

L 12 KA 41/02

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 32 KA 2662/01

Datum

23.01.2002

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 41/02

Datum

19.03.2003

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 23. Januar 2002 wird zurückgewiesen.

II. Die Kläger haben der Beklagten auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Kläger wenden sich gegen die Honorarverteilung im dritten Quartal 96 auf der Grundlage des Honorarverteilungsmaßstabes der Beklagten, insbesondere dessen Anlagen 1 und 2.

Die Kläger waren im streitigen Quartal als Internisten (Kläger zu 1 bis 3) mit Zusatzbezeichnung Nephrologie (Kläger zu 2 und 3) in A. niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Die Beklagte hat mit Honorarbescheid vom 14. Januar 1997 das Honorar der Kläger im Quartal 3/96 auf DM 194.964,54 festgesetzt.

Hiergegen haben die Kläger mit Schreiben vom 27. Januar 1997 Widerspruch eingelegt. Im Honorarbescheid für das Quartal 3/95 sei ein Gesamthonorar von 230.886,71 DM ausgewiesen worden, während im Honorarbescheid für das Quartal 3/96 das entsprechende Honorar 194.964,54 DM betragen habe, was einem Honorarrückgang von 15,5 % entspreche. Zudem sei darauf hinzuweisen, dass im Honorarbescheid für das Quartal 3/95 2.151 Dialysebehandlungen (GKV) ausgewiesen seien, im Honorarbescheid für das Quartal 3/96 dagegen eine entsprechende Zahl von 3.001 Dialysebehandlungen (gemessen an der Häufigkeit der Nr.792 BMÄ/E-GO). Dies entspreche einer Steigerung von exakt 39,5 %. Nicht eingerechnet sei hierbei die sich daraus ergebende Notwendigkeit von zunehmenden Laborleistungen, Leistungen aus dem Sonographiebereich, der elektrophysiologischen Diagnostik etc. Somit stehe einem Mehr an erbrachter Leistung und Arbeit von mindestens 39,5 % ein rückläufiges Gesamthonorar von über 15 % gegenüber und dies, obwohl für Dialysepatienten die Nrn.1, 5 und 16 gemäß dem EBM 96 in Ansatz gebracht worden seien. Des Weiteren beantragten die Kläger, ihnen eine Honorarausgleichszahlung wegen unbilliger Härte nach Anlage 4 des Honorarverteilungsmaßstabes zu gewähren. Dieser Antrag wurde mit Bescheid der Beklagten vom 14. März 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. Oktober 1997 abgelehnt. Die dagegen eingelegte Klage zum Sozialgericht München (Az.: [S 21 KA 1579/97](#)) blieb ebenso erfolglos wie die gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 22. April 1998 eingelegte Berufung. Diese wurde mit Urteil des Senats vom 12. April 2000 (Az.: [L 12 KA 146/98](#)) ebenfalls zurückgewiesen.

Den Widerspruch der Kläger vom 27. Januar 1997 hat die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 8. August 2001 zurückgewiesen. Mit dem Honorarbescheid sei die den Klägern zustehende Vergütung für vertragsärztliche Leistungen im Abrechnungsquartal 3/96 entsprechend den Regelungen der Anlagen 1 und 2 zum Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) in der ab 1. Januar 1996 geltenden Fassung festgesetzt worden. Die Vertreterversammlung der KVB habe den ihr gemäß [§ 85 Abs.4 SGB V](#) eingeräumten weiten Gestaltungsspielraum im Hinblick auf eine gerechte Punktwertfestsetzung im Rahmen der Honorarverteilung durch Bildung von Honorartöpfen sachgerecht ausgeschöpft. Bei den restlichen Leistungen im Honorarfonds "Übrige Leistungen" sei der Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung gewahrt worden, d.h. die ärztlichen Leistungen seien in diesem Bereich gleichmäßig vergütet worden. Die von den Klägern abgerechneten Leistungen würden dem Honorarfond "Übrige Leistungen" unterliegen. Der Punktwert für diese Leistungen sei nach der Nr.2.3.4 der Anlage 1 des HVM berechnet worden.

