

L 12 KA 166/03

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 42 KA 2842/00

Datum

20.05.2003

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 166/03

Datum

31.05.2006

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 6 KA 85/06 B

Datum

23.05.2007

Kategorie

Urteil

I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts München vom 20. Mai 2003 aufgehoben.

II. Die Klage wird abgewiesen.

III. Die Kosten des Verfahrens werden dem Kläger auferlegt. IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

In diesem Rechtsstreit geht es um den Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Beklagten im Quartal 1/99.

Der Kläger ist als fachärztlicher Internist in A. zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Im Quartal 1/99 hatte er 1.291 ambulante Behandlungsfälle. Die Beklagte setzte sein Honorar für das erste Quartal 1999 mit Honorarbescheid vom 30. August 1999 auf 127.278,30 DM fest (einschließlich 4.271,42 DM für besondere Kostenträger). Der Kläger hat gegen diesen Bescheid Widerspruch erhoben mit der Begründung, der Punktwert sei vom Quartal 4/98 zum Quartal 1/99 bei den Regionalkassen von 8,3 auf 5,7 DPf und bei den Ersatzkassen von 8,32 auf 6,7 DPf zurückgegangen. Die Beklagte habe bei der Festlegung von Fachgruppentöpfen in ihrem Honorarverteilungsmaßstab (HVM) die Zunahme der fachärztlichen Internisten, insbesondere durch den Wechsel einer Vielzahl von hausärztlichen Internisten ins Facharztlager nicht berücksichtigt. Daraus sei zwangsläufig ein Leistungszuwachs entstanden, der zu einem massiven Punktwertverfall geführt habe. Dies verstoße gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit und der leistungsproportionalen Vergütung.

Die Beklagte hat den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 27. Juni 2000 zurückgewiesen. Im Jahr 1999 sei die Gesamtvergütung mit Ausnahme gewisser Erstattungen von den Krankenkassen als Kopfpauschale geleistet worden. Die Beklagte habe gemäß Buchstabe B Nr.1 der Anlage 1 Abschnitt B ihres ab 1. Januar 1999 geltenden HVM die von den Regionalkassen pauschal bezahlten Gesamtvergütungsanteile auf Landesebene zu einer Summe zusammengefasst und auf verschiedene Honorarfonds verteilt. Entsprechendes gelte gemäß Anlage 2 Abschnitt B HVM auch für die von den Ersatzkassen gezahlte Gesamtvergütung. Die Aufteilung der Gesamtvergütung in einzelne Teilbudgets sei ein zulässiges und geeignetes Mittel zur Durchführung einer sachgerechten Honorarverteilung (BSG vom 29. September 1993, Az. 6 RKA 85/91). Nach diesem Urteil sei die Bildung von Honorartöpfen für einzelne Arztgruppen und/oder Leistungsbereiche zulässig. Auch Regelungen, die zu einer unterschiedlichen Honorierung gleich bewerteter Leistungen führten, seien rechtmäßig, wenn dies nicht zur Bewertungskorrektur, sondern aus anderen Gründen erfolge. Die gesetzlichen Bestimmungen des Vertragsarztrechts begrenzten den insgesamt zur Verfügung stehenden Honorarbetrag mit der Folge, dass bei steigender Leistungsmenge der Punktwert sinke und dadurch die einzelnen Leistungen geringer honoriert würden. Diese Honorarausschüttung widerspreche nicht dem [Art.14 Abs.1 Grundgesetz \(GG\)](#), denn dieser garantiere nicht einen Anspruch des Vertragsarztes auf stets gleiches Honorar.

Dagegen hat der Kläger Klage zum Sozialgericht München (SG) erhoben und zur Begründung unter anderem ausgeführt, der HVM sehe eine Verteilung der Gesamtvergütung auf sog. Honorarfonds vor. Von Bedeutung für das vorliegende Verfahren sei der Honorarfonds "Sonstige Leistungen", Ziffer 2.5, Abschnitt B der Anlage 1 bzw. 2 des HVM. Dieser sei unterteilt in einen Honorarfonds R 1 (hausärztliche Leistungen) und einen Honorarfonds R 2 "Restliche Ärzte", der wiederum unterteilt sei in die Töpfe R 2 b (für budgetierte Arztgruppen) und R 2 n (für nicht budgetierte Arztgruppen). Der zuletzt genannte Honorarfonds (R 2 n) werde seinerseits in arztgruppenspezifische Honorarkontingente unterteilt. Zwar sei die Bildung von Honorarfonds grundsätzlich zulässig. Wenn jedoch, wie hier, durch Honorarfonds, Sub-Honorarfonds und Sub-Sub-Honorarfonds unterschiedliche Punktwerte für die selben ärztlichen Leistungen herauskämen, entspreche dies nicht dem Grundsatz "gleiches Honorar für gleiche Leistung". Wenn es zu so extremen Unterschieden im Punktwert zwischen den verschiedenen Fachgruppen komme bzw. die Ungleichheit so bedeutsam sei, dass ihre Berücksichtigung nach einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten

Betrachtungsweise geboten erscheine, liege ein Verstoß gegen [Art.3 GG](#) vor. Verletzt sei im vorliegenden Fall auch der aus [Art.12 Abs.1 GG](#) i.V.m. [Art.3 Abs.1 GG](#) abzuleitende Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Das sei der Fall, wenn vom Prinzip der gleichmäßigen Vergütung abgewichen werde, obwohl zwischen den betroffenen Ärzten bzw. Arztgruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestünden, dass eine Ungleichbehandlung gerechtfertigt sei. Nach [BSGE 73, 131](#); 75,187 könnten Honorareinbußen bis zu 10 % möglicherweise verhältnismäßig sein. Im vorliegenden Fall lägen diese jedoch deutlich höher. Ursächlich für die verheerende Punktwertentwicklung nach unten sei insbesondere die Zunahme der Arztzahl in der Gruppe der fachärztlichen Internisten. Diese schlage unmittelbar auf den Punktwert durch, wobei hervorzuheben sei, dass sich die Zahl der Lungenärzte dabei nicht verändert bzw. sogar abgenommen habe. Gleichwohl habe aber diese Schwerpunktgruppe, der der Kläger angehöre, den Punktwertverfall in gleicher Weise mitzutragen. Eine Leistungsausweitung oder Punktzahlvermehrung in einem Umfang, der den eingangs skizzierten Punktwertverfall erklären könne, sei jedenfalls seit dem Quartal 1/98 nicht eingetreten. Des weiteren sei auch der Grundsatz der Angemessenheit der ärztlichen Vergütung nach [§ 72 Abs.2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) verletzt.

