

L 5 KA 3489/00

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
5
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 1 KA 4855/98
Datum
28.06.2000
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 3489/00
Datum
28.11.2001
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Rechtswidrigkeit Honorartopf.

Ein Honorartopf ist nicht bereits deshalb rechtswidrig, weil er zu einer erheblichen Honorarminderung für eine ärztliche Fachgruppe (hier Nervenärzte) führt.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 28. Juni 2000 wird zurückgewiesen.

Der Kläger hat der Beklagten auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt höheres Honorar für die Quartale 3/97 und 1-4/98. Er wendet sich insbesondere gegen die ab dem 01. Juli 1997 im Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten (HVM) geregelte Verteilung der Gesamtvergütung bei der Arztgruppe der Nervenärzte, Psychiater und Neurologen. Der Kläger ist als Facharzt für Neurologie und Psychiatrie zur vertragsärztlichen Versorgung in H. zugelassen. Er behandelte im Quartal 3/97 1051 Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (Fachgruppe: 955). Die Honorarforderung je Fall betrug DM 178,55 (Fachgruppe: DM 157,47). Mit dem Abrechnungsbescheid vom 23. März 1998 setzte die Abrechnungsstelle B. der Beklagten die Vergütung des Klägers für die Behandlung von Versicherten der Primär-, Ersatz- und sonstigen Kassen im Quartal 3/97 auf DM 129.240,03 fest. Von dem angeforderten Leistungsbedarf aus den Praxisbudgets in Höhe von DM 157.939,50 wurden als maximaler Leistungsbedarf DM 133.723,27 anerkannt. Die Grenzfallzahl betrug 37 und wurde von dem Kläger in diesem Quartal nicht überschritten. Von dem abgerechneten Leistungsbedarf "Rot" mit abstaffelungsrelevanten Leistungen wurden daher 425,- DM voll vergütet. Der Berechnung der Vergütung des Klägers legte die Beklagte u. a. den Honorarverteilungsmaßstab (HVM) zugrunde. Dieser regelt in § 7, der durch den Beschluss der Vertreterversammlung der Beklagten vom 4.6.1997 mit Wirkung ab 1.7.1997 neu gefasst wurde, die Aufteilung der Gesamtvergütung. Die Gesamtvergütung wird getrennt nach Kassenarten einheitlich für den Bereich der Beklagten verteilt (§ 7 c) aa)). Vor der Verteilung der Gesamtvergütung werden die abgerechneten und anerkannten Kosten und Wegegelder unquotiert vergütet, für die kontinuierliche Betreuung von bestimmten HIV-/Aids-Patienten eine Kostenpauschale von DM 150,00 je Behandlungsfall vergütet und die Anforderungen anderer Kassenärztlichen Vereinigungen im Fremdarztausgleich sowie ab dem Quartal 4/97 die Notfallbehandlungen im Rahmen des organisierten Bereitschaftsdienstes (§ 3 a) Ziff. 4) mit einem festen Punktwert von 8,0 Pfennig vergütet (§ 7 c) bb)). Die Verteilung der verbleibenden Gesamtvergütungen erfolgt getrennt nach Anteilen der Arztgruppen und Leistungsbereiche gemäß Anlage 5 (§ 7 c) cc)). Dabei werden die anerkannten Leistungsanforderungen nach Anwendung der Mengenbegrenzung gem. § 3 Buchstabe a) (Punktzahlen) der Ärzte der jeweiligen Arztgruppe bzw. der Leistungen in den Leistungsbereichen zusammengefasst und dem Anteil der jeweiligen Arztgruppe bzw. der Leistungsbereiche an den Gesamtvergütungen gegenübergestellt. § 7 c) dd) regelt die Festsetzung eines Mindestpunktwertes je Arztgruppe bzw. Leistungsbereich. Die Anteile der Arztgruppen an den zu verteilenden Gesamtvergütungen werden jährlich zum dritten Quartal auf der Basis der Arztzahlen zum 31.12. des Vorjahres durch den Vorstand angepasst (§ 7 c) ee)). Die Anlage 5 (Anteile der Leistungsbereiche und Arztgruppen an der Verteilung der Gesamtvergütungen sowie Mindestpunktwerte gemäß § 7 c)) sieht für die Arztgruppe der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater Folgendes vor: -Tabellen können nicht ordnungsgemäß dargestellt werden-
Anteile an der Gesamtvergütung 3,01% Anteil der budgetierten Leistungen 89,72% Anteil der nicht budgetierten Leistungen 10,28%
vorläufiger Mindestpunktwert budgetiert 7,636 Pfennig vorläufiger Mindestpunktwert nicht budgetiert 5,651 Pfennig.

Gegen den Abrechnungsbescheid des Quartals 3/97 erhob der Kläger am 20. April 1998 Widerspruch mit der Begründung, die Bezugsgrößen der Berechnung der Anteile der Fachgruppen am gesamten Honorar seien von der Verwaltung nicht entsprechend den Beschlüssen der Vertreterversammlung vom 19. März und 04. Juni 1997 vorgenommen worden. Auch komme es zu völligen Verzerrungen im Bereich der Nervenärzte, nachdem 35% der Kollegen in der KV Nordbaden bei einem Umsatz von 160.000 DM und ein etwa gleich großer Anteil bei