Hiergegen richtet sich die Klage der Kläger vom 11. September 2001 zum Sozialgericht München, die mit Schriftsatz vom 21. Dezember 2001 näher begründet wurde. Die Kläger würden als internistische Gemeinschaftspraxis mit dem Schwerpunkt Nephrologie und Dialyse an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Fast 50 % des angeforderten Punktzahlvolumens entfalle auf die Abrechnung der Nr.792

EBM, die die ärztliche Betreuung bei der Dialyse erfasse. Die Versorgung der häufig multimorbiden Dialysepatienten beschränke sich nicht nur auf die Durchführung des Blutreinigungsverfahrens, sondern erfordere auch Beratungen, körperliche Untersuchungen, Sonographien und andere Leistungen. Die Fallzahl sei demgemäß weit unterdurchschnittlich und dürfte lediglich ca. ein Drittel der Fachgruppe ausmachen. Die Beklagte habe den Klägern mit Schreiben vom 28. November 1996 bestätigt, dass die Erhöhung der Kapazität der Praxis um 21 Dialyse-Plätze auf insgesamt 37 Dialyse-Plätze bedarfsgerecht sei. Entsprechend habe sich die Anzahl der Dialysen vom Quartal 1/95 bis zum Quartal 3/96 von 1.898 auf 3.001 Dialysen im Quartal erhöht. Trotz einer 60-%igen Ausweitung der erbrachten Dialysen habe sich das Honorar vom Quartal 1/95 auf das Quartal 3/96 nur geringfügig, nämlich um weniger als 5 % erhöht (hierzu wird eine Tabelle vorgelegt). Die seit dem Quartal 1/95 festzustellende kontinuierliche Ausweitung der Dialysen beruhe dabei nicht etwa auf einer unsachgemäßen Mengenausweitung, sondern sei Folge des Versorgungsbedarfs im Einzugsbereich. Vergleiche man die Abrechnungswerte aus dem Quartal 3/95 mit dem Wert aus dem Quartal 3/96, sei festzustellen, dass im Quartal 3/96 fast 40 % mehr Dialysen erbracht worden seien und dennoch ein Honorarverlust von 12,18 % bzw. 6,92 % gegenüber dem Vorjahresquartal zu verzeichnen gewesen sei. Der Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten verstoße gegen [Artikel 3 Abs.1 GG](#) und das darin enthaltene Differenzierungsgebot, da dieser für Spezialpraxen wie die der Kläger einer Ausnahmeregelung hätte vorsehen müssen. Zusätzlich seien die Kläger auch durch den allgemeinen Punktwertverfall betroffen gewesen. Bereits im Quartal 1/96 habe die Abrechnungsdynamik bei den fachärztlichen Internisten zu einem Honorarverlust von 11,2 % geführt. Bei dem Punktwertverfall spiele es keine Rolle, welche Ursachen der Punktwertverfall bei den Fachärzten habe. Bei der Abrechnung der Nr.792 EBM könne es keine unsachlichen Mengenausweitungseffekte geben. Dies gelte im Wesentlichen auch für die übrigen Leistungen, die typischerweise im Zusammenhang mit Dialysen erbracht würden. Trotz dieser mannigfaltigen Benachteiligungen und der überragenden Bedeutung der Praxistätigkeit der Kläger für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung für die chronisch nierenkranken Patienten hätten diese keine Härteausgleichszahlung erhalten mit der Begründung, dass das Gesamthonorar im entsprechenden Vorjahresquartal des Jahres 1995 nicht um mehr als 15 % unterschritten worden sei, sondern lediglich um 12,18 %. Der streitbefangene HVM enthalte keine Regelung über die Möglichkeit einer Ausnahme - oder Härteregelung, die den hier vorliegenden Sachverhalt angemessen erfassen würde. Erweise sich in der praktischen Erfahrung, dass durch eine Vorschrift des HVM eine bestimmte Gruppe von Ärzten unzulässig benachteiligt werde, sei der Normgeber von Verfassungen wegen gehalten, weitergehende Differenzierungen vorzunehmen bzw. durch Ausnahme- und Härteregulungen den Besonderheiten der betroffenen Gruppe Rechnung zu tragen. Härtefallregelungen im HVM hätten den Zweck, Benachteiligungen, die Folge des EBM und des HVM seien, durch eine Annäherung an eine größere Einzelfallgerechtigkeit zu kompensieren. Die Regelungen im HVM der Beklagten würden gegen die obengenannten Grundsätze verstoßen, da die Kläger durch diese in besonderer Weise benachteiligt würden, was dadurch zum Ausdruck komme, dass sie bei 40-%iger Ausweitung ihrer Dialysetätigkeit dennoch einen Honorarverlust von 12,18 % hinnehmen müssten. Gleichzeitig komme es zu einer Ungleichbehandlung gegenüber den Ärzten, die im Rahmen der von der Beklagten vorgesehenen Härtefallregelung einen Ausgleich für Honorarverluste erhalten würden. Den Normgeber treffe eine Nachbesserungs- und Korrekturpflicht besonders dann, wenn der Punktwertabfall eine dauerhafte Entwicklung darstelle. Dies sei hier der Fall. Ziel der Klage sei daher die Neubescheidung unter Beachtung des Gleichbehandlungsgrundsatzes. Insbesondere solle die Beklagte verpflichtet werden, eine Ausnahme- bzw. Härtefallregelung zu treffen, die den vorliegenden Sachverhalt angemessen erfasse. Eine besondere Schutzbedürftigkeit liege bei den Klägern vor, da kein Patient dialysiert werde, wenn dies nicht zwingend notwendig sei. Die im Rahmen der lebenserhaltenden Nierenersatztherapie erforderliche kontinuierliche Patientenbetreuung sei durch die Kläger weder steuerbar noch beeinflussbar oder auch nur verschiebbar. Der Überweisungsanteil liege demgemäß erheblich über dem Arztgruppendurchschnitt. Eine besondere Schutzwürdigkeit der Kläger werde auch dadurch begründet, dass sie aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gezwungen seien, die Behandlungskapazitäten in ihrer Praxis erheblich auszuweiten. Diese Maßnahme habe bereits zu erheblichen Nachteilen durch die Anwendung der Mengenzuwachsbegrenzungsregelung im HVM der Beklagten geführt. Wenn also das Recht von den Vertragsärzten zwingend die Erbringung bestimmter Leistungen verlange, so müsse andererseits auch anerkannt sein, dass diese Verpflichtung als Differenzierungsgrund im Rahmen der Honorarverteilungsgerechtigkeit Berücksichtigung finde. Vorliegend hätte im Rahmen der Nachbesserungs- und Korrekturpflicht eine weitergehende Härtefallregelung geschaffen werden müssen.

Die Kläger haben erstinstanzlich den Antrag gestellt, den Widerspruchsbescheid der Beklagten vom 8. August 2001 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, über den Widerspruch der Kläger erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 23. Januar 2002 die Klage abgewiesen. Zurecht habe die Beklagte sich allein noch auf die vom Bayer. LSG übrig gelassene Frage beschränkt, ob die Regelung des HVM im streitgegenständlichen Umfang gegen höherrangiges Recht verstoße. Dies habe die Kammer nicht erkennen können und schließe sich insoweit dem wohlbegründeten Widerspruchsbescheid an ([§ 136 Abs.3 SGG](#)). Die Kammer sei davon ausgegangen, dass bei einer Gesamtfallzahl von 1.061 bzw. 1.088 insgesamt - gegenüber der Arztgruppe mit 900 - auf jeden Arzt der Gemeinschaftspraxis der Kläger eine Gesamtfallzahl von 354 Fällen entfalle (bei der Fachgruppe 761 Gesamtfälle). Mit zwei Zielüberweisungen, drei Konsiliarbehandlungen sowie 73 Mit-/Weiterbehandlungen liege die Zahl der Überweisungen nicht eklatant höher als die der Fachgruppe. Die Kläger hätten weniger als 10 % Überweisungspatienten. Das Argument, an einer Mengenausweitung nicht ursächlich mitgewirkt zu haben, sei nicht überzeugend. Die Tatsache, dass die Beklagte den Klägern eine erheblich Anzahl weiterer Dialyseplätze genehmigt habe, führe zu keiner anderen Beurteilung. Eine größere Anzahl von Dialyseplätzen führe allein dazu, dass diese nicht von dem Prüfinstanzen zum Anlass einer Wirtschaftlichkeitsprüfung genommen werden dürften, sie führe jedoch nicht zur Annahme, dass die Honorierung der Kläger einer Begrenzungsregelung im HVM nicht unterliegen dürfe. Im Übrigen sei zu beachten, dass die Dialysesachkosten im Quartal 3/96 mit 1.400.000,00 DM im Vergleich zu den ärztlichen Leitungen sehr hoch zu Buche schlagen würden, was von der Beklagten berücksichtigt worden sei. Der Honorarzuwachs habe sich im Wesentlichen auf diese Sachkosten belaufen, während der Honorarrückgang sich auf die ärztlichen Leistungen bezogen habe, den jedoch alle anderen Ärzte auch zu tragen gehabt hätten.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Kläger vom 22. März 2002 zum Bayer. Landessozialgericht, die mit Schriftsatz vom 6. März 2003 näher begründet wurde. Die Beklagte hätte eine Härtefallregelung treffen müssen, von der die Kläger umfasst worden wären, da ansonsten ein Verstoß gegen [Art.3 GG](#) vorliege. Die Kläger seien fast ausschließlich im Schwerpunktbereich Nephrologie und Dialyse tätig und hätten deswegen eine besondere Praxisstruktur. Die Kläger würden durch eine Mengenzuwachsbegrenzungsregelung benachteiligt, die dazu führe, dass zusätzliche ärztliche Leistungen, die von den Klägern unverschuldet und nicht indiziert seien, nicht angemessen vergütet würden. Kein Patient werde einer Dialyse unterzogen, der ihrer nicht notwendigerweise bedürfe. Zu dem Patientenzahlenzuwachs komme es allein aufgrund der Tatsache, dass immer mehr Menschen an Nierenerkrankungen bzw. Nierenfunktionsstörungen leiden und deswegen einer Nierenersatztherapie bedürften. In der Praxis sei die Zahl der Dialysen von 1.888 Dialysen im Quartal 1/95 auf 3001 Dialysen im Quartal 3/96 angestiegen. Gerade aus der Tatsache heraus, dass die Beklagte den Klägern eine erhebliche Anzahl weiterer Dialyseplätze genehmigt