Die Beklagte hat dazu ausgeführt, der HVM 1/99 sei ein Übergangs-HVM zwischen den in Quartal 4/98 geltenden Regelleistungsvolumina und dem ab dem Quartal 2/99 geltenden HVM. In 1/99 habe es zwei große Honorarfonds R 1 und R 2 gegeben. Der Fonds R 2 sei wiederum aufgegliedert gewesen in die Unterfonds R 2 n und R 2 b und der Honorarfonds R 2 n seinerseits unterteilt in arztgruppenspezifische Honorarkontingente. Diese hätten sich aus dem ausgezahlten Anteil der jeweiligen Arztgruppe in Prozent an der bereinigten Gesamtvergütung im Quartal 4/96 errechnet. Bei jedem Versorgungsbereichswechsel von Internisten zwischen dem hausärztlichen und dem fachärztlichen Bereich ab dem Quartal 1/97 sei ein Ausgleich zwischen den betroffenen Honorarkontingenten in Höhe des bereinigten Quartalsdurchschnittshonorars der Fachgebietsgruppe der Internisten (hausärztliche und fachärztliche Internisten zusammengefasst) aus den Quartalen 1/95, 2/95, 3/96 und 4/96 erfolgt. Im Allgemeinen begründe eine Steigerung der Arztzahl keine objektiv notwendige Leistungsmehrung und damit keinen Anspruch auf Zuführung zusätzlicher Mittel in einen Honoraropf. Für das Quartal 1/99 sei im Ersatzkassenbereich eine Nachvergütung durchgeführt worden, wodurch sich der Punktwert von 6,7 DPf auf 7,83 DPf erhöht habe. Beim Kläger habe dies zu einer Nachvergütung in Höhe von 4.872,43 DM geführt. Beim Fallwert in Punkten habe sich in der Zeit vom 3. Quartal 1997 bis 4. Quartal 1999 keine nennenswerte Veränderung ergeben. Dieser habe vielmehr bei etwa 2.000 Punkten gelegen (hausärztliche Internisten im gleichen Zeitraum etwa 1.100 Punkte). Eine Verschiebung von Leistungen aus dem fachärztlichen in den hausärztlichen Bereich oder umgekehrt sei nicht feststellbar. Im gleichen Zeitraum sei die Anzahl der fachärztlichen Internisten von knapp 1.000 auf knapp 1.200 gestiegen, während die der hausärztlichen Internisten geringfügig gefallen sei von etwas über 1.600 auf etwas unter 1.600. Von den hinzugekommenen 184 fachärztlichen Internisten seien 41 auf Versorgungsbereichswechsler entfallen, 107 auf Neuzulassungen. Bei den Internisten insgesamt habe in den Jahren 1997 bis 1999 in den verschiedenen Planungsbereichen durchschnittlich ein Versorgungsgrad von 117 % bestanden. In den nicht ausreichend versorgten Gebieten sei keine nennenswerte Arztzahlsteigerung erkennbar. Ein detailliertes Eingehen auf die Versorgungslage unter Berücksichtigung der fachärztlichen Internisten einerseits und der hausärztlichen Internisten andererseits sei nur eingeschränkt möglich, denn eine gesonderte Bedarfsplanung für die fachärztlichen Internisten sei vom Landesausschuss erstmals ab 2001 vorgenommen worden. Für die Beurteilung der Honorarsituation sei nicht allein der Punktwert entscheidend. Bei den fachärztlichen Internisten handle es sich um eine nach dem EBM nicht budgetierte Fachgruppe. Außerdem profitierten diese im zunehmenden Maße von gesamtvertraglich geregelten Strukturförderungen ausgewählter internistischer Leistungen. Die individuelle Honorarsituation des Klägers zeige zwar für das Jahr 1999 einen Rückgang auf durchschnittlich 121.570,00 DM pro Quartal also um ca. 20.000 DM gegenüber dem Quartalsdurchschnitt 1998. Zu berücksichtigen sei jedoch, dass die Vergütungssituation durch die Regelleistungsvolumina im Quartal 4/98 besonders günstig gewesen sei. Im Ergebnis liege ein überdurchschnittliches Honorar zu anderen Fachgruppen vor. Abschließend gibt die Beklagte zu bedenken, dass sich die Situation der vertragsärztlichen Versorgung auf Grund der aktuellen Gesetzgebung generell verschlechtert habe und wohl eher noch weiter verschlechtern werde. Keine einzige Fachgruppe sei von dieser negativen Entwicklung ausgeschlossen.

Von Klägerseite wurde dem entgegengehalten, 107 Neuzulassungen seien bei einem Versorgungsgrad von 117 % nicht nachvollziehbar. Hierdurch sei eine nicht zumutbare Belastung des Honorartopfes entstanden.

Das Sozialgericht hat dieses Verfahren mit den Verfahren betreffend die Quartale 2 bis 4/99 verbunden und mit Urteil vom 20. Mai 2003 die Honorarbescheide betreffend die Quartale 1 bis 4/99 jeweils in der Gestalt der Widerspruchsbescheide aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, über die Widersprüche gegen die Honorarbescheide der Quartale 1 bis 4/99 gemäß der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