einem Umsatz von über 400.000 DM im Jahr 1996 gelegen hätten. Es widerspreche dem Gleichheitsgrundsatz, bei den nicht budgetierten Ärzten eine Mischung aus den Jahren 1994, 1995 und erstes und zweites Quartal 1996 vorzunehmen, hingegen bei den budgetierten Ärzten aus dem Honorargruppenanteil nur aus dem Jahr 1994. Außerdem gebe die Gruppe der Nervenärzte mehr als 30% ihres zuvor erwirtschafteten Honoraranteiles an andere Gruppen ab, was dem Gleichheitsgrundsatz widerspreche. Durch die Veränderungen des HVM komme es zu massiven Umsatzeinbrüchen bei der gesamten Fachgruppe, so dass auch ein Verstoß gegen [Art. 12 Grundgesetz \(GG\)](#) vorliege. Der Vorstand der Beklagten wies den Widerspruch des Klägers mit der Begründung zurück (Widerspruchsbescheid vom 09. November 1998), die Abrechnung sei ordnungsgemäß auf der Grundlage des ab dem 01. Juli 1997 gültigen EBM und dem HVM in der Fassung des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 04. Juni 1997 durchgeführt worden. Die Berechnung des HVM sei gemäß den Anlagen zu den allgemeinen Bestimmungen A 1 Teil B EBM erfolgt. Die Vertreterversammlung habe dem Vorstand den Auftrag erteilt, die bestehenden fachgruppenbezogenen Honoraranteile gemäß Anlage 5 HVM an die laufende Entwicklung der Arztzahlen anzupassen. Dabei seien die Topfanteile und die Berechnung der Budgets korrekt unter Berücksichtigung des Dreiviertelsollumsatzes nach dem EBM 1997 berechnet worden, so dass kein Verstoß gegen die Honorarverteilungsgerechtigkeit erkennbar sei. Hiergegen erhob der Kläger am 07. Dezember 1998 Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG). Er trug zur Begründung vor, der Honoraranteil der Nervenärzte an der Gesamtvergütung habe im 1. Quartal 1994 noch bei 3,5118 % gelegen. Er habe sich im 1. Quartal 1995 auf 3,8238 % und als Folge der EBM-Reform auf 3,9743 % im 1. Quartal 1996 und auf 4,1248 % im 2. Quartal 1997 gesteigert. Diese Entwicklung habe im 3. Quartal 1997 ihr jähes Ende gefunden. Bei der Fachgruppe der Nervenärzte habe sich der durchschnittliche Fallwert auf nur noch DM 123,50 gegenüber DM 167,53 im Quartal 3/96 und DM 171,57 im Quartal 2/97 vermindert. Prozentual bedeute dies einen Honorarverlust im Quartal 3/97 (bezogen auf das Quartal 3/96) von 23,28% für die Unterfachgruppe 38 der psychiatrischen Nervenärzte sowie von 25,44% für die Unterfachgruppe 39 der neurologischen Nervenärzte. Diese Entwicklung habe sich in den Folgequartalen fortgesetzt. Einen vergleichbaren Umsatzrückgang habe im Quartal 3/97 keine weitere Fachgruppe hinzunehmen gehabt. Auch der Punktwert im Quartal 3/97 habe im "grün/gelben" Bereich mit 7,66 Pfennig um 10,62%, im "roten" Bereich mit 5,4 Pfennig sogar um 39,19% unter dem Durchschnittswert aller budgetierten Fachgruppe gelegen. Seine Ursache habe der Honorarrückgang bei der Fachgruppe 38 der Nervenärzte in dem Beschluss der Vertreterversammlung vom 4.6.1997, auf Grund dessen die Verteilung der Gesamtvergütung mit Wirkung ab dem 1.7.1997 einer Differenzierung nach fachgruppenbezogenen Kontingenten unterworfen worden sei. Dass gemäß der Anlage 5 § 7 Buchst. c) cc) HVM ein Anteil der nervenärztlichen Fachgruppe an der Gesamtvergütung von lediglich 3,01% zugrundegelegt worden sei, beruhe auf dem Umstand, dass abweichend von der Vorbereitung der Topfbildung durch die Honorarkommission und die Geschäftsführung der Beklagten sowie abweichend von der Beschlussvorlage des Vorstandes zu den von der Vertreterversammlung zu beschließenden Änderungen des HVM für die Topfbildung bei den budgetierten Fachgruppen nicht die - um nachfolgende EBM-Änderungen modifizierten - Basiszahlen des Jahres 1995, sondern ausschließlich Werte des Jahres 1994 zugrunde gelegt worden seien. Auf der Basis der durchschnittlichen Anteile der Jahre 1994, 1995 und des ersten Halbjahres 1996 hätte sich für die nervenärztliche Fachgruppe ein Anteil am Gesamthonorar von 3,59 % ergeben. Für die beschließende Vertreterversammlung sei diese "Neuorientierung" nicht erkennbar gewesen. Für sie sei maßgebliche Entscheidungsgrundlage entsprechend der Beschlussvorlage des Vorstandes das Jahr 1995 gewesen. Die der Anlage 5 zugrundeliegende Topfbildung für die budgetierten Arztgruppen auf der Basis ausschließlich der Honorare des Jahres 1994 stehe mit höherrangigem Recht nicht im Einklang. Die Willensbildung der Vertreterversammlung sei bei ihrer Beschlussfassung vom 4.6.1997 über die Neufassung des § 7 Buchst. c) HVM bezüglich der Anlage 5 fehlerhaft gewesen, nachdem der objektiv-rechtliche Sinngehalt dieser Anlage nicht dem aus der Begründung zur dann angenommenen Beschlussvorlage des Vorstandes der Beklagten ersichtlichen Willen der Vertreterversammlung als Satzungsgeber - Maßgeblichkeit des Jahres 1995 für die Bildung der Topfanteile der budgetierten Arztgruppe, ergänzt um die Strukturänderungen durch den EBM 97 - entsprochen habe. Die Fehlerhaftigkeit des Willensbildungsprozesses bei der Normentstehung führe zur Rechtswidrigkeit der Anlage 5 des HVM i. d. F. des Beschlusses vom 4.6.1997. Anlage 5 zu § 7 Buchst. c) HVM i. d. F. des Beschlusses vom 4.6.1997 sei auch wegen der Verletzung des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit in materieller Hinsicht rechtswidrig. Die Regelung verstoße gegen die im EBM enthaltenen Strukturvorgaben. Die Topfbildung sei auch insoweit rechtswidrig, als bereits Nervenärzte, bei denen im Jahre 1994 mehr als 50% ihres Gesamtleistungsbedarfs auf den Abschnitt G IV EBM entfallen seien, dem psychotherapeutischen Topf zugeordnet worden seien mit der Folge, dass deren Umsatzanteile bei der Bildung des nervenärztlichen Topfes unberücksichtigten geblieben seien. Des Weiteren sei die Topfabgrenzung bei den budgetierten und nichtbudgetierten Arztgruppen nach verschiedenen Kriterien erfolgt. Die Topfbildung stelle sich ferner deshalb als sachwidrig dar, weil durch das im Bereich der budgetierten Arztgruppen gewählte Basisjahr 1994 die mit der EBM-Reform 1996 geschaffenen neuen Strukturen des ärztlichen Honorarsystems vollständig unberücksichtigt geblieben seien. Schließlich ergebe sich die Rechtswidrigkeit der streitigen Honorarverteilungsregelung auch unter dem Aspekt des bei der Fachgruppe 38 der "Nervenärzte" sogleich mit der Ingeltungsetzung der Anlage 5 zu § 7 Buchst. c) cc) HVM i. d. F. des Beschlusses vom 4.6.1997 hervorgerufenen Honorarverfalls.

Die nach [§ 99 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#) - streitgegenständlichen Abrechnungsbescheide für die Quartale 1/98 bis 4/98 seien darüber hinaus allein deswegen rechtswidrig, weil die Beklagte ihrer Beobachtungs- und Reaktionspflicht nicht genügt habe, obwohl bereits durch die HVM-Kommission am 07. April 1998 festgestellt worden sei, dass sich drastische Honorarverluste bei der Fachgruppe der Neurologen abzeichneten. Die erforderliche Neuregelung der Honorarverteilung zugunsten der Fachgruppe 38 der "Nervenärzte" sei indessen erst mit Wirkung zum Quartal 1/99 erfolgt, so dass die auf maximal drei Quartale begrenzte Handlungsfrist deutlich überschritten sei. Die Beklagte trug vor, zunächst sei bei allen Töpfen die gleiche Basis der Jahre 1994, 1995 und des ersten Halbjahres 1996 herangezogen und hieraus der Anteil der budgetierten Arztgruppen an der Gesamtvergütung in Höhe von 71,7% errechnet worden. In einem weiteren Schritt seien die Anteile der budgetierten Arztgruppen unter Berücksichtigung des Dreiviertel-Soll-Umsatzes auf der Basis des Ist-Umsatzes 1994 ermittelt worden. Dieses Ermittlungsergebnis sei auf den gesamten Anteil der budgetierten Arztgruppen übertragen worden. Im Quartal 1/98 behandelte der Kläger 1148 Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (Fallgruppe: 1000 Versicherte). Die Honorarforderung je Fall betrug DM 153,84 (Fachgruppe DM 157,97). Mit dem Abrechnungsbescheid vom 20. Juli 1998 setzte die Abrechnungsstelle B. der Beklagten die Vergütung des Klägers für die Behandlung von Versicherten der Primär-, Ersatz- und sonstigen Kassen im Quartal 1/98 auf DM 151.242 fest. Von dem angeforderten Leistungsbedarf aus dem Praxisbudget in Höhe von DM 155.071,50 wurde als maximaler Leistungsbedarf DM 145.097,32 anerkannt. Die Grenzfallzahl betrug 92 und wurde von dem Kläger in diesem Quartal nicht überschritten. Von dem abgerechneten Leistungsbedarf "Rot" mit abstaffelungsrelevanten Leistungen wurden daher DM 645,- voll vergütet. Der Berechnung der Vergütung des Klägers legte die Abrechnungsstelle B. u.a. den HVM zugrunde, der durch den Beschluss der Vertreterversammlung der Beklagten vom 26. November 1997 mit Wirkung ab 01. Januar 1998 neu gefasst wurde und nach § 3 a) 4. regelte, dass Behandlungen im Rahmen des organisierten Bereitschaftsdienstes nicht der Budgetierung unterlagen sowie Notfälle nicht in die budgetrelevante Fallzahl eingingen. Dies gelte nicht für die Behandlung von eigenen Patienten, für die im laufenden Quartal Leistungen erbracht und abgerechnet würden. Gegen den Abrechnungsbescheid des Quartals 1/98 erhob der Kläger ab 03. August 1998 Widerspruch unter Berufung auf sein bisheriges Vorbringen. Im Quartal 2/98 behandelte der Kläger 1137 Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (Fachgruppe: 959

Versicherte). Die Honorarforderung je Fall betrug DM 153,05 (Fachgruppe DM 156,85). Mit dem Abrechnungsbescheid vom 15. Oktober 1998 setzte die Abrechnungsstelle B. der Beklagten die Vergütung des Klägers für die Behandlung von Versicherten der Primär-, Ersatz- und sonstigen Kassen im Quartal 2/98 auf DM 152.115,90 fest. Von dem angeforderten Leistungsbedarf aus dem Praxisbudget in Höhe von DM 149.890,- wurde als maximaler Leistungsbedarf DM 143.172,71 anerkannt. Die Grenzfallzahl betrug 90 und wurde von dem Kläger in diesem Quartal nicht überschritten. Von dem abgerechneten Leistungsbedarf "Rot" mit abstaffelungsrelevanten Leistungen wurden daher DM 436,50 voll vergütet. Der Berechnung der Vergütung des Klägers legte die Abrechnungsstelle B. der Beklagten u.a. den HVM zugrunde, der durch den Beschluss der Vertreterversammlung der Beklagten vom 07. März 1998 mit Wirkung ab 01. April 1998 neu gefasst wurde und nach dessen Anlage 5 die Anhebung der Gesamtvergütung der Arztgruppe der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater wie folgt vorsah: - Tabellen können nicht ordnungsgemäß dargestellt werden- Anteil an der Gesamtvergütung 3,23% Anteil der budgetierten Leistungen 89,72% Anteil der nicht budgetierten Leistungen 10,28% vorläufiger Mindestpunktwert 4,605 Pfennig.

Gegen den Abrechnungsbescheid des Quartals 2/98 erhob der Kläger am 09. November 1998 ebenfalls Widerspruch unter Hinweis auf seine bisherige Widerspruchsbegründung. Der Kläger behandelte im Quartal 3/98 1029 Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (Fallgruppe: 969 Versicherte). Die Honorarforderung je Fall betrug DM 150,18 (Fachgruppe DM 156,70). Mit dem Abrechnungsbescheid vom 14. Januar 1999 setzte die Abrechnungsstelle B. der Beklagten die Vergütung des Klägers für die Behandlung von Versicherten der Primär-, Ersatz- und sonstigen Kassen im Quartal 3/98 auf DM 125.349,90 fest. Von dem angeforderten Leistungsbedarf aus dem Praxisbudget in Höhe von DM 134.348,- wurde als maximaler Leistungsbedarf DM 130.975,93 anerkannt. Die Grenzfallzahl betrug 37 und wurde von dem Kläger in diesem Quartal nicht überschritten. Von dem abgerechneten Leistungsbedarf

"Rot" mit abstaffelungsrelevanten Leistungen wurden daher DM 258,- voll vergütet. Der Berechnung der Vergütung des Klägers legte die Abrechnungsstelle B. der Beklagten ebenfalls den Honorarverteilungsmaßstab in der geänderten Fassung vom 01. April 1998 zugrunde. Hiergegen erhob der Kläger am 21. Januar 1999 unter Berufung auf sein bisheriges Vorbringen Widerspruch. Im Quartal 4/98 behandelte der Kläger 1165 Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (Fallgruppe: 1017 Versicherte). Die Honorarforderung je Fall betrug DM 151,41 (Fachgruppe DM 157,87). Mit dem Abrechnungsbescheid vom 15. April 1999 setzte die Abrechnungsstelle der Beklagten die Vergütung des Klägers für die Behandlung von Versicherten der Primär-, Ersatz- und sonstigen Kassen im Quartal 4/98 auf DM 150.719,97 fest. Von dem angeforderten Leistungsbedarf aus dem Praxisbudget in Höhe von DM 153.797,50 wurde als maximaler Leistungsbedarf DM 146.903,40 anerkannt. Die Grenzfallzahl betrug 49 und wurde von dem Kläger in diesem Quartal nicht überschritten. Von dem abgerechneten Leistungsbedarf "Rot" mit abstaffelungsrelevanten Leistungen wurden daher DM 492,- voll vergütet. Am 22.4.1999 erhob der Kläger hiergegen ebenfalls Widerspruch. Mit Urteil vom 28. Juni 2000 hat das SG die Klage unter Einbeziehung der Honorarbescheide vom 20. Juli 1998, 15. Oktober 1998, 14. Januar 1999 und 15. April 1999 nach [§ 99 SGG](#) abgewiesen. Das SG hat die vom Kläger angegriffene Regelung des HVM für formell und materiell rechtmäßig angesehen. Die Vertreterversammlung sei - wie auch Herr Dr. B., der Vorsitzende des Berufsverbandes der Neurologen, eingeräumt habe - darüber informiert gewesen, dass die Topfbildung aufgrund der Abrechnungswerte des Jahres 1994 erfolgt sei. Im Übrigen verstoße die Topfbildung auch nicht gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Es sei grundsätzlich zulässig, die Gesamtvergütung getrennt nach Arztgruppen und Leistungsbereichen zu verteilen. Die Beklagte habe die grundsätzlichen Anteile der budgetierten und nicht budgetierten Gruppen gleich ermittelt. Auch sei nicht zu beanstanden, dass die Anteile der budgetierten Arztgruppen unter Berücksichtigung des Dreiviertel-Soll-Umsatzes auf der Basis des Ist-Umsatzes 1994 ermittelt worden sei. Die Rechenoperation sei nach den EBM-Bestimmungen (vgl. Anlage 2) vorgenommen worden. Die Intention des EBM 1996 und des EBM 1997 sei nicht vergleichbar. Wegen der deutlich anderen Intention des EBM 1997 sei die Beklagte berechtigt gewesen, die Honorare der Nervenärzte "absinken" zu lassen. Dass die Psychotherapeuten zu einer eigenen Gruppe zusammengefasst und bereits diejenigen Ärzte dieser Gruppe zugeordnet worden seien, die 50% Psychotherapie erbracht hätten, sei unter Berücksichtigung des Urteils des BSG vom 25. August 1999 - B 6 KA 14/96 R nicht zu beanstanden. Auch sei die Beklagte ihrer Beobachtungspflicht hinreichend nachgekommen, nachdem aufgrund der Feststellung, dass die betroffene Facharztgruppe durch die Auswirkungen der neuen EBM- und HVM-Regelungen extrem betroffen worden wären, eine befristete Stützungsmaßnahme beschlossen worden sei. Diese habe mit Wirkung vom 07. Oktober 1998 gegolten und es habe ein Ausgleich dafür gewährt werden sollen, wenn der Fallwert wie auch das Gesamthonorar gegenüber den Vorquartalen mehr als 30% zurückgegangen sei und auch die wirtschaftliche Existenzfähigkeit der Praxis gefährdet sei. Darüber hinaus habe die Beklagte den Topfanteil der Fachgruppe ab dem zweiten Quartal 1998 auf 3,23% erhöht und eine weitere Erhöhung für die Quartale 1 und 2/99 um 10% vorgenommen. Diese Anhebungen und die Stützung genügten, um der Beobachtungs- und Korrekturpflicht nachzukommen. Schließlich habe sie ab 1.1.1999 alle psychotherapeutischen Leistungen aus dem Topf der Neurologen, Psychiater und Nervenärzte herausgerechnet und in ein Sonderkontingent Psychotherapie überführt. Dadurch sei zwar bei jeder Arztgruppe eine gewisse Erhöhung der Fachgruppentöpfe eingetreten, allerdings sei diese Erhöhung bei den Neurologen, Psychiatern und Nervenärzten besonders hoch gewesen, da diese im Verhältnis mehr Psychotherapie erbracht hätten. Gegen das seinen Prozessbevollmächtigten am 10. August 2000 zugestellte Urteil hat der Kläger am 31. August 2000 Berufung eingelegt. Im Hinblick auf das Urteil des BSG vom 08. März 2000 - [B 6 KA 7/99 R](#) - hält der Kläger an dem Vorwurf der sachwidrigen Nichtberücksichtigung der Höherbewertung nervenärztlicher Leistungen durch den EBM 1996 nicht länger fest und verfolgt auch den Aspekt der Fehlerhaftigkeit des Willensbildungsprozesses der Vertreterversammlung nicht weiter. Er ist aber weiterhin der Auffassung, die Beklagte sei von den Vorgaben des EBM abgewichen, indem sie den Soll-Umsatz 1994 bei der Berechnung der einzelnen Honorartöpfe im Bereich der budgetierten Arztgruppen nur zu 75% berechnet, die Arztgruppen der Nervenärzte, Psychiater und Neurologen trotz getrennter Budgetierung im EBM zusammengefasst, die Nervenärzte mit einer Punktzahlanforderung aus Leistungen des Abschnittes G IV in Höhe von mindestens 50% der Gesamtpunktzahlanforderung ausgegliedert und unterschiedliche Kriterien für die Topfabgrenzung innerhalb der budgetierten Arztgruppen gegenüber den nicht budgetierten Arztgruppen verwandt habe. Für die gesamte Arztgruppe der Nervenärzte sei es durch die streitgegenständliche Topfbildung zu einem erheblichen Umsatz-Punktwertrückgang von über 15% gekommen. Auch habe das SG verkannt, dass die Beklagte bis zum 31. Dezember 1998 an der streitgegenständlichen Bemessung der einzelnen Honorarkontingente festgehalten habe. Zu einer Anhebung des Anteils der "Nervenärzte" an der Gesamtvergütung im Rahmen der Honorarverteilung sei es erst mit Wirkung zum 01. Januar 1999 gekommen. Durch die allein verbleibende Stützungsmaßnahme sei die Beklagte somit ihrer Korrekturverpflichtung nicht ausreichend nachgekommen, nachdem die Stützungsmaßnahme allein bei wenigen, massivst betroffenen Einzelpraxen eingegriffen, jedoch auch hier nur verspätet reagiert habe. Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 28. Juni 2000 aufzuheben, den Abrechnungsbescheid vom 23. März 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09. November 1998 und die Abrechnungsbescheide vom 20. Juli 1998, 15. Oktober 1998, 14. Januar 1999 und 15. April 1999 abzuändern und die Beklagte zu verpflichten, über seinen Honoraranspruch für die Quartale 3/97 und 1/98 bis 4/98 erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats zu entscheiden. Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Dadurch, dass die Anteile der budgetierten Arztgruppen unter Berücksichtigung des Dreiviertel-Soll-Umsatzes errechnet worden seien, seien keine zwingenden Vorgaben des EBM verletzt. Vielmehr sei hierdurch alleine ihre Aufgabe wahrgenommen worden, im Rahmen der Honorarverteilung das Notwendige und Mögliche zu tun, um auf regionaler Ebene eintretende, unerwünschte Verwerfungen zwischen einzelnen Arztgruppen zu verhindern. Die Zusammenführung der Arztgruppen der Nervenärzte, Psychiater und Neurologen in einem Fachgruppentopf berühre die arztgruppenspezifisch vorgegebene Struktur des EBM nicht. Mit der Herausnahme eines wesentlichen Teiles der psychotherapeutischen Leistungen aus der nervenärztlichen Honorarverteilung sei zu Gunsten des Klägers in das Berechnungsgefüge eingegriffen worden. Die grundsätzlichen Anteile der budgetierten und nicht budgetierten Arztgruppen seien gleich ermittelt worden. Außerdem sei die Beklagte ihren Korrekturverpflichtungen ausreichend nachgekommen.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte, die Akte des SG sowie die von der Beklagten vorgelegte Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Die angefochtenen Honorarbescheide sind rechtmäßig. Der Kläger kann höheres Honorar für die Quartale 3/97 und 1-4/1998 nicht beanspruchen. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die in § 7 c) cc) HVM geregelte Aufteilung der Gesamtvergütung ist rechtlich nicht zu beanstanden. Die Beklagte hat auch ihrer Beobachtungs- und Reaktionspflicht nicht verletzt.

1.) Formelle Bedenken hinsichtlich der Beschlussfassung der Vertreterversammlung zu der streitigen Regelung des § 7 c) cc) HVM bestehen nicht. Der Senat verweist insoweit auf das angefochtene Urteil des SG (S. 5 unten). Formelle Bedenken werden vom Kläger im Berufungsverfahren auch nicht mehr erhoben.

2.) Nach [§ 85 Abs. 4](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der für das streitige Quartal 3/97 maßgeblichen Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 22.12.1992 ([BGBl. I, S. 2266](#)) - das Zweite GKV-Neuordnungsgesetz (2. GKV-NOG) vom 23.6.1997 ([BGBl. I, S. 1520](#)) hat [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) nicht geändert - verteilt die Kassenärztliche Vereinigung die Gesamtvergütung unter die Kassenärzte. Sie wendet dabei den im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an. Bei der Verteilung sind Art und Umfang der Leistungen des Kassenarztes zugrunde zu legen. Der Verteilungsmaßstab soll sicherstellen, dass eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenarztes verhütet wird. Der Verteilungsmaßstab kann eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung vorsehen. Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG, der der Senat folgt, ist bei der Anwendung der Honorarverteilung das aus [Art. 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1](#) des Grundgesetzes (GG) herzuleitende Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit zu beachten. Der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ist verletzt, wenn vom Prinzip der gleichmäßigen Vergütung abgewichen wird, obwohl zwischen den betroffenen Ärzten bzw. Arztgruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass eine ungleiche Behandlung gerechtfertigt ist. Das Gleichbehandlungsgebot des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) enthält jedoch nicht nur das Verbot sachwidriger Differenzierungen, sondern ebenso das Gebot sachgerechter Differenzierungen bei Vorliegen wesentlicher Unterschiede. Zu einer Differenzierung bei ungleichen Sachverhalten ist der Gesetzgeber allerdings nur verpflichtet, wenn die tatsächliche Ungleichheit so groß ist, dass sie bei einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise nicht unberücksichtigt bleiben darf (vgl. z.B. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 33](#), S. 253 mwN).

Im Rahmen der Honorarverteilung ist die Kassenärztliche Vereinigung an die gesetzlichen Vorgaben und auch an die Bestimmungen des EBM gebunden. Der auf der Grundlage des [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) als Satzung zu beschließende Honorarverteilungsmaßstab darf nicht gegen die Vorschriften des auf der Grundlage des [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) erlassenen Bewertungsmaßstabes verstoßen (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 23](#); BSG, Urteil vom 16.5.2001 - [B 6 KA 47/00 R](#) -, S. 19). Ein HVM, der sich in Widerspruch zu verbindlichen Vergütungsvorgaben des EBM setzt ist deshalb rechtswidrig und - da es sich um eine Norm handelt - nichtig. Die Existenz verbindlicher Honorierungsvorgaben wie der Praxisbudgets im EBM hat aber grundsätzlich nichts daran geändert, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen kraft ihrer Gestaltungsfreiheit im Rahmen der Honorarverteilung mengensteuernde Regelungen treffen darf, um ihrer Verantwortung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ([§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) gerecht zu werden. Da die Einführung von Praxisbudgets im EBM nichts an der insgesamt begrenzten Gesamtvergütung für alle vertragsärztlichen Leistungen im Sinne des [§ 85 Abs. 1 SGB V](#) geändert hat und die Stabilisierung des Punktwertes gerade auch ein maßgebliches Ziel bei der Einführung der Praxisbudgets gewesen ist, ist es auch nach dem 1.7.1997 Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen, im Rahmen der Honorarverteilung das Notwendige und Mögliche zur Gewährleistung ausreichender Punktwerte zu tun und auf regionaler Ebene eintretende unerwünschte Verwerfungen zwischen einzelnen Arztgruppen und auch innerhalb einer Arztgruppe zu verhindern. Deswegen stehen im Grundsatz alle diejenigen Honorarverteilungsregelungen zur Verfügung, die auch in der Zeit vor dem 1.7.1997 für zulässig gehalten worden sind, soweit die Bestimmungen über die Praxisbudgets im EBM keine abweichenden Vorgaben enthalten (vgl. zum Ganzen: BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 23](#)).

Danach ist die Regelung des § 7 c) cc) HVM insoweit nicht zu beanstanden, als über die bereits durch die Praxis- und Zusatzbudgets getroffene Verteilung hinaus die Gesamtvergütung zusätzlich noch getrennt nach Arztgruppen und Leistungsbereichen verteilt wird. Die Befugnis hierzu ergibt sich zunächst aus [§ 85 Abs. 4 S. 5 SGB V](#) in der 1997 gültigen Fassung. Ob eine KV davon Gebrauch macht, unterliegt ihrer eigenständigen Gestaltungsfreiheit. Macht eine KV allerdings davon Gebrauch, so muss sie sich dabei von sachlichen, ihrem Sicherstellungsauftrag einerseits und dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit andererseits, entsprechenden Motiven leiten lassen (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr.34](#)). Soweit im Vorfeld vor der Beschlussfassung am 4.6.1997 als Motiv für eine Topfbildung angegeben wurde, die Auswirkungen des EBM möglichst zu vermeiden bzw. den EBM nicht voll zur Wirkung kommen zu lassen, stünde dies im Widerspruch zum vorrangigen EBM und wäre rechtswidrig. Dieses in der Vertreterversammlung geäußerte Ziel war indes für die Topfbildung objektiv nicht relevant. Zugrundegelegt wurden für die Größe der Töpfe in erster Linie die Sollumsätze, so dass die Töpfe proportional zu den errechneten Sollumsätzen ausgestattet wurden (vgl. Bl. 125 SG-Akte S 1 KA 4677/98; Az. des Berufungsverfahrens L 5 KA 3496/00, das am selben Tag mündlich verhandelt worden ist). Damit entsprach die Beklagte - jedenfalls im Wesentlichen - dem mit der EBM Reform vom 1.7.1997 verfolgten Ziel, allen Arztgruppen ein einheitliches durchschnittliches Einkommen zu sichern. Soweit ersichtlich wird dieses Ziel von dem Kläger auch nicht grundsätzlich in Frage gestellt.

In Anbetracht der ab 1.7.1997 geltenden Regelungen des EBM über die Praxisbudgets ist weiter nicht zu beanstanden, dass bei der Honorarverteilung zwischen budgetierten und nicht budgetierten Leistungsbereichen getrennt wird. Insoweit erhebt der Kläger auch keine

Bedenken gegen § 7 c) cc) HVM.

Aber auch die vom Kläger erhobenen Einwände gegen die Regelung des § 7 c) cc) HVM greifen nicht durch.

a) Über die Aufteilung der zu verteilenden Gesamtvergütung auf die einzelnen Honorartöpfe enthält der EBM, von der allgemeinen Zielsetzung abgesehen, dass der Gewinn aus ärztlicher Tätigkeit bei allen Fachgruppen im Durchschnitt gleich sein soll, keine ausdrücklichen Vorgaben. Insbesondere enthält er keine Bestimmung, dass bei der Berechnung von Anteilen der zu verteilenden Gesamtvergütung, die auf die einzelnen Honorartöpfe entfallen sollen, ein bestimmter Jahresumsatz zugrunde zu legen ist. Nach den Bestimmungen zur Berechnung der Fallpunktzahlen für die Praxisbudgets (Anlagen 2 und 3 der Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B EBM) ist ein Berechnungsfaktor die aus dem durchschnittlichen Fachgruppenumsatz des Jahres 1994 ermittelte Höhe der Praxisunkosten, ein anderer der durchschnittlich je budgetiertem Arzt verbleibende Gewinnanteil aus der Gesamtvergütung bezogen ebenfalls auf das Jahr 1994. Daraus ließe sich allenfalls ableiten, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Berechnung der Anteile der im Honorarverteilungsmaßstab gebildeten Honorartöpfe von den Umsätzen des Jahres 1994 auszugehen haben. Ob dies der Fall ist, lässt der Senat offen. Denn die Beklagte hat bei ihrer Berechnungen dieselben Faktoren zum Ansatz gebracht und ebenfalls das Jahr 1994 zugrunde gelegt.

b) Ob die Beklagte von dem 3/4-Soll-Umsatz des Jahres 1994 ausgehen durfte oder ob sie die unkorrigierten Soll-Umsätze ihrer Topfberechnung hätte zugrunde legen müssen, kann offen bleiben. Insbesondere braucht der Senat nicht die Grenze der maximal zulässigen Abweichung zwischen den Arztgruppen festzulegen (offengelassen auch von BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr.29](#)). Zur Ermittlung des Soll-Umsatzes hat die Beklagte die folgende Rechenoperation vorgenommen: Sie hat auf der Basis der Umsätze des Jahres 1994 und dem im EBM vorgegebenen durchschnittlichen arztgruppenbezogenen Kostensatz die durchschnittlichen Unkosten je Arztpraxis im Jahre 1994 ermittelt. In einem weiteren Schritt hat sie die Gesamtsumme der Betriebsausgaben der budgetierten Ärzte von dem auf die budgetierten Ärzte entfallenden Anteil an der Gesamtvergütung des Jahres 1994 abgezogen und diesen verbleibenden Anteil durch die Zahl der Ärzte dividiert und damit das durchschnittliche "Solleinkommen" je Arzt ermittelt. Sodann wurden die jeweiligen Durchschnittskosten je Arzt und das Solleinkommen miteinander addiert. Die Summe bildet den Sollumsatz 1994 je Arzt. Anschließend wurde von dem Ist-Umsatz 1994 der einzelnen Arztgruppen der Soll-Umsatz 1994 abgezogen. Die Differenz wurde durch vier geteilt und ein Viertel wurde dem Sollumsatz zugeschlagen. Diese Berechnungsmethode hat zur Folge, dass den Arztgruppen, deren Ist-Umsatz 1994 höher lag als der Soll-Umsatz, eine höherer Sollumsatz zugewilligt wurde, während den Arztgruppen, die 1994 mit ihrem Umsatz unter dem rechnerischen Soll-Umsatz geblieben sind, nur ein entsprechend verringerter Sollumsatz zugewilligt wurde. Ob die Arztgruppen mit geringerem Sollumsatz durch diese Regelung rechtswidrig benachteiligt werden, braucht nicht entschieden zu werden, denn die Nervenärzte gehören zu den begünstigten Gruppen (und zwar um DM 7.268 je Nervenarztpraxis), deren Sollumsatz erhöht wurde. Durch diese Regelung wird der Honoraranspruch des Klägers somit nicht rechtswidrig eingeschränkt.

c) Durch die Bestimmungen über die Praxisbudgets im EBM ist die Beklagte auch nicht gezwungen, in ihrem HVM die Arztgruppen in der selben Weise wie im EBM aufzuteilen. Es obliegt vielmehr der Gestaltungsfreiheit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, in welchem Umfang sie Honorartöpfe bildet. Sie kann auch mehrere der in Tabelle 5 zu den Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B EBM genannten Arztgruppen zusammenfassen oder für bestimmte Leistungsbereiche (vgl. dazu BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)) Honorartöpfe bilden, die für alle Arztgruppen maßgeblich sind. So hat etwa die Kassenärztliche Vereinigung Nordwürttemberg bei den von der Praxisbudgetierung betroffenen Arztgruppen nach den Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B Nrn. 1.1 und 5 EBM für die nicht von der Budgetierung betroffenen Leistungen einschließlich der nach den Allgemeinen Bestimmungen A I Teil B Nr. 1.4 EBM nicht budgetrelevanten Fälle und Leistungen einen gesonderten Anteil der zu verteilenden Gesamtvergütung bestimmt, bei dem nicht zwischen den einzelnen (von der Praxisbudgetierung betroffenen) Arztgruppen unterschieden wird (Nr. 2.4 der Anlage 1 zum Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Nordwürttemberg). Insoweit hat der Senat diese Bestimmung nicht beanstandet.

Durch die Zusammenführung der Arztgruppen der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater sind arztgruppenspezifisch vorgegebene Umsatz- und Kostenstrukturen nicht verwischt worden. Denn die Beklagte hat zunächst für die einzelnen Arztgruppen den Anteil gesondert berechnet und anschließend die jeweiligen Anteile addiert. Die Summe bildet dann Anteil des Honorartopfes für die drei Arztgruppen.

Im Übrigen werden die Nervenärzte auch durch diese Zusammenlegung nicht benachteiligt. Wie aus der Aufstellung Bl. 125 SG-Akte S 1 KA 4677/98 (Az. des Berufungsverfahrens L 5 KA 3496/00, das am selben Tag mündlich verhandelt worden ist) hervorgeht, ist der Ist-Umsatz der Neurologen und der der Psychiater 1994 deutlich unter dem errechneten Sollumsatz geblieben. Für diese Untergruppen wurden somit deutlich höhere Umsätze in den Gruppentopf eingerechnet, als in der Vergangenheit in Anspruch genommen wurden. Sofern bei diesen Arztgruppen weiterhin die Ist-Umsätze hinter den Soll-Umsätzen zurückgeblieben wären, womit angesichts der besonderen Strukturen in den Arztgruppen der Neurologen und Psychiater im Bereich der Beklagten jedenfalls im hier streitigen Zeitraum zu rechnen war, wäre dies den Nervenärzten zu gute gekommen.

d) Aus dem zuvor unter c) Gesagten folgt, dass auch die Bildung eines gesonderten Anteiles für die Psychotherapeuten im Gestaltungsermessen der Beklagten gelegen hat und damit nicht zu beanstanden ist.

e) Schließlich ist die angegriffene Bestimmung des § 7 c) cc) HVM auch nicht rechtswidrig, weil bei den budgetierten Arztgruppen und bei den nicht budgetierten Arztgruppen von unterschiedlichen Maßstäben bei der Bemessung des Anteiles an der Gesamtvergütung ausgegangen worden sei. Dies trifft nicht zu. Der Faktor 71,7%, der als prozentualer Anteil der budgetierten Arztgruppen an der Gesamtvergütung ermittelt worden ist, ist auf der Grundlage der Abrechnungsergebnisse der Jahre 1994, 1995 und des ersten Halbjahres 1996 ermittelt worden (vgl. Anlage K 16 zum Schriftsatz des Klägers des Verfahrens L 5 KA 3496/00 vom 21.6.2000, Blatt 126 SG-Akte S 1 KA 4677/98). Damit ist jedenfalls für die budgetierten und für die nicht budgetierten Arztgruppen hinsichtlich des Anteiles an den abgerechneten Leistungen nicht von unterschiedlichen Kriterien ausgegangen worden.

f) Alleine daraus, dass die Nervenärzte ab dem Quartal 3/97 im Vergleich zu den Quartalen des Jahres 1996 eine erhebliche Minderung ihres Honorars zu verzeichnen hatten, kann eine Rechtswidrigkeit der angegriffenen Bestimmung des § 7 c) cc) HVM nicht abgeleitet werden. Wie sich aus dem eigenen Vortrag des Klägers ergibt, haben die Nervenärzte von den Änderungen des Abschnitts G EBM im Jahre 1996 profitiert. Sie haben schon 1995 und 1996 und nochmals in den ersten Quartalen 1997 ihren prozentualen Anteil an der Gesamtvergütung -

wie im Tatbestand beschrieben - erheblich gesteigert und damit ihr Einkommen zu Lasten anderer Arztgruppen erhöht. Diese Vorteile sind durch die Einführung der Praxisbudgets zum Teil wieder beseitigt worden, was grundsätzlich nicht zu beanstanden ist. Denn die Nervenärzte können keine durchschnittlich höheren Gewinne beanspruchen als andere Arztgruppen.

Gegen die Nichtberücksichtigung der Höherbewertung der nervenärztlichen Leistungen durch den EBM 1996 wendet sich der Kläger aber im Berufungsverfahren nicht mehr. Die Regelungen des HVM sind im Ergebnis für die Fachgruppe der neurologischen Nervenärzte und damit auch für den Kläger trotz der Einkommensrückgänge immer noch als eher günstig zu bezeichnen. Dies zeigt exemplarisch die konkrete Einkommenssituation des Klägers. Er hat nach den Abrechnungsbescheiden für die Quartale 1-4/1998 Einkünfte in Höhe von 145.097 DM (1/98), 152.112 DM (2/98), 125.348 (3/98), 150.709 (4/98), insgesamt während des Jahres 1998 somit 573.266 DM erzielt. Bei einem durchschnittlichen Kostensatz von 58,1 % (vgl. Anlage 3 zu den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B) kommen ca. 333.000 DM an Betriebsausgaben zum Abzug, so dass sich ein Gewinn von ca. 240.000 DM errechnet. Der Kläger übertrifft somit den Sollgewinn von 139.455 DM (vgl. dazu Bl.114 SG-Akte S 1 KA 4677/98) bei weitem. Diese günstige Ergebnis wurde zwar mit einer überdurchschnittlichen Praxistätigkeit erzielt. Bei einem Fallwert, der ziemlich genau dem der Fachgruppe entspricht (etwa 2/98: Kläger 153,05 DM, Fachgruppe 156,85 DM), lag der Kläger mit seiner Fallzahl um 18,56 % (Kläger 1137, Fachgruppe 959) über dem Durchschnitt seiner Fachgruppe. Die Fachgruppe selbst, auf die nach der Rechtsprechung in typisierender Weise abzustellen ist (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 33](#)), liegt (überschlägig gerechnet) damit beispielsweise im 2. Quartal 1997 bei einem Überschuss von mehr als 190.000 DM, sodass die hier in Frage gestellten Regelungen des HVM weder den Kläger noch seine Fachgruppe benachteiligen. Dass die Chancen der Nervenärzte, Gewinne aus ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit zu erzielen, in den hier streitigen Quartalen nachhaltig hinter den entsprechenden Möglichkeiten anderer Arztgruppen zurückgeblieben sind (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 29](#)), ist bei den vorliegenden Zahlen nicht ersichtlich und wurde vom Kläger auch nicht vorgetragen.

g) Die Beklagte ist auch ihrer aus dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit sich ergebenden Beobachtungs- und Reaktionspflicht nachgekommen. Danach hat die Beklagte die von ihr erlassenen Verteilungsregelungen regelmäßig darauf zu überprüfen, ob der Zweck der Regelung ganz oder teilweise nicht erreicht oder gar verfehlt wird oder ob andere Umstände als von den Vertragsärzten selbst verursachte Leistungsausweitungen vorliegen, die sich nur bei einzelnen Arztgruppen auswirken, nur dort zu einem deutlichen Abfall des Punktwertes führen (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 30](#)). Die Abrechnung des Quartales 3/97, dem ersten Quartal mit der zum 1.7.1997 notwendigen neuen Honorarverteilung, hat Ende März 1998 vorgelegen. Die Honorarbescheide dieses Quartals sind unter dem Datum des 23.3.1997 versandt worden. Bereits bevor die Abrechnung des Quartales 3/97 vorgelegen hat, ist mit Beschluss der Vertreterversammlung vom 7.3.1998 Anlage 5 zu § 7 HVM dahingehend geändert worden, dass der Anteil der Arztgruppe der Neurologen, Nervenärzte und Psychiater an der Gesamtvergütung von 3,01% auf 3,23% angehoben worden ist. Auch nach Vorliegen der Abrechnung des Quartales 3/97 hat sich bereits in einer Sitzung am 7.4.1998 die bei der Beklagten bestehende HVM-Kommission mit alternativen Modellen zur Honorarverteilung befasst (Anlage K 20 zum Schriftsatz des Klägers des Klägers des Verfahrens L 5 KA 3496/00 vom 21.6.2000, Blatt 135/136 SG-Akte S 1 KA 4677/98). Des Weiteren ist bei der Beklagten auch eine Arbeitsgruppe "Weiterentwicklung der Verteilungstöpfe" gebildet worden, die sich im Juni 1998 u.a. auch mit den Fallwertrückgängen bei den Nervenärzten beschäftigt hat und Überlegungen zu Stützungsmaßnahmen eingestellt hat (Anlage K 7 zum Schriftsatz des Klägers des Verfahrens L 5 KA 3496/00 vom 21.6.2000, Blatt 79/80 SG-Akte S 1 KA 4677/98). In der Folge ist dann auf Grund des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 25.11.1998 der Anteil der Arztgruppe der Neurologen, Nervenärzte und Psychiater mit Wirkung für die Quartale 1/99 und 2/99 auf 3,31% angehoben worden. Ab dem Quartal 3/99 hat der Anteil 3,3582% und ab dem Quartal 1/00 3,3344% betragen.

3.)

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 und Abs. 4 Satz 2 SGG](#).

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2005-05-18