habe, ergebe sich, dass die Behandlung weiterer Patienten nicht abgelehnt werden können und natürlich auch nicht im Interesse der Kläger gewesen sei. Gemäß § 13 Abs.7 BMV-Ä dürfe ein Vertragsarzt die Behandlung eines Versicherten nur in begründeten Fällen ablehnen. Anerkannte Gründe ergäben sich nur durch Kapazitätsbegrenzungen in der Person des Arztes in Hinblick auf die räumliche, personelle und apparative Ausstattung.

Der Klägervertreter beantragt, das Urteil des Sozialgerichts München vom 23. Januar 2002 ([S 32 KA 2662/01](#)) sowie den Honorarbescheid der Beklagten vom 14. Januar 1997 (Quartal 3/96) in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. August 2000 aufzuheben und über den Honoraranspruch der Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 19. März 2003 hat die Vertreterin der Beklagten noch vorgetragen, dass im Quartal 2/96 eine Genehmigung für eine Aufstockung der Dialyseplätze von 16 auf 21 vorgenommen worden sei, die weitere Aufstockung auf 37 Dialyseplätze sei erst im Quartal 4/96 erfolgt. Im Übrigen verweist die Beklagte auf die Gründe des erstinstanzlichen Urteils.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakte der Beklagten, die Klageakte mit dem Az.: [S 32 KA 2662/01](#), die Berufungsakte mit dem Az.: [L 12 KA 41/02](#) sowie die erledigte Berufungsakte mit dem Az.: [L 12 KA 146/98](#), zur Entscheidung vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren sonstigen Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte sowie gemäß [§ 151 Abs.1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Kläger ist nicht begründet. Das Sozialgericht München hat deshalb mit dem angefochtenen Urteil vom 23. Januar 2002 die Klage zu Recht abgewiesen. Der Honoraranspruch der Kläger im Quartal 3/96 ist mit dem Honorarbescheid der Beklagten vom 14. Januar 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08. August 2001 zutreffend festgesetzt worden.

Dabei ist zunächst festzustellen, dass streitgegenständlich vorliegend nur mehr die Frage ist, ob die Honorarverteilung auf der Grundlage der Anlage 1 (Honorarverteilung Primärkassen) und der Anlage 2 (Honorarverteilung Ersatzkassen, diesbezüglich werden die Regelungen der Anlage 1 für entsprechend anwendbar erklärt) zutreffend festgesetzt worden ist. Nicht gegenständlich ist die Frage, ob den Klägern für das Quartal 3/96 nach der Härtefallregelung in Anlage 4 des Honorarverteilungsmaßstabes der Beklagten eine Honorarausgleichszahlung hätte gewährt werden müssen. Diese Frage ist durch das Urteil des Senats vom 12. April 2000 ([L 12 KA 146/98](#)) bereits rechtskräftig entschieden. In diesem Urteil wurde auch entschieden, dass die Kläger nicht verlangen können, dass die Härtefallregelung anders gestaltet wird, etwa in Form einer Generalklausel, bei der über einen Härtefall unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls nach pflichtgemäßem Ermessen entschieden wird.

Nach der zwischenzeitlich gefestigten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sind Honorarverteilungsregelungen in erster Linie an den gesetzlichen Vorgaben des [§ 85 Abs.4 SGB V](#) in Verbindung mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, der sich aus [Artikel 12 Abs.1](#) in Verbindung mit [Artikel 3 Abs.1 GG](#) ergibt, zu messen (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr.10](#) S.57 f, Nr.11, S.66 f., Nr.12, S.76 f., Nr.16, S.100 f., Nr.24, S.162 f., Nr.26, S.183 f. und Nr.31, S.236 f.). Zentrale Bedeutung kommt dabei der Bestimmung des [§ 85 Abs.4 Satz 3 SGB V](#) zu, nach der bei der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zugrunde zu legen sind. Dieser Vorschrift kann allerdings nicht die Forderung entnommen werden, die Leistungen müssten nach ihrer Art und ihrem Umfang stets gleichmäßig, d.h. mit einem für alle Leistungen einheitlichen Punktwert, honoriert werden. Das Gesetz schließt nicht grundsätzlich aus, durch die Regelungen eines HVM die Gesamtvergütung in Honorartöpfe aufzuteilen, auch wenn sich als deren Folge ergibt, dass vertragsärztliche Leistungen nicht mehr entsprechend der im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen (EBM-Ä) festgelegten Punktzahl-Bewertung, sondern - auf Grund unterschiedlicher Punktwerte, die auf unterschiedlichen Mengenentwicklungen in verschiedenen Leitungsbereichen beruhen - unterschiedlich hoch vergütet werden. Im Hinblick auf die berufsregelnde Tendenz von Honorarverteilungsvorschriften steht die Bildung von Honorartöpfen nicht im freien Ermessen der KÄV. Solche sogenannten Topfbildungen bedürfen vielmehr wegen der möglichen unterschiedlichen Punktwerte einer sachlichen Rechtfertigung (vgl. BSG [SozR 3/2500 § 85 Nr.26](#) S.183; Nr.31 S.237). Das Gesetz räumt ausdrücklich die Möglichkeit ein, eine nach Arztgruppen oder Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung der Vergütung vorzusehen ([§ 85 Abs.4 Satz 5 SGB V](#) in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes - GSG- vom 21. Dezember 1992, [BGBl.I S.2266](#)). Honorartöpfe können aber auch für bestimmte Leistungsbereiche geschaffen werden, wenn damit Steuerungszwecke verbunden sind, die ihrerseits im Gesetz bzw. im vertragsärztlichen Vergütungssystem selbst angelegt sind, oder die zu verfolgen zu den legitimen Aufgaben der KÄV im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages gehört (vgl. zuletzt BSG [SozR 3-2500 Nr.26](#) S. 184 m.w.N.). Mischsysteme mit Honorartöpfen sowohl für bestimmte Leistungen als auch nach Arztgruppen sind gleichfalls zulässig (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr.11](#) S.67 f.). Die Bildung von Honorartöpfen kann auch damit verbunden werden, dass für verschiedene Töpfe unterschiedliche Punktwertregelungen gelten. So können die KÄV-en für alle Leistungen auf feste Punktwerte verzichten und nach Maßgabe des Gesamtvergütungsvolumens schwankende ("floatende") Punktwerte vorsehen bzw. für einige Bereiche feste Punktwerte garantieren und nur die restlichen Leistungen einem "floatenden" Punktwert unterwerfen (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr.27](#) S.195, Nr.28 S.102 f. und Nr.31 S.237 f.). Zulässig ist auch eine unterschiedliche Honorierung innerhalb der Fallwerte, in dem ein begrenzter Basisfallwert nach einem höheren Punktwert, die darüber hinaus gehenden Leistungen aber nur nach Maßgabe der verbleibenden Restvergütung honoriert werden (vgl. BSG [SozR 3-2500 Nr.27](#) S.195, Nr.28 S. 203 f. und Nr.31 S.238 f.).

Nach diesen Grundsätzen ist der für das streitige Quartal 3/96 geltende HVM der Beklagten rechtlich nicht zu beanstanden. Dieser ab dem 1. Januar 1996 bis einschließlich zum Quartal 3/96 geltende HVM der Beklagten (vgl. Bayer. Staatsanzeiger 1995 Nr.51/52 S.22, geändert: Bayer. Staatsanzeiger 1996, Nr.13 S.4) sah in den Anlagen 1 und 2 typisierend und generalisierend eine Verteilung der von den Primärkassen bzw. den Ersatzkassen geleisteten Gesamtvergütung nach Honorartöpfen vor (Honorarfond "O I" und "O II"; Honorarfond "O III"; Honorarfond "Fremdärzte"; Honorarfond "Übrige Leistungen"). Eine weitergehende Differenzierung der einzelnen Honorartöpfe ("Honorarfonds R 1 "Hausarzttopf" und R 2 "Facharzttopf") sowie eine Mengenbegrenzung, wie dies der im Jahre 1995 geltende HVM vorsah (vgl. Bayer. Staatsanzeiger 1994 Nr.48 S.14 und z.B. das Urteil des Senats vom 24. Mai 2000, L 12 KA 150/98 hierzu) war im streitigen Zeitraum (3. Quartal 1996) ebensowenig vorgesehen wie ein Praxisbudget auf HVM-Ebene, wie dies in der nachfolgende HVM-Regelung ab Quartal 4/96 der Fall war (vgl. den HVM in der Fassung des Beschlusses der Vertreterversammlung der Beklagten vom 14. September 1996

und hierzu zuletzt des Senats Urteil vom 06. März 2002, [L 12 KA 96/00](#) mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Ebenso wenig war im Quartal 3/96 in den Anlagen 1 und 2 eine - allgemeine - Härtefallregelung enthalten. Erst ab 01. Oktober 1996 wurde nach der Einführung individueller Praxisbudgets auf HVM-Ebene in die Anlage 1 unter Ziffer 2.3.8 eine Härtefallregelung in Form einer Generalklausel in den HVM aufgenommen (vgl. Bayer. Staatsanzeiger 1996 Nr.39 S.4 f; Bayer. Ärzteblatt 1996, 462 f.). Die Anlage 4 zu dem im Quartal 3/96 geltenden HVM sieht lediglich bei einem Honorarrückgang, der kausal auf die Änderungen des EBM 96 zurückzuführen war, ab 1. Januar 1996 eine Honorarausgleichszahlung vor, deren Voraussetzungen mit Beschluss der Vertreterversammlung vom 20. Juli 1996 (vgl. Bayer. Staatsanzeiger 1996 Nr.31 S.5) rückwirkend zum 1. Januar 1996 neu gefasst wurden. Diese Regelung machte die Zuerkennung einer Honorarausgleichszahlung ebenfalls typisierend und generalisierend von zwei Voraussetzungen abhängig (unbillige Härte; Gründe der Sicherstellung), wobei eine unbillige Härte unter drei kumulativ vorliegenden Voraussetzungen anerkannt wurde (Honorarrückgang um mehr als 15 %; Kausalität zwischen Honorarrückgang und dem EBM 96; Erschöpfung der Möglichkeiten der Betriebskostenreduzierung). Vor diesem Hintergrund ist festzustellen, dass der im Quartal 3/96 streitgegenständliche Honorarverteilungsmaßstab sowohl gemessen an der Vorgänger-HVM-Regelung wie auch der nachfolgenden HVM-Regelung vergleichsweise einfach gehalten ist, weil er sich lediglich in der Bildung von verschiedenen, Honorartöpfen ohne sonstige Mengenbegrenzung erschöpft. Die Festsetzung von Honorarkontingenten durch die Bildung von Honorartöpfen für einzelne Arztgruppen und/oder Leistungsbereiche ist aber in der Rechtsprechung (a.a.O.) immer für sachlich gerechtfertigt angesehen worden. Die Topfbildung ist nämlich die konsequente Folgerung aus den Neuregelungen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG vom 21. Dezember 1992, [BGBl. I S.2266](#)), das in [§ 85 Abs.3 a - c SGB V](#) eine Obergrenze für die Erhöhung der Gesamtvergütungen vorgesehen hat, weil dadurch eine Vorsorge dagegen geschaffen wird, dass eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Bereichen das Honorargefüge zu Lasten anderer Arztgruppen und/oder Leistungsgruppen beeinflusst (vgl. zuletzt BSG, SozR 3/2500 § 85 Nr.26 S.183 f., Nr.31 S.237 f. und BSG, Urteil vom 3. März 1999, [B 6 KA 56/97 R S.6](#)). Zu den Einwendungen der Bevollmächtigten der Kläger ist zunächst grundsätzlich festzustellen, dass diese - in der Klage wie auch in der Berufungsbegründung - zu Unrecht davon ausgehen, dass die Anlage 1 des HVM der Beklagten in der Fassung des Beschlusses der Vertreterversammlung der Beklagten vom 12. November 1994 (vgl. Bayer. Staatsanzeiger 1994 Nr.48 S.14) auch noch für das streitige Quartal 3/96 galt. Dieser HVM bzw. dessen Anlage 1 galt jedoch nur bis Ende 1995 und wurde ab 1. Januar 1996 (vgl. Beschluss der Vertreterversammlung der Beklagten vom 2. Dezember 1995, Bayer. Staatsanzeiger 1995 Nr.51/52, S.22) durch den bereits näher dargestellten, auch noch im streitigen Quartal 3/96 geltenden HVM der Beklagten abgelöst. In der Folge gehen die Bevollmächtigten der Kläger deshalb auch zu Unrecht davon aus, dass die im Quartal 3/96 geltende Anlage 1 eine "Mengenwachsbegrenzungsregelung" enthalten hat. Der Senat hat vor diesem Hintergrund bereits mit dem rechtskräftigen Urteil vom 12. April 2000, [L 12 KA 146/98](#) (Verneinung eines Anspruches der Kläger auf einen Härtefallausgleich) entschieden, dass die Kläger weder aus [Art.3 GG](#) noch aus dem aus den [Art.3, 12 GG](#) abzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit einen Anspruch auf eine allgemeine Härtefallregelung geltend machen können. Insbesondere könne die Grundsätze, die das BSG in dem von Klägerseite angeführten Urteil ([SozR 3-2500 § 85 Nr.28 S.210 f. = BSGE 83, 52](#)) aufgestellt hat, nicht unbezogen auf den hier streitigen Honorarverteilungsmaßstab übertragen werden. Die vorgenannte Entscheidung des BSG betraf ebenso wie andere gleich gelagerte Entscheidungen des BSG (vgl. [SozR 3-2500 § 85 Nr.27 S.197](#); Urteil vom 28. April, Az.: [B 6 KA 63/98 R](#), SGB 1999, S.403) Honorarverteilungsmaßstäbe von Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, mit denen diese den durch das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 ([BGBl. I S.2266](#)) neu gefassten [§ 85 Abs.3 a SGB V](#) (Budgetierung der Gesamtvergütung) bei der Honorarverteilung durch die Einführung einer am bisherigen Umsatz der einzelnen Praxis orientierten Bemessungsgrenze Rechnung getragen haben. Diese Honorarverteilungsmaßstäbe haben im Rahmen der Berechnung der individuellen Bemessungsgrundlage in Ausnahmefällen eine Härtefallregelung in Gestalt einer Generalklausel vorgesehen (vgl. auch Abschnitt III Zif.4.5 der Anlage 2 zum HVM der KZV Bayerns in der ab 1. Juli 1993 geltende Fassung). Hinsichtlich dieser Honorarverteilungsmaßstäbe hat das BSG (a.a.O.) angesichts der Vielfalt der im Rahmen eines Systems praxisindividueller Bemessungsgrenzen denkbaren Konstellationen Härtefallregelungen in Form von Generalklauseln für sachgerecht angesehen, die nicht nur in Fällen echter Härte, sondern auch in Sonderfällen, die nicht durch vorhersehbare, allgemein bekannte, typische Gegebenheiten gekennzeichnet sind, wie z.B. atypische Versorgungssituationen, zur Anwendung kommen. Diese Grundsätze lassen sich auf den hier einschlägigen HVM, der keinerlei Mengenwachsbegrenzungen durch Anknüpfung an Abrechnungswerte in der Vergangenheit enthält, nicht übertragen. Dem rechtskräftigen Urteil des Senats vom 12. April 2000 ([a.a.O.](#)) ist insoweit nichts hinzuzufügen. Die aus Sicht der Kläger unbefriedigende Honorarentwicklung im 3.Quartal 1996 beruht demnach nicht auf der zu Unrecht angenommenen Regelung über eine Mengenwachsbegrenzung, sondern zum einen auf den Änderungen des EBM zum 1. Januar 1996 bzw. 1. Juli 1996 (insb. Einführung von Teilbudgets gemäß Teil A I Nr.5 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM) und zum anderen auf der Punktwertentwicklung im Honorarfonds "Übrigen Leistungen" bzw. bei den dortigen sogenannten "Restlichen Leistungen". Hinsichtlich der Auswirkungen des EBM 96 hat die Beklagte in der Anlage 4 zum HVM ("Härtefallregelung EBM 96) eine auf die Auswirkungen des EBM 96 speziell zugeschnittene Härtefallregelung geschaffen, deren Voraussetzungen die Kläger nach dem rechtskräftigen Urteil des Senat vom 12. April 2000 (Az.: [L 12 KA 146/98](#)) nicht erfüllen. In diesem Urteil wurde auch rechtskräftig entschieden, dass die Kläger keinen Anspruch auf eine weiter gefasste Härtefallregelung oder eine Härtefallregelung in Form einer Generalklausel haben. Die Anlage 1 des HVM s der Beklagten verstößt schließlich auch nicht gegen das dem [Art.3 GG](#) innewohnende Differenzierungsangebot. Das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit ist verletzt, wenn von 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 Gleichbehandlungsangebot des [Art.3 Abs.1 GG](#) enthält jedoch nicht nur das Verbot sachwidriger Differenzierung, sondern ebenso das Gebot, wesentlich Ungleiches ungleich zu behandeln (ständige Rechtsprechung, vgl. z.B. [BVerfGE 98, 365, 385](#)). Zu einer Differenzierung von ungleichen Sachverhalten ist der Gesetzgeber allerdings nur verpflichtet, wenn die tatsächliche Ungleichheit so groß ist, dass sie bei einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise nicht unbegrüßigt bleiben darf. Hierzu ist zunächst richtig zu stellen, dass die Klägerbevollmächtigten auf der Grundlage des im Jahre 1995 geltenden HVM s zu Unrecht davon ausgehen, dass im streitgegenständlichen Quartal 3/96 die Anlage 1 des HVM eine weitere Unterteilung des Honorarfonds "Übrigen Leistungen" in einem Honorarfonds für hausärztliche Internisten und einen solchen für fachärztliche Internisten vorsah. Eine solche Unterteilung wäre für die Kläger in der Tat ungünstig gewesen, wie eine Reihe von beim Senat anhängigen Berufungsverfahren zeigt, in denen fachärztliche Internisten sich gegen den im Vergleich zu hausärztlich tätigen Internisten deutlich geringeren Punktwert im "Facharzttopf" wenden. Die für das Quartal 3/96 einschlägige Anlage 1 zum HVM sah demgegenüber eine für alle Arztgruppen gleichmäßige Vergütung aus dem Honorarfonds "Übrige Leistungen" vor. Es ist für den Senat nicht erkennbar, dass dies für Internisten mit Spezialisierung auf Nephrologie und Dialyse in besonderer Weise nachteilig gewesen wäre. Von einer Verletzung des Differenzierungsgebotes gemäß [Art.3 GG](#) könnte bei einer Honorierung aller ärztlichen Leistungen nach einem einheitlichen Punktwert insbesondere dann ausgegangen werden, wenn es in Folge eines starken Anstiegs der Menge der abgerechneten Leistungen zu einem massiven Absinken des Punktwertes kommt und dies zu einer schwerwiegenden Benachteiligung einer Arztgruppe führt, die - etwa wegen der strikten Zeitgebundenheit der von ihr erbrachten Leistungen - die Leistungsmenge im Unterschied zu anderen Arztgruppen nicht erhöhen kann (vgl. hierzu im Einzelnen für bestimmten

psychotherapeutische Leistungen, BSG, [SozR 3-2500 § 85 Nr.29](#)). Davon kann bei den Klägern keine Rede sein. Vielmehr ist es bei den Klägern - nach Angaben der Prozessbevollmächtigten - zu einer 40 %-igen Steigerung der ärztlichen Leistungen (von 2151 Dialysen im Quartal 3/95 auf 3001 Dialysen im Quartal 3/96) gekommen, wodurch der auf verschiedenen Ursachen beruhende Honorarrückgang deutlich verringert werden konnte. Dabei handelt es sich auch nicht um eine auf die Praxis der Kläger beschränkte Besonderheit, vielmehr ist nach den von Klägerseite zitierten Literaturstellen in Deutschland insgesamt eine Zunahme an Nierenerkrankungen bzw. Nierenfunktionsstörungen festzustellen. So ist die Zahl der Dialysepatienten mit etwa 46.300 Patienten im Jahre 1996 auf 59.443 Patienten Ende 1999 angestiegen. Nach alledem gelangt der Senat zu der Auffassung, dass es für Internisten mit Spezialisierung auf Nephrologie bzw. Dialyse bzw. für die Kläger keiner Ausnahmenvorschrift in der Anlage 1 zum HVM selbst oder einer Härtefallregelung im Sinne einer Generalregelung bedurfte.

Die Berufung der Kläger ist deshalb zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§ 193 Abs.1, 4 SGG](#).

Gründe, die Revision nach [§ 160 Abs.2 Nrn.1](#) und [2 SGG](#) zuzulassen liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2006-04-14