Leistungen mit diesem Punktwert zulässig ist. 30 Zum einen liegt es, da die Ersatzkassen pauschal eine Gesamtheit von Leistungen vergüten, nahe, den für die Vergütung der einzelnen Leistung maßgeblichen Punktwert ebenso pauschal durch Division des Gesamtbetrages der Vergütung durch die Gesamtheit der Leistungen (in Punktzahlen) zu ermitteln. Zum anderen stellt die Norm nicht darauf ab, wie die ärztlichen Leistungen als solche zu vergüten sind, sondern darauf, wie die Ersatzkassen diese vergüten. Damit verweist schon der Wortlaut allein auf das für die Ersatzkassen maßgebliche Recht sowie auf die Rechtsbeziehungen zwischen den Ersatzkassen und der KÄV und nicht auf den davon zu unterscheidenden Rechtskreis der Honorarverteilung zwischen der KÄV und den Vertragsärzten. Hierfür spricht auch ein Vergleich mit der in [§ 120 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) getroffenen Regelung über die Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen, welche durch ihre Formulierung "nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen" auf das für Vertragsärzte geltende Recht Bezug nimmt und damit unzweifelhaft Regelungen der Honorarverteilung einbezieht. 31 Dies bestätigen auch systematische Erwägungen. Der von der Klägerin begehrten Berücksichtigung der Auszahlungspunktwerte steht entgegen, dass in diese Berechnungsfaktoren einfließen, welche die Ersatzkassen - jedenfalls nach dem hier noch maßgeblichen Recht - rechtlich nicht tangieren und allenfalls mittelbar in Bezug zu der von den Ersatzkassen gewährten Vergütung stehen. 32 In der vertragsärztlichen Versorgung ist zu unterscheiden zwischen der Vergütung, welche die Krankenkassen an die KÄV für die durch diese sicherzustellende vertragsärztliche Versorgung leisten, und der Verteilung dieser Vergütung an die an dieser Versorgung teilnehmenden Ärzte. Bei der Berechnung und Zahlung der Gesamtvergütungen auf der einen und der Verteilung der Gesamtvergütungen auf der anderen Seite handelt es sich um zwei eigenständige, formal getrennte Rechtskreise (hierzu s [BSGE 31, 23](#), 28 = SozR Nr 13 zu § 368f RVO, BI A a 19; [BSGE 61, 19](#), 25 = [SozR 2200 § 368f Nr 11](#) S 34; Hessin Kasseler Kommentar, [§ 85 SGB V](#) RdNr 3). Der Anspruch auf Zahlung der Gesamtvergütungen gegen die Krankenkassen steht - wie die Formulierung "mit befreiender Wirkung" in [§ 85 Abs 1 \(Satz 1\) SGB V](#) klarstellt - ausschließlich der jeweiligen KÄV, nicht den einzelnen Vertragsärzten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen zu; deren Anspruch auf Teilhabe an der Gesamtvergütung, also auf Verteilung derselben, richtet sich entsprechend ausschließlich gegen die jeweils zuständige KÄV (vgl BSG SozR Nr 31 zu [§ 75 SGG](#), BI D a 11). Selbst bei einer nach Einzelleistungen berechneten Gesamtvergütung sind die von den Mitgliedern einer KÄV erbrachten Leistungen nur unselbstständige Rechnungsposten innerhalb des der KÄV zustehenden Anspruchs auf die Gesamtvergütung (s BSG SozR Nr 31 zu [§ 75 SGG](#), BI D a 11). 33 Jedenfalls nach dem bis zum 31.12.2003 maßgeblichen und daher hier zugrunde zu legenden Recht beschränkte sich die Verpflichtung der Ersatzkassen auf die Zahlung der Gesamtvergütungen. Bei der sich daran anschließenden Verteilung der Gesamtvergütungen handelte es sich - von der Herstellung des Benehmens über den von der KÄV als Satzung (hierzu s BSG [SozR 3-2200 § 368f Nr 3](#) S 4; [BSGE 81, 86](#), 102 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 18](#) S 98; [SozR 3-2500 § 85 Nr 45](#) S 377; [SozR 3-2500 § 85 Nr 47](#) S 394; BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 17](#) RdNr 9 ff, 13 ff; BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 28](#) RdNr 12) zu beschließenden HVM abgesehen - um eine rein innerärztliche Angelegenheit. Da [§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) auf die von den Ersatzkassen zu zahlende Vergütung Bezug nimmt, spricht auch dies dafür, bei der fiktiven Bestimmung des Punktwerts Regelungen der Honorarverteilung außer Betracht zu lassen. Insbesondere gilt dies für Mechanismen, die - wie etwa Individualbudgets oder arztgruppenbezogene Honorartöpfe - von den jeweiligen Normgebern, bis zum 31.12.2003 also den KÄVen, innerhalb der ihnen zustehenden Gestaltungsfreiheit (s hierzu BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 34](#) S 263, 269; BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 17](#) RdNr 9, 13, 22; s schon [BSGE 22, 218](#), 224 = SozR Nr 4 zu § 368f RVO, BI A a 5, 6) entwickelt worden sind. 34 Nichts anderes gilt im Ergebnis auch hinsichtlich der gesetzlichen Vorgaben für die Honorarverteilung (ebenso Hesral in jurisPK-SGB V, [§ 75 RdNr 73](#)) Nach [§ 85 Abs 4 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V](#) in der ab dem 1.1.2000 geltenden Fassung (vgl Art 22 Abs 5 des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000, [BGBl I 1999, S 2626](#), 2655) sind die Gesamtvergütungen für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung getrennt zu verteilen. Gemäß [§ 85 Abs 4a Satz 1 Halbsatz 1 SGB V](#) hat der Bewertungsausschuss zudem Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen, insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung zu bestimmen. Nach dem Wortlaut der Normen wie auch ihrer systematischen Stellung beschränkt sich deren Wirkung auf den Bereich der Honorarverteilung. Im Verhältnis zu den Krankenkassen haben sie keine Auswirkungen dergestalt, dass bereits die nach [§ 85 Abs 1 \(Satz 1\) SGB V](#) zu entrichtende Gesamtvergütung in zwei getrennte Anteile - einen hausärztlichen und einen fachärztlichen - zu unterteilen wäre. [§ 85 Abs 4 Satz 1 Halbsatz 2 und Abs 4a Satz 1 SGB V](#) ändern nichts daran, dass jede Krankenkasse weiterhin eine Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung entrichtet. Auch der erkennende Senat hat in seinem Urteil vom 29.8.2007 ([B 6 KA 36/06 R](#), SozR 4-2500 § 85 Nr 39 RdNr 14) ausgeführt, dass die KÄV die Aufteilung der Gesamtvergütung, die für die gesamte vertragsärztliche Versorgung mit befreiender Wirkung entrichtet wird und nicht nach Versorgungsbereichen differenziert ist, in ein hausärztliches und in ein fachärztliches Honorarkontingent auf der Grundlage ihres HVM vornehme. Wenn im Übrigen [§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) im Sinne der Klägerin so verstanden werden müsste, dass der Vertragsarzt in jedem Behandlungsfall zu Lasten eines besonderen Kostenträgers so zu stellen sei, als wäre der Patient Mitglied einer Ersatzkasse, müssten auch alle weiteren die Vergütung von Leistungen im Ersatzkassenbereich betreffenden Regelungen, insbesondere alle Maßnahmen zur Honorar- und Mengenbegrenzung zur Anwendung kommen. Dies ist jedoch - bislang unstrittig - nicht der Fall. 35 Der Vergütung der im Rahmen der Heilfürsorge erbrachten Leistungen mit einem rechnerisch ermittelten durchschnittlichen Punktwert steht auch nicht der Zweck der Regelung bzw deren Entstehungsgeschichte entgegen. In der Gesetzesbegründung zu [§ 368n Abs 2 Satz 4 RVO \(RegE-KVKG, BT-Drucks 8/166 S 29\)](#) heißt es lediglich, die Ergänzung erweitere den Auftrag der KÄVen auf die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von Heilfürsorgeberechtigten und die dort genannten weiteren Untersuchungen und sehe dafür eine Vergütungsregelung vor. Dahinter stand das Interesse der zur Vergütung verpflichteten Bundesrepublik Deutschland, sich durch die Ankoppelung an die RVO-Regelungen die Mühen eigener Vertragsverhandlungen mit den Risiken vertragsloser Zustände zu ersparen und zudem eine Kostenentlastung gegenüber der bislang zugrunde gelegten amtlichen Gebührenordnung zu erzielen (Heinemann/Liebold aaO, [§ 75 SGB V](#) RdNr C 75-27; s auch BSG [SozR 3-2500 § 75 Nr 11](#) S 50 sowie [BVerfGE 62, 354](#), 372 = SozR 2200 § 368n Nr 25 S 72). In der Gesetzesbegründung zu [§ 75 Abs 3 SGB V](#) FraktE-GRG, [BT-Drucks 11/2237 S 192](#) zu [§ 83 Abs 3](#) des Entwurfs) wird ausgeführt, die Vergütung der ärztlichen Versorgung von Heilfürsorgeberechtigten und für bestimmte ärztliche Untersuchungen, die von öffentlich-rechtlichen Kostenträgern veranlasst würden, werde neu geregelt. Das bislang in [§ 368n Abs 2 Satz 4 RVO](#) festgelegte Verfahren habe sich als nicht sachgerecht erwiesen. In der Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates ([BT-Drucks 11/2493 S 62](#)) heißt es, an der Inbezugnahme der Ersatzkassenvergütung - statt der vom Bundesrat vorgeschlagenen Beibehaltung der Ortskrankenkassenvergütung - werde festgehalten, da eine bundeseinheitliche Regelung für die Vergütung der freien Heilfürsorge insbesondere für den Bund als Dienstherrn unverzichtbar sei. Ergänzend wird im Ausschussbericht ([BT-Drucks 11/3480 S 58](#)) dargelegt, dass durch die Umstellung der Vergütung auf die der vertragsärztlichen Leistungen der Ersatzkassen eine angemessene Honorierung der ärztlichen Leistungen sichergestellt werde. 36 Anhaltspunkte, die für oder gegen eine Berücksichtigung von Honorarverteilungsregelungen sprechen, lassen sich den Materialien somit nicht entnehmen. Einer Berechnung der Vergütung nach Durchschnittswerten steht weder die ursprünglich beabsichtigte Kostendämpfung noch der Wunsch nach einem bundeseinheitlichen Vergütungssystem als dem entscheidenden Motiv für den Wechsel von der zuvor maßgeblichen Ausrichtung an den Sätzen der Ortskrankenkassen (s hierzu BSG [SozR 3-2500 § 75 Nr 9](#) S 38 und SozR 3-2500 § 75 Nr 3 S 11

f) entgegen. Auch dem Gesichtspunkt einer angemessenen Vergütung wird hierdurch ausreichend Rechnung getragen. 37 Aus dem Umstand, dass der Gesetzgeber trotz wiederholter Änderungen des [§ 75 SGB V](#) keine Veranlassung gesehen hat, [§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) entsprechend anzupassen, obwohl zwischenzeitlich von den KÄVen als Reaktion auf die innerärztlichen Verteilungsprobleme, die durch die Budgetierung der Gesamtvergütungen (mit) bedingt waren, differenzierte Honorarverteilungsmechanismen entwickelt wurden, kann die Klägerin nichts zur Stützung ihrer Rechtsauffassung herleiten. Keineswegs kann damit belegt werden, dass der Gesetzgeber deswegen keinen Änderungsbedarf gesehen hat, weil er die Norm als eindeutig im Sinne der von der Revision vertretenen Auslegung angesehen hat. Mindestens ebenso viel spricht dafür, dass er davon ausgegangen ist, die Vergütung im Sinne des [§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) lasse sich ungeachtet des Wegfalls der ursprünglich zugrunde gelegten Einzelleistungsvergütung weiterhin anhand einer fiktiven Ermittlung einer Einzelleistungsvergütung im Sinne der von der Beklagten gewählten Verfahrensweise ermitteln. 38 Für diese Annahme spricht, dass der Gesetzgeber an anderer Stelle - in [§ 116b Abs 5 SGB V](#) - ausdrücklich die Zugrundelegung des Auszahlungspunktwerts vorgeschrieben hat. Nach [§ 116b Abs 5 Satz 2 SGB V](#) hat die Vergütung der nach Absatz 2 der Norm erbrachten ambulanten Krankenhausleistungen der Vergütung vergleichbarer vertragsärztlicher Leistungen zu entsprechen; die Vergütung der in den Jahren 2007 und 2008 erbrachten ambulanten Leistungen erfolgt dabei gemäß Satz 3 nach Maßgabe eines durchschnittlichen Punktwerts, welcher gemäß Satz 4 aus den kassenartenbezogenen Auszahlungspunktwerten berechnet wird. Schließlich hat der Gesetzgeber selbst die mit der Einführung einer Euro-Gebührenordnung und der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (vgl. [§§ 87a f SGB V](#)) verbundenen gravierenden Veränderungen des vertragsärztlichen Vergütungssystems nicht zum Anlass genommen, [§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) entsprechend anzupassen. 39 Zu Unrecht geht die Revision davon aus, der Senat habe [§ 75 Abs 3 SGB V](#) bislang im Sinne ihrer Auffassung verstanden. Die im Urteil vom 17.11.1999 ([SozR 3-2500 § 75 Nr 11](#) S 45, 50) getroffene Feststellung, dass [§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) eine bestimmte Vergütungshöhe für verbindlich erklärt, bezog sich zum einen auf die Sach- und Rechtslage im Quartal IV/89, also auf einen Zeitraum, in dem eine Modifizierung des Punktwerts durch Honorarverteilungsregelungen noch die Ausnahme war. Zum anderen hat der Senat diese Aussage im Zusammenhang mit der von der Vorinstanz angezweifelte Eignung der Norm als Anspruchsgrundlage getroffen (aaO, S 50); eine Feststellung der Art, dass sich die Vergütungshöhe unmittelbar aus [§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) entnehmen lasse, enthält sie nicht. 40 Auch im Übrigen lassen sich der bisherigen Rechtsprechung des Senats keine einer Berechnung der nach [§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) maßgeblichen Vergütung nach Durchschnittspunktwerten entgegenstehenden Aussagen entnehmen. Soweit der Senat im Urteil vom 14.5.1997 ([SozR 3-2500 § 75 Nr 9](#) S 38 f) ausgeführt hat, es sei in diesem Zusammenhang ohne Bedeutung, dass nach der Einführung der Budgetierung (§ 85 Abs 3a SGBV) und der Regelung von Honorarminderungen für den Fall von Punktmengenüberschreitungen ([§ 85 Abs 4b bis 4f SGB V](#)) nicht mehr alle Vergütungsbestimmungen des Ersatzkassenbereichs im Rahmen der Vergütung zahnärztlicher Leistungen gegenüber heilfürsorgeberechtigten Personen Anwendung finden könnten (aaO S 39) ist die Aussage - abgesehen davon, dass dem Urteil eine andere Sachlage mit vereinbarten Punktwerten (aaO S 38 zugrunde lag - allenfalls dahingehend zu verstehen, dass zuvor alle Vergütungsbestimmungen Geltung besaßen; eine Verpflichtung zur Berücksichtigung (auch) des - seinerzeit - autonomen Satzungsrechts der KÄV kann der Entscheidung nicht entnommen werden. 41 Nichts anderes gilt für die Ausführungen des Senats in seinem bereits erwähnten Urteil vom 17.11.1999 (aaO, S 50 f). Wenn es dort heißt, der Gesetzgeber habe den K(Z)ÄVen die Aufgabe übertragen, die Versorgung dieses Personenkreises durch ihre Mitglieder in ähnlicher Weise sicherzustellen, wie dies bei den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung der Fall sei, und dass diese Anlehnung an den allgemeinen Sicherstellungsauftrag für den Regelfall bedeute, dass die Versorgungsstrukturen entsprechend dem System des Vertragsarztrechts nach den [§§ 72 ff SGB V](#) verliefen, so ist auch dieses Zitat im Zusammenhang zu lesen. Im Streit stand allein die Frage, ob die K(Z)ÄV aus [§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) heraus verpflichtet ist, an Heilfürsorgeberechtigte erbrachte ärztliche Leistungen gegenüber dem Kostenträger unentgeltlich abzurechnen. Allein hierauf bezieht sich der Hinweis auf die maßgeblichen Versorgungsstrukturen des Vertragsarztrechts. 42 Soweit die Klägerin weiterhin darauf verweist, dass die vom LSG für zutreffend gehaltene Interpretation der Norm zu einer für die besonderen Kostenträger als Leistungsverpflichtete unkalkulierbaren und unbestimmten Vergütung führen würde, ist ihr entgegenzuhalten, dass der sich nach Anwendung der HVM-Regelungen ergebende Auszahlungspunkt看wert (mindestens) ebenso wenig kalkulierbar ist. Gerade die angesichts floatender Punktwerte fehlende Kalkulierbarkeit des vertragsärztlichen Honorars war Anlass für die Aufnahme von Honorarbegrenzungsregelungen in die HVM (vgl. hierzu sowie zum Gesichtspunkt der Kalkulationssicherheit etwa [BSGE 92, 10](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 5](#), jeweils RdNr 6, 10). 43 Nicht gefolgt werden kann der Klägerin schließlich, wenn sie geltend macht, die Bewertung durch Bildung eines durchschnittlichen Punktwertes fördere die Gefahr einer Ungleichbehandlung des heilfürsorgeberechtigten Patienten. Zunächst ist es sachlich unzutreffend, dass die Zugrundelegung eines durchschnittlichen Punktwerts pauschal zu Lasten der Leistungserbringer geht. Die Summe der von besonderen Kostenträgern an die Gesamtheit der in einer KÄV zusammengeschlossenen Vertragsärzte insgesamt gezahlten Vergütungen bleibt unabhängig davon, ob diese nach Auszahlungspunktwerten oder Durchschnittssätzen berechnet werden, über alle Arztgruppen betrachtet (ungefähr) gleich. Denn eine Privilegierung hausärztlicher Leistungen durch entsprechende Honorarverteilungsregelungen führt innerärztlich dazu, dass die Leistungen der übrigen Arztgruppen mit geringeren Punktwerten vergütet werden, als dies unter Zugrundelegung eines durchschnittlichen Punktwerts der Fall wäre. Die Zugrundelegung eines Durchschnittswerts erweist sich somit für den einen Teil der Ärzteschaft als Vorteil, für den anderen als Nachteil, gleicht sich jedoch insgesamt in etwa aus."

Auch diesen Ausführungen schließt sich der hiesige Senat an.

Aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) i. V. m. dem in [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) festgeschriebenen Grundsatz angemessener Vergütung kann die Klägerin einen Anspruch auf Zuerkennung höheren Honorars nicht herleiten. Denn nach den genannten Bestimmungen kommt ein subjektiv-rechtlicher Anspruch auf höhere Vergütung ausnahmsweise nur dann in Betracht, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen gefährdet wird (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#)). Hierfür gibt es keine Anhaltspunkte.

Die KÄV ist als HVM-Normgeber dazu verpflichtet, die Honorar- und Punktwertentwicklung regelmäßig zu überprüfen und im Falle eines dauerhaften gravierenden Punktwertabfalls in bestimmten Bereichen stützend einzugreifen (BSG, Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R](#) - [BSGE 93, 258](#) juris Rn. 31 mit Bezugnahme auf Urteil vom 09.09.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) - [BSGE 83, 1](#), 4). Eine solche Reaktionspflicht setzt voraus, dass ein dauerhafter Punktwertabfall vorliegen und die Arztgruppe in einem vom Umsatz her wesentlichen Leistungsbereich betroffen sein muss, ferner dass die zum Punktwertverfall führende Mengenausweitung nicht von der betroffenen Arztgruppe mit zu verantworten ist sowie dass der Honorarrückgang nicht durch Rationalisierungseffekte auf Grund von Mengensteigerungen und/oder beim Kostenfaktor kompensiert wird. Von einem solchen Rückgang kann für die streitgegenständlichen Zeiträume nicht ausgegangen werden. Die Beklagte hat vielmehr zutreffend darauf hingewiesen, dass sich für die Urologen in ihrem Bereich der Fallwert (also die Vergütung pro Fall) vom Quartal II/99 61,52 DM zum Quartal II/02 auf 61,48 DM verringert hat und von III/99 66,82 DM auf III/02 64,15 DM. Die Änderungen am Vergütungssystem zum Jahr 2000 haben nur zu einer Umverteilung der Gesamtvergütung in Höhe von 4,3 % zu Lasten der Fachärzte zu

Gunsten des hausärztlichen Bereiches geführt. Die Beklagte hat auch darauf hingewiesen, dass die Honorareinbußen der Klägerin vor allem auf einer Verminderung der individuellen Fallzahlen beruhen. Die Klägerin hatte im Quartal II/00 nur 1.140 Fälle eingereicht gegenüber 1.459 Fällen im entsprechenden Quartal des Vorjahres. Dass sich generell bei den Brandenburger Urologen die Zahl der Behandlungsfälle relevant verringert haben könnte, ist nicht vorgetragen oder ersichtlich. Dagegen spricht, dass die Honorarentwicklung der Urologen nicht einheitlich verlaufen ist. Mindereinnahmen bei 24 Urologen stehen Mehreinnahmen bei 23 anderen gegenüber.

Dass die Existenz der Klägerin gefährdet sein könnte, ist zwar behauptet aber nicht ersichtlich. Vergleiche mit angestellten Oberärzten sind aus Sicht des Senats wenig sinnvoll. Ob und wie viel eine ärztliche Praxis Gewinn erzielt, hängt von vielen Faktoren ab. Die Höhe der Vergütung für vertragsärztliche Leistungen ist nur ein Faktor.

Dass die Höhe des Praxisbudgets 15% oder noch mehr niedriger liege als der Punktwert der höchsten Gruppe sonstiger Leistungen, trägt die Klägerin selbst nicht vor. Ausweislich des Honorarbescheides erhielt die Klägerin auch nicht weniger Honorar aus der eigentlichen urologischen Tätigkeit gegenüber sonstigen Leistungen (hier zusatzbugetierten, vgl. Honorarbescheid Liste G). Im übrigen hat das BSG im Urteil vom 09.09.1998 ([B 6 KA 55/97 R](#), juris Rdnr. 17) eine Korrekturpflicht im Regelfall nur bei Bildung von Honorartöpfen für Leistungen gesehen, die Ärzte nur auf Überweisung hin erbringen können und bei denen ihnen eine Mitverantwortung für eine Mengenausweitung und damit ein Punktwertabfall nicht zugerechnet werden kann, wenn der Punktwert der aus dem Honorartopf vergüteten Leistungen um 15 % oder mehr niedriger ist als der Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen.

Für das Quartal III/00 hat die Beklagte einen Härtefall gemäß § 4 Abs. 2 Satz 3 HVM verneint. Danach können zu bildende Rücklagen unter anderem für objektive Härtefälle verwendet werden. Ein starker Honorar- und Fallwertverlust ist im Vergleich zum Vorjahresquartal nicht eingetreten. Bei der Klägerin hat die Beklagte für das Quartal III/00 einen Honorarverlust von 5,32 % sowie ein Fallwertverlust von 0,93 % ermittelt, ohne dass Fehler bei der Berechnung ersichtlich sind.

Für das Quartal I/02 hat die Beklagte eine Ausnahmeprüfung nach § 9 Abs. 10 HVM 2002 durchgeführt. Sie hat unwidersprochen festgestellt, dass in diesem Quartal eine Unterschreitung des Punktzahlengrenzvolumens und auch der Fallpunktzahl vorgelegen hat. Dass das der Klägerin zustehende Honorar aus ihrer Sicht zu niedrig ist, liegt nicht an den Honorardeckelungsregeln. Sie hat vielmehr weniger Leistungen abgerechnet, als sie dies hätte können. Eine unangemessen geringe Vergütung ihrer fachärztlichen Leistungen kann somit nicht festgestellt werden.

[§ 105 SGB V](#) räumt der Klägerin keine weitergehende Rechte ein. Die Vorschrift verpflichtet die Kassenärztlichen Vereinigungen nur dazu, die zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ([§ 75 SGB V](#)) notwendigen Maßnahmen zu treffen. Die Vorschrift dient deshalb öffentlichen Interessen. Der Arzt kann eigene Rechte nur aus den etwa getroffenen Maßnahmen (zum Beispiel Landarztzuschlägen, vgl. KK-Hess [§ 75 SGB V](#) Rdnr. 2) herleiten.

Zuletzt ist die Klägerin auch nicht in ihrem Grundrecht auf Eigentum verletzt. [Art. 14 GG](#) kann durch eine geänderte Honorargestaltung nicht verletzt sein, da dieses Grundrecht bloße Umsatz- und Gewinnchancen nicht schützt und sich auf den konkreten Bestand an Rechten und Gütern beschränkt (vgl. z. B. BVerfG, B. v. 10.06.2009 – B [1 BvR 198/08](#), [NVwZ 2009, S. 1426](#), 1428). Die künftige Entwicklung des Gewinns ihrer ärztlichen Praxis ist deshalb nicht geschützt, ebenso wenig wie der Wert im hypothetischen Fall einer Veräußerung.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden und hier – in Folge Klageerhebung im Jahr 2001 – noch anzuwendenden Fassung (BSG, U. v. 30.01.2002 – [B 6 KA 12/01 R](#), [SozR 3-2500 § 116 Nr. 24](#) Seite 115ff). Bei Verbindungen ist einheitlich von einer Kostenrechtsgrundlage auszugehen (vgl. Urteil des Senats als 1. Senat vom 8.01.2010 – [L 1 KR 116/09](#)). [§ 193 Abs. 4 SGG](#) alte Fassung i. V. m. § 116 Abs. 2 Nr. 4 Bundesrechtsanwaltsgebührenordnung mit der Rechtsfolge einer Kostenerstattungspflicht der Klägerin ist nicht anzuwenden. Die Beklagte ist keine oberste Landesbehörde im Sinne der Legaldefinition in § 8 Abs. 1 des Brandenburger Gesetzes über die Organisation der Landesverwaltung. Die erstinstanzliche Kostenentscheidung konnte deshalb keinen Bestand haben.

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil Gründe nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2010-03-31