In der Begründung führte es u.a. aus, der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit sei verletzt. Bei der Arztgruppe der fachärztlichen Internisten hätte sich gegenüber den verdurchschnittlichten Verhältnissen im Vergleichszeitraum die Gesamtmenge an abgerechneten und anerkannten Leistungspunkten so erhöht, dass der Punktwert gegenüber dem rechnerischen Durchschnittspunktwert aller Arztgruppen im Regionalkassenbereich um 17 % im 1. Quartal 1999 (35 bis 40 % in den Quartalen 2 bis 4/99) und im Ersatzkassenbereich um 25 bis 30 % abgesunken sei. Auch nach der Stützung verbleibe in 1/99 ein Absinken von 14 % bzw. 12 %. Auch gegenüber den Quartalen des Jahres 1998 sei ein erheblicher Rückgang der Honorare der fachärztlichen Internisten zu beobachten. Das SG sei der Ursache der dafür verantwortlichen massiven Leistungsmengensteigerung bei den fachärztlichen Internisten gegenüber dem Anknüpfungszeitraum nachgegangen. Dabei habe es festgestellt, dass der Fallwert in Punkten nahezu konstant bei 2.000 Punkten liege. Leistungsverchiebungen zwischen fachärztlichen Internisten und hausärztlichen Internisten seien nicht zu beobachten. Seit dem Beginn des Anknüpfungszeitraums (1/96) und dem 2. Quartal 1999 habe die Anzahl der fachärztlichen Internisten um mehr als 50 % zugenommen. Im Jahr 1996 sei sie um 20 % gestiegen, 1997 nahezu konstant gewesen und 1990 um weitere 30 % gestiegen. Dem stehe ein Rückgang bei den hausärztlichen Internisten um ca. 10 % gegenüber. Höhere Arztzahlen einer Arztgruppe erforderten zwar für sich genommen keinen höheren Gesamtvergütungsanteil. Anders sei es aber, wenn die Patienten zuvor nicht ausreichend versorgt waren. Das sei hier in ländlichen Gebieten zum Teil der Fall gewesen. Bei Arztgruppen, die der Bedarfsplanung unterlägen, könne regelmäßig eine bedarfsentsprechende Unterlegung der Mengenentwicklung zumindest dann angenommen werden, wenn die Planungsbereiche einen niedrigen Versorgungsgrad aufwiesen, weil dann auf einen partiellen Ausgleich einer Unterversorgung zu schließen sei, oder wenn eine Sperrung vorliege, weil dann eine Arztzahlerhöhung häufig auf notwendigen Sonderbedarfszulassungen oder Ermächtigungen beruhen werde. Hier gehe die Kammer von einer überwiegend bedarfsentsprechenden Unterlegung der mit der Arztzahlsteigerung verbundenen Mengenausweitung aus. Sie schließe dies aus den konstanten Praxisfallwerten und Praxisfallzahlen der fachärztlichen Internisten. Zwar sei eine getrennte Bedarfsplanung für die fachärztlichen Internisten erst mit Beschluss des Landesausschusses vom 16. Mai 2001 vorgenommen worden. Zuvor seien hausärztliche und fachärztliche Internisten bei der Feststellung des Versorgungsgrades zusammengefasst gewesen. Aus der von der Beklagten

übersandten Statistik (1997 bis 1999) ergebe sich kein einheitliches Bild. Während städtische Gebiete sich als überversorgt darstellten, hätten ländliche Planungsbereiche Versorgungsgrade von 80 % und weniger aufgewiesen. Auch in diesen Gebieten schienen Neuzulassungen erfolgt zu sein. Im Übrigen sei die Trennung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Versorgungsbereich zum Ablauf des Jahres 1995 noch nicht abgeschlossen gewesen. Hausärztliche Internisten hätten gemäß § 9 Hausarztvertrag auch nach 1995 noch fachärztliche Leistungen erbringen dürfen, soweit sie diese schon vor dem 1. Januar 1994 abgerechnet hätten. Es hätte deshalb auch noch nach dem 31. Dezember 1995 zu Steigerungen des Patientenaufkommens bei den fachärztlichen Internisten kommen müssen, die durch die steigenden Arztszahlen aufgefangen werden konnten. Damit erweise sich die Anknüpfung der Aufteilung der Gesamtvergütungsvolumina anhand der Anteile des Durchschnitts der Quartale 1/96 bis 4/97 als unrechtmäßig. Entsprechendes gelte für die Anknüpfung des Quartals 1/99 an das Quartal 4/96. Die fachärztlichen Internisten hätten wegen des erheblichen und kontinuierlichen Patientenzuwachses, dem im Rahmen der Neuzulassung habe entsprochen werden können, und der eine gerechtfertigte Mengenausweitung zur Folge gehabt habe, nicht gleich den anderen Arztgruppen behandelt werden dürfen, die kaum auffällige Schwankungen aufgewiesen hätten. In Abwägung mit Gründen der Verwaltungspraktikabilität und der sicheren Berechenbarkeit der Gesamtvergütungsanteile könne die Kammer nur eine Anknüpfung tolerieren, die nicht weiter als zwei Jahre vom Honorarquartal zurückreiche. Als eine wesentliche Änderung gegenüber dem Anknüpfungszeitraum sei es anzusehen, wenn sich das Patientenaufkommen einer Arztgruppe um mindestens +/- 10 % im Vergleich zum Ausgangsquartal verändert habe und sich entsprechende Entwicklungen bei den anderen Arztgruppen nicht ergeben hätten (BSG vom 07.02.1996, Az.: [6 RKa 84/95](#)). Diese Entwicklung sei nicht erst im Rahmen einer nachgängigen Beobachtungs- und Reaktionspflicht zu prüfen, denn die Entwicklung der Arzt- und Patientenzahlen sei bereits zum Zeitpunkt der Beschlussfassung des HVM für 1999 bekannt gewesen. Der HVM müsse deshalb entsprechend geändert werden. Eine Korrektur könne auch nicht aufgrund der Teilnahme fachärztlicher Internisten am sogenannten Strukturvertrag unterbleiben. Nicht alle fachärztlichen Internisten nähmen an Strukturverträgen teil. Diese wiederum partizipierten unterschiedlich daran.

Gegen das ihr am 21. Oktober 2003 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 7. November 2003 Berufung eingelegt und diese mit Schriftsatz vom 13. September 2004 umfangreich begründet. Das BSG habe es in verschiedenen Entscheidungen für zulässig erachtet, in Honorarverteilungsmaßstäben gesonderte feste Honorar- kontingente für einzelne Arztgruppen, Versorgungsgebiete oder Leistungsbereiche zu bilden, wenn damit fachlich begründete Steuerungszwecke verbunden seien. Auch das Gesetz räume in [§ 85 Abs.4 Satz 5 SGB V](#) in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 die Möglichkeit ein, eine nach Arztgruppen oder Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung der Vergütung vorzusehen. Demnach sei es grundsätzlich zulässig, im HVM gesonderte Honorartöpfe für verschiedene Fachgruppen zu bilden, um Vorsorge dagegen zu treffen, dass durch eine unterschiedliche Mengendynamik das Honorargefüge ungerechtfertigt zugunsten einzelner und zum Nachteil anderer Arztgruppen verändert werde. Die fachgruppenbezogene Kontingentierung des Honorarvolumens diene auch dem legitimen Zweck, Anreize für eine medizinisch nicht indizierte Mengenausweitung zu begrenzen. Weder habe eine Arztgruppe Anspruch auf eine konstante Topffüllung noch ein einzelner Arzt Anspruch auf einen bestimmten Punktwert. Das Absinken des Punktwertes bei den fachärztlichen Internisten erweise sich gemessen an der beschriebenen Zielsetzung nicht als unverhältnismäßig. Es dürfe nicht außer Betracht gelassen werden, dass diese Arztgruppe nicht den sehr einschneidenden Regelungen der EBM-Praxis- und Zusatzbudgets unterliege. Darüber hinaus profitiere die Gruppe der fachärztlichen Internisten im wachsenden Umfang an der strukturvertraglichen Förderung spezieller fachärztlicher internistischer Leistungen, die mit festem Punktwert bezahlt würden, so dass das Absinken des floatenden Punktwertes bei den restlichen Leistungen nur eingeschränkten Einfluss auf die Honorarentwicklung der fachärztlichen Internisten habe. Speziell zum Quartal 1/99 führte die Beklagte aus, zum 1. Januar 1999 sei das Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vom 19. Dezember 1998 (GKV-SolG) in Kraft getreten. Unter dem Ziel der Beitragssatzstabilität seien darin für 1999 die GKV-Leistungsausgaben durch sektorale Budgets für die ambulante ärztliche Behandlung, die stationäre Versorgung und für Arzneimittel begrenzt worden. Der am 12. Dezember 1998 für das Quartal 1/99 beschlossene HVM habe auf die geänderten gesetzlichen Grundlagen durch Abschaffung der Fachgruppentopf übergreifenden Punktwertstützungen ("Ventile") ab 1. Januar 1999 reagiert. Ziel dieser Entscheidung sei es unter anderem gewesen, Arztgruppen, die nicht die Möglichkeit der Mengenausweitung hätten, vor der Auswirkung der Leistungsausweitung anderer Fachgruppen zu schützen. Eine Weiterführung der für das Quartal 4/98 mit den Regionalkassen vereinbarten Regelleistungsvolumina sei unter den neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht mehr möglich gewesen. Wie bisher hätten zwei große Honorarfonds (R 1 und R 2) existiert. Der Honorarfonds R 2 wiederum sei in die Honorarfonds R 2 b und R 2 n unterteilt worden, letzterer in arztgruppenspezifische Honorarkontingente. Eines davon sei das Kontingent "Fachärztliche Internisten" gewesen. Diese Kontingente seien aus den ausgezahlten Anteilen der jeweiligen Arztgruppe in Prozent an der bereinigten Gesamtvergütung im Quartal 4/96 berechnet worden. Bei jedem Versorgungsbereichwechsel von Internisten ab dem ersten Quartal 1997 sei ein Ausgleich zwischen den betroffenen Honorarkontingenten in Höhe des bereinigten Quartalsdurchschnittshonorars der Fachgruppe der Internisten (haus- und fachärztliche Internisten zusammengefasst) aus den Quartalen 1/95, 2/95, 3/96 und 4/96 erfolgt. Es sei nicht nachvollziehbar, warum es der Beklagten nach der Meinung des SG im vorliegenden Fall verwehrt gewesen sein solle, ihrer nachträglichen Beobachtungs- und Reaktionspflicht nachzukommen. Der in diesem Zusammenhang erhobene Vorwurf, die Beklagte habe gegen ein sicheres Wissen über die künftige Honorarentwicklung bei der Schaffung des HVM gehandelt und damit willentlich den Punktwertverfall herbeigeführt, sei völlig abwegig. Im Anbetracht der oben dargestellten Situation, also der kurzfristig geänderten gesetzlichen Rahmenbedingung und der Absicht der Beklagten, mehr Gerechtigkeit und Transparenz in der Honorarverteilung zu schaffen, sowie dem erzwungenen abrupten Ende der erst kurz zuvor eingeführten Regelleistungsvolumina im Regionalkassenbereich habe eine große Unsicherheit darüber bestanden, wie sich die Vergütungssituation der Fachärzte tatsächlich entwickeln würde. Deshalb seien die verschiedenen Schutzmechanismen, insbesondere die arztgruppenspezifischen Honorarfonds in die Honorarverteilung integriert worden.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 20. Mai 2003 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er trägt vor, prinzipiell seien die ärztlichen Leistungen gleichmäßig zu vergüten. Gesetzliche Vorgaben, die die extrem unterschiedliche Honorierung der Leistungen der fachärztlichen Internisten rechtfertigten, lägen nicht vor. Eine selbstverschuldete Mengenausweitung bei den fachärztlichen Internisten habe es nicht gegeben. Insoweit werde auf das Urteil des SG Bezug genommen. Zudem käme eine

selbstverantwortliche Mengenausweitung einer Arztgruppe einer Sippenhaft gleich. Eine ungerechtfertigte Mengenausweitung könne immer nur beim einzelnen Vertragsarzt vorliegen. Der Punktwert der fachärztlichen Internisten liege gegenüber den übrigen Arztgruppen am niedrigsten. Die Heranziehung des Quartals 4/96 als Basis des Honorarkontingents der fachärztlichen Internisten sei nicht sachgerecht und damit unzulässig. Denn seit dem Basiszeitraum habe sich der Bedarf signifikant verändert. Die Arztzahl habe gegen Ende 1997 und in 1998 um ca. 30 % zugenommen. Spiegelbildlich dazu habe sich die erheblich größere Gruppe der hausärztlichen Internisten im Jahr 1996 und danach um ca. 10 % reduziert. Bei den fachärztlichen Internisten seien beträchtliche Anteile an Sonderbedarfszulassung enthalten. Auch der Ausgleich beim Wechsel vom hausärztlichen in den fachärztlichen internistischen Versorgungsbereich sei nicht sachgerecht und benachteilige die fachärztlichen Internisten in gleichheitswidriger Weise.

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

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 143](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte, form- und fristgerecht eingelegte ([§ 151 Abs.1 SGG](#)) Berufung ist zulässig und begründet. Anders als das Sozialgericht vermag der Senat eine Rechtswidrigkeit des im streitgegenständlichen Quartal 1/99 geltenden HVM der Beklagten und des darauf beruhenden Honorarbescheides des Klägers vom 30.08.1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.06.2000 nicht zu erkennen.

Nach Abschnitt B Anlage 1 B 2. des von der Vertreterversammlung der Beklagten am 12. Dezember 1998 nur für das Quartal 1/99 beschlossenen HVM waren die von den Regionalkassen pauschal bezahlten Gesamtvergütungsanteile auf Landesebene zu einer Summe zusammenzufassen, die auf sechs verschiedene Honorarfonds verteilt wurde: - Honorarfonds "Psychotherapeutische Leistungen" (B 2.0), - Honorarfonds "Fremdärzte" (B 2.1), - Honorarfonds "Belegärztliche Leistungen" (B 2.2), - Honorarfonds "ambulantes Operieren" (B 2.3), - Honorarfonds "Laborleitungen" (B 2.4) und - Honorarfonds "Sonstige Leistungen" (B 2.5).

Diese Honorarfonds wurden entsprechend dieser Reihenfolge befüllt, so dass also in den bei weitem größten Honorarfonds "Sonstige Leistungen" der Anteil der Gesamtvergütung gelangte, der nach Füllung der vorher genannten Honorarfonds verblieb (B 2.5.1). Dieser Honorarfonds wurde wiederum aufgeteilt in einen Honorarfonds R 1 für Allgemeinärzte, praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung sowie diejenigen Internisten und Kinderärzte ohne Schwerpunktbezeichnung, die im Arztregister entsprechend den Bestimmungen des Hausarztvertrages als Hausarzt-Praxen geführt wurden, und einen Honorarfonds R 2 für die restlichen Ärzte, zu denen auch die fachärztlichen Internisten gehörten (B 2.5.2). Der zuletzt genannte Honorarfonds R 2 wiederum war aufgeteilt in einen Honorarfonds R 2 b, aus dem die gemäß A I.B 1.5 des ab 1.Juli 1997 geltenden Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) budgetierten Arztgruppen vergütet wurden, und einen Honorarfonds R 2 n für die nicht budgetierten Arztgruppen. Die Aufteilung der Gesamtvergütungsanteile zwischen den verschiedenen Honorarfonds erfolgte auf der Basis des Quartals 4/96 (B 2.5.2). Der Honorarfonds R 2 n war seinerseits wieder unterteilt in arztgruppenspezifische Honorarkontingente gemäß einem Anhang 1 zu Anlage 1 (B 2.5.4). Eines dieser arztgruppenspezifischen Honorarkontingente betraf die fachärztlichen Internisten. Die für die einzelnen Arztgruppen nach Anhang 1 zur Verfügung stehenden Honorarkontingente entsprachen wiederum dem Anteil (DM-Betrag) der jeweiligen Arztgruppe in Prozent an der Gesamtvergütung im Quartal 4/96 (B 2.5.5a). Aus den nach den vorgenannten Regeln gebildeten und befüllten Honorarfonds wurden zunächst Kosten, Wegepauschalen und sonstige DM-Erstattungen in der im EBM bzw. in den entsprechenden Verträgen festgelegten Höhe vergütet. Außerdem erfolgte unter bestimmten Voraussetzungen eine Begrenzung der ambulanten Fallzahl bei den im Anhang 2 genannten Arztgruppen, wozu auch die fachärztlichen Internisten gehörten. (Beim Kläger kam diese Fallzahlbegrenzung im Quartal 1/99 nicht zum Tragen.) Sodann errechnete sich der Punktwert als Quotient aus der verbleibenden Befüllung einerseits und der anerkannten Gesamtpunktzahl der aus diesem Topf zu vergütenden Leistungen. Auf dieser Grundlage ergab sich im Quartal 1/99 für die fachärztlichen Internisten ein Punktwert von 5,7 DPf bei den Regionalkassen (Bl.78 LSG-Akte).

Die vorgenannten Regelungen galten gem. Abschnitt B Anl.2 des HVM, mit geringfügigen, hier nicht interessierenden Abweichungen, für die Verteilung der von den Ersatzkassen gezahlten Gesamtvergütung entsprechend. Hier ergab sich (nach einer Nachzahlung der Kassen) ein Punktwert von 7,83 DPf (Bl.79 LSG-Akte)

Die dargestellte Modalität der Honorarverteilung und demnach auch der darauf beruhende Honorarbescheid des Klägers für das Quartal 1/99 ist nach der Auffassung des erkennenden Senats rechtlich nicht zu beanstanden. Rechtsgrundlage der Honorarverteilung durch die Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) ist [§ 85 Abs.4 SGB V](#) in der damals geltenden Fassung des GKV-SolG vom 19. Dezember 1998 ([BGBl. I S.3853](#)). Danach haben die KÄVen die von den Krankenkassen gezahlte Gesamtvergütung nach Maßgabe ihres HVM an die Vertragsärzte zu verteilen. Bei der Verteilung der Gesamtvergütung sind gemäß [§ 85 Abs.4 S.3 SGB V](#) a.F. Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zugrunde zu legen. An dieser gesetzlichen Vorgabe sowie an dem aus Art.12 in Verbindung mit [Art.3 Abs.1 GG](#) von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) abgeleiteten Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit sind die Honorarverteilungsregelungen der KÄVen zu messen (vgl. BSG SozR 3-2500 § 85 Nr.10, Nr.11, Nr.12, Nr.16, Nr.24, Nr.26, Nr.38, Nr.47; [SozR 4-2500 § 85 Nr.12](#)). Die Bildung von gesonderten Honorarfonds der oben dargestellten Art ist mit diesen gesetzlichen Vorgaben vereinbar. Zwar sind nach [§ 85 Abs.4 S.3 SGB V](#) a.F. die Leistungen grundsätzlich mit einem gleichen Punktwert zu vergüten, was, wenn die Vergütung aus verschiedenen Fonds erfolgt, oftmals nicht der Fall sein wird. Gleichwohl hat es das BSG in ständiger Rechtsprechung für zulässig erachtet, die zur Verteilung anstehende Gesamtvergütung auf verschiedene Honorarkontingente ("Töpfe") zu verteilen. Dabei ist es insbesondere zulässig, arztgruppenbezogene Töpfe zu bilden, wie es in dem hier streitgegenständlichen HVM der Beklagten für das 1. Quartal 1999 gemacht wurde (vgl. BSG in SozR 3-2500, § 85 Nr.4 S.25; Nr.11 S.68; Nr.26 S.183; Nr.38 S.311; [SozR 3-2500 § 87 Nr.23](#) S.124), obgleich dies dazu führen kann, dass die von den verschiedenen Arztgruppen erwirtschafteten Punkte nicht mit dem gleichen Punktwert vergütet werden, wenn damit erreicht werden soll, dass sich ein Mengenwachstum bzw. eine medizinisch nicht gerechtfertigte Mengenausweitung in einzelnen Fachgebieten nicht zwangsläufig für alle Ärzte auswirkt bzw. umgekehrt, dass einzelne Arztgruppen nicht durch eine allgemeine Leistungsmengenzunahme nur mehr einen ruinös niedrigen Punktwert erhalten (vgl. z.B. BSG in [SozR 4-2500 § 85 Nr.5](#), Nr.9, Nr.12). [§ 85 Abs.4 Satz 8 SGB V](#) in der damals geltenden Fassung ließ eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung der

Gesamtvergütung ausdrücklich zu. Vor diesem Hintergrund kann hingenommen werden, dass ärztliche Leistungen unterschiedlich vergütet werden, wenn sie von Ärzten verschiedener Fachrichtungen erbracht werden.

Das klägerische Vorbringen bezieht sich für das Quartal 1/99 schwerpunktmäßig auf den deutlichen Rückgang der Punktwerte und damit des Honorars des Klägers gegenüber dem Vorquartal (bei annähernd gleicher Punktzahl). Die Rede ist von einem Rückgang um 31 % bei den Regionalkassen bzw. 20 % im Ersatzkassenbereich. Diese Zahlenangaben halten einer näheren Überprüfung nicht stand. Bei den Ersatzkassen erfolgt eine Nachvergütung, wodurch sich der Punktwert auf 7,83 DPf erhöhte und somit gegenüber dem Wert des Quartals 4/98 (8,32 DPf) nur mehr ein Rückgang um 6 % vorlag. Bezüglich des Regionalkassenpunktwertes ist zu bedenken, dass das Quartal 4/98 insofern ein Ausnahmequartal war, als die Beklagte für dieses Quartal mit den Krankenkassen sog. Regelleistungsvolumina vereinbart hatte, die bis zu einer bestimmten Punktzahl einen festen Punktwert von 8,3 DPf vorsahen, der darüber hinaus jedoch auf 4 und dann auf 2 DPf zurückging. Diese für den Kläger überaus günstige Regelung konnte jedoch nach Angabe der Beklagten, an deren Richtigkeit zu zweifeln der Senat keine Veranlassung hat, im Hinblick auf das zum 1. Januar 1999 in Kraft getretene GKV-SolG vom 19. Dezember 1998, dessen Ziel erklärtermaßen die Beitragssatzstabilität war, nicht aufrechterhalten werden. Bezieht man die früheren Quartale des Jahres 1998 mit in die Betrachtung ein, so ergibt sich gegenüber 3/98 bei den Regionalkassen (6,61 DPf) nur mehr ein Rückgang um 13,8 % (statt 30 %) und bei den Ersatzkassen (8,27 DPf) um 5,3 %. Gegenüber 2/98 ergibt sich ein Rückgang um 14,7 % bzw. 6,3 % und gegenüber 1/98 um 21,8 bzw. 11,3 % (Punktwerte lt. Schriftsatz der Klägerbevollmächtigten vom 4. Dezember 2002 an das SG). Bezogen auf einen durchschnittlichen Punktwert im Jahr 1998 ohne das Ausnahmequartal 4/98 verbleibt ein Rückgang um 16,8 % bei den Regionalkassen bzw. 7,8 % bei den Ersatzkassen. Der Senat verkennt nicht, dass damit auch unter Zugrundelegung der anderen Quartale des Jahres 1998 im Quartal 1/99 ein schmerzhafter Honorarrückgang beim Kläger zu verzeichnen ist. Dem ist aber entgegenzuhalten, dass ein Anspruch des Vertragsarztes auf Honorar in einer bestimmten (unveränderten) Höhe den gesetzlichen Vorgaben des Vertragsarztrechtes nicht zu entnehmen ist und sich insbesondere nicht aus § 72 Abs.2 SGB V oder Art. 12, 14 GG ableiten lässt (vgl. BSG vom 09.12.2004, Az.: [B 6 KA 44/04 R](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr.2](#) RdNr.126 ff.).

Dies bedeutet indessen nicht, dass die KÄVen bei der Gestaltung ihrer Honorarverteilungsmaßstäbe ein völlig freies Ermessen hätten. Vielmehr haben sie dem aus den Art. 3 und 12 GG abgeleiteten Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit Rechnung zu tragen. Diesen sieht der Senat im vorliegenden Fall indessen nicht als verletzt an. Maßgeblich für die Höhe der Punktwerte, mit denen die Leistungen eines Arztes bzw. seiner Arztgruppe vergütet werden, ist nach dem im streitigen Quartal geltenden HVM zum einen die Befüllung des jeweiligen Honorartopfes und zum anderen die Menge der daraus zu vergütenden Punkte. Im vorliegenden Fall richtete sich die Befüllung der Arztgruppenkontingente nach dem jeweiligen Arztgruppe, hier den fachärztlichen Internisten, im Quartal 4/96 ausgezahlten Anteil (DM-Betrag) an der bereinigten Gesamtvergütung in Prozent. Diese Anknüpfung ist rechtlich nicht zu beanstanden. Einen Rechtssatz des Inhaltes, dass - wie das SG meint - grundsätzlich nicht auf einen weiter als zwei Jahre zurückliegenden Zeitraum Bezug genommen werden kann, vermag der Senat nicht zu erkennen. Im Übrigen lagen zwischen dem Anknüpfungszeitraum (4/96) und dem streitgegenständlichen Quartal gerade mal zwei Jahre. Richtig ist allerdings, dass bei jeder Honorarverteilung, die sich an dem Leistungsumfang in einem früheren Zeitraum orientiert, darauf zu achten ist, dass sich zwischenzeitlich die Verhältnisse nicht zu Lasten einer oder mehrerer Arztgruppen so gravierend geändert haben, dass eine Anknüpfung mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit unvereinbar wäre. Diesen Tatbestand sehen Kläger und SG durch die in der Zwischenzeit eingetretene Zunahme der fachärztlichen Internisten als gegeben an, wobei das SG sich allerdings weniger auf den Vergleich der Quartale 4/96 und 1/99 stützt als vielmehr auf den Zuwachs von 1/96 bis 2/99, der für die Prüfung des ab 2/99 geltenden HVM von Interesse ist (vgl. Ur. des Senats vom selben Tag, Az.: [L 12 KA 581/04](#)). Allerdings ist auch von 4/96 bis 1/99 die Anzahl der fachärztlichen Internisten von 922 auf 1119 angestiegen (+ 17 %) während die Anzahl der hausärztlichen Internisten um 66 (- 4 %) auf 1567 zurückgegangen ist (Bl.54, 112 SG-Akte). Zugenommen hat auch die Zahl der übrigen Fachärzte (ohne fachärztliche Internisten) um gerundet 4,4 %. Diese überproportionale Zunahme der fachärztlichen Internisten steht nach der Auffassung des Senats der Anknüpfung an das Quartal 4/96 bei Befüllung der Arztgruppentöpfe in 1/99 nicht im Wege. Im Grundsatz ist dazu zu sagen, dass eine Arztzahlzunahme als solche nicht zwangsläufig eine Vergrößerung des betreffenden Arztgruppenkontingents im gleichen Maße erfordert, denn maßgeblich für die Bemessung des für die von der Arztgruppe zu erbringenden Leistungen zur Verfügung zu stellenden Gesamtvergütungsanteils ist nicht die Anzahl der Leistungserbringer, sondern allein der Behandlungsbedarf der Versicherten.

Das SG ist davon ausgegangen, dass die Zunahme der fachärztlichen Internisten bzw. der damit einhergegangene Anstieg der von diesen abgerechneten Leistungen bedarfsunterlegt sei. Selbstverständlich sei dies bei ermächtigten Ärzten und bei Sonderbedarfszulassungen. Die Ärzte, die zwischen dem Anknüpfungszeitraum und den streitgegenständlichen Quartalen durch Neuzulassung hinzugekommen seien, müssten sich angesichts eines Versorgungsgrads bei den Internisten von 117% bayernweit im Wesentlichen in bisher unterversorgten Gebieten niedergelassen haben. Es stützt sich dabei auf eine von der Beklagten vorgelegte Tabelle (Bl.55 SG-Akte), in der die Anzahl der zugelassenen und angestellten Internisten in Bayern in den Jahren 1997 bis 1999 nach Planungsbereichen aufgelistet ist.

Daraus gehe hervor, dass es insbesondere in ländlichen Regionen durchaus Planungsbereiche gebe, die auch im Jahr 1999 noch unterversorgt waren. Diese Argumentation hält der Senat nicht für zwingend. Denn die Aussagekraft der o.g. Tabelle leidet daran, dass eine getrennte Bedarfsplanung für hausärztliche und fachärztliche Internisten in Bayern erst im Jahr 2001 vom Landesausschuss eingeführt wurde. In der vorgenannten Aufstellung sind mithin fachärztliche und hausärztlich tätige Internisten noch nicht gesondert erfasst. Außerdem wurden die Planungsbereiche zum Jahreswechsel von 1997 auf 1998 weitgehend neu gefasst. Insbesondere wurden bisher getrennte ländliche und städtische Regionen zusammengefasst, was auch in der genannten Tabelle zum Ausdruck kommt. Betrachtet man die auf diese Weise neu gebildeten Planungsbereiche, ergibt sich dadurch, dass die meisten Ärzte in den Städten angesiedelt sind, bei den vormalig rein ländlichen Planungsbereichen eine bessere Versorgung, ohne dass die Anzahl der niedergelassenen Fachinternisten auf dem Land, also in bisher unterversorgten Gebieten, tatsächlich zugenommen haben muss. Damals wie heute müssen Patienten, die in unterversorgten ländlichen Gebieten leben, bei entsprechendem Bedarf einen Facharzt in der nächsten Stadt aufsuchen. Bayernweit besteht bei den Internisten eine Überversorgung (117%). Der Senat hält es auf der Grundlage dieser Zahlen nicht für erwiesen, dass die insgesamt zu beobachtende Leistungsmengenzunahme bei den fachärztlichen Internisten zwischen 4/1996 und 1/1999 in so hohem Maße bedarfsunterlegt war (mindestens zu 10%, vgl. BSG v. 7. Februar 1996, Az.: [6 RKA 83/95](#), = USK 9685), dass die Beklagte bei der Festlegung des Honorarkontingentes der fachärztlichen Internisten im Dezember 1998 nicht auf das 4. Quartal 1996 hätte zurückgreifen dürfen. Insbesondere kann aus dem Umstand, dass der durchschnittliche Fallwert in Punkten bei den fachärztlichen Internisten in den fraglichen Zeiträumen im großen Ganzen stabil war, nicht auf eine nur bedarfsunterlegte Leistungsvermehrung geschlossen werden. - Dieser Wert könnte ebenso gut mit dem Leistungsvermögen einer durchschnittlichen Fachinternistenpraxis zu tun haben. - Vielmehr kann durchaus angenommen werden, was einer allgemeinen Erfahrungstatsache entspricht, dass bei einer zunehmenden Arztzahl ungeachtet der

Morbidität der Versicherten auch die angeforderte Punktmenge zunimmt. Gerade dies sollte aber durch die Bildung von Honorarkontingenten und die vom Gesetzgeber vorgenommene Budgetierung der Ausgaben der Krankenkassen verhindert werden. Der Senat ist deshalb der Meinung, dass die Beklagte, indem sie auf der vorhandenen Datenbasis eine Aufstockung des Honorarkontingents der fachärztlichen Internisten zu Lasten der anderen Kontingente nicht vorgenommen hat, ihren satzungsgeberischen Ermessensspielraum nicht überschritten hat.

Darüber hinaus hält der Senat das für das Quartal 1/99 auf der Basis der sich nach den o.g. HVM-Regeln ergebenden Punktwerte festgesetzte Honorar unter dem Gesichtspunkt der Honorarverteilungsgerechtigkeit auch von der Höhe für durchaus hinnehmbar. Vergleicht man die Punktwerte mit denen die Leistungen aus den verschiedenen Honorarkontingenten im Quartal 1/99 vergütet wurden, lag der Punktwert der fachärztlichen Internisten bei 5,7 DPf im Regionalkassenbereich bzw. 7,83 DPf im Ersatzkassenbereich (s.o.). Der durchschnittliche Punktwert aller Vertragsärzte in Bayern lag betrug 7,7325 DPf bei den Regionalkassen und 8,8881 DPf bei den Ersatzkassen. Für die Fachärzte (ohne Hausärzte) ergaben sich Punktwerte von 6,7817 (Regionalkassen) bzw. 8,2795 DPf (Ersatzkassen) (vgl. Bl.78, 79 LSG-Akte). Die fachärztlichen Internisten blieben demnach um 15,95 % bzw. 5,43 % hinter dem durchschnittlichen Punktwert der Fachärzte zurück. Allein darin vermag der Senat noch keinen Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit in Form einer unberechtigten Schlechterbehandlung zu erblicken. Zwar hat das BSG in einem Urteil vom 9. September 1998 (SozR 3-2500 § 55 Nr.26) ausgeführt, die Bildung von Teilbudgets löse eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht dahingehend aus, dass Verteilungsregelungen, mit denen in Verfolgung bestimmter Ziele vom Grundsatz der gleichmäßigen Honorarverteilung abgewichen werde, regelmäßig zu überprüfen und ggf. zu ändern bzw. weiter zu entwickeln seien, wenn die Einteilung in Teilbudgets dazu führe, dass der Punktwert in einzelnen Bereichen deutlich stärker abfalle als beim größten Teil der sonstigen Leistungen und als Grundlage hierfür keine von den jeweiligen Leistungserbringern selbst verursachten Mengenausweitungen erkennbar seien. Anlass zum Tätigwerden sah das BSG in dieser Entscheidung bei einer Differenz von etwa 15 %. Im vorliegenden Fall hat der Punktwert der fachärztlichen Internisten den durchschnittlichen Punktwert aller Fachärzte nur bei den Regionalkassen um 15,95 % unterschritten, also noch im (Grenz)bereich der vom BSG definierten Spannweite; bei den Ersatzkassen waren es (nach der Nachvergütung) sogar nur 5,43 %. Eine Rechtswidrigkeit des HVM und des Honorarbescheids für das Quartal 1/99, lässt sich daraus nicht ableiten, zumal das BSG-Urteil, das ein Quartal des Jahre 1993 betraf, auf den vorliegenden Fall nur bedingt anwendbar ist, da es hier einen "sonstigen Punktwert", wie in dem der BSG-Entscheidung zugrunde liegenden HVM, nicht gibt. Außerdem ist ein durchschnittlicher Punktwert nach Einführung der EBM-Budgets nur noch eingeschränkt als Vergleichskriterium geeignet, weil der Punktwert nicht mehr dem mengenmäßigen Leistungsverhalten der Ärzte insgesamt entspricht, sondern zumindest im budgetierten Bereich, dem der Großteil aller ärztlichen Leistungen angehört, künstlich stabilisiert ist (vgl. Urteil des Senats vom 8. Juni 2005, [L 12 KA 120/02](#)). Zudem ergibt sich aus dem Urteil des BSG vom 9. September 1998 (a.a.O.) bei einer mehr als 15 %igen Unterschreitung nicht zwingend die Rechtswidrigkeit des HVM, sondern nur wieder eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht der KÄV. Diese ist vorliegend schon deswegen nicht verletzt, weil der streitbefangene HVM schon im Folgequartal durch einen neuen ersetzt wurde (vgl. Ur. des Senats vom 31.05.2006, Az.: [L 12 KA 581/04](#)).

Zu bedenken ist weiter, dass die fachärztlichen Internisten vergleichsweise hohe Fallzahlen aufweisen, ein breites Leistungsspektrum zur Verfügung haben, nach dem damals geltenden EBM nicht budgetiert waren und zudem für eine Reihe von Leistungen aufgrund strukturvertraglicher Vereinbarungen zu einem festen Punktwert (9,5 DPf) honoriert wurden. Auch der Kläger ist in den Genuss derartiger Leistungen gelangt. Im Quartal 1/99 hat er dafür 5.975,50 DM erhalten. Insgesamt wurden an fachärztliche Internisten nach Mitteilung der Beklagten (Bl.153 der Berufungsakte) in diesem Quartal 21.542.558 DM für Strukturvertragsleistungen gezahlt. Zwar weist das SG zu Recht darauf hin, dass nicht alle fachärztlichen Internisten an Strukturverträgen teilnehmen. Hierauf kann sich aber der Kläger nicht berufen, weil er zu den Teilnehmern gehört (vgl. BSG vom 09.12.4004, SozR 4-2500 § 72 RdNr 72 m.w.N.).

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

Dem vom SG herausgestellten Aspekt, dass in 4/96 die Trennung von hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung noch nicht abgeschlossen war, hat die Beklagte zumindest teilweise dadurch Rechnung getragen, dass bei einem Versorgungsbereichswechsel von hausärztlichen Internisten in den fachärztlichen Bereich bzw. umgekehrt ab 1/97 ein Ausgleich zwischen den betreffenden Honorarkontingenten stattfand (B 2.5.5 c)).

Von besonderer Bedeutung ist bei der Prüfung des für das erste Quartal 1999 geltenden HVM nach der Auffassung des Senats, dass es sich um einen reinen "Übergangs-HVM" gehandelt hat. Die im Vorquartal geltenden Regelleistungsvolumina konnten im Hinblick auf das GKV-SolG, das zum 1. Januar 1999 in Kraft trat und erst am 19. Dezember 1998 verkündet worden war, nicht fortgeführt werden. Am 20. Februar 1999 hat die Vertreterversammlung der Beklagten als Reaktion darauf einen ab dem Quartal 2/99 geltenden in seinen Grundstrukturen weitgehend geänderter HVM beschlossen (vgl. dazu Urteil des Senats vom selben Tag, Az.: [L 12 KA 581/04](#)). Den kurz vor in Kraft treten des GKV-SolG als Sofortmaßnahme mit zeitlich von vornherein begrenzter Gültigkeitsdauer beschlossenen HVM für das Quartal 1/99 hält der Senat deshalb insbesondere auch unter dem Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelung für hinnehmbar (vgl. BSG vom 13. November 1996, Az: [6 RKa 31/95](#), SozR 3-2500§ 87 Nr. 15, S.60 f.; vom 31. Januar 2001, Az: [B 6 KA 13/00](#), [SozR 3-2500 § 87 Nr. 15](#), S.316).

Erstmals im Berufungsverfahren rügt die Klägerseite, dass Laborleistungen, die von Laborärzten erbracht wurden, mit einem höheren Punktwert vergütet worden seien als die gleichen Leistungen, wenn sie von einem fachärztlichen Internisten erbracht wurden. Sie verweist dazu auf die entsprechenden Punktwerte des Quartals 2/99. Der Senat geht davon aus, dass sich diese Rüge nur auf die Honorarverteilung im Quartal 2/99 bezieht. Sollte auch das Quartal 1/99 gemeint sein, verweist der Senat auf seine Ausführungen in dem Parallelverfahren [L 12 KA 581/04](#) (Urteil vom selben Tag). Die einschlägigen Regelungen unter B 2.4 des HVM für 2/99 sind inhaltlich im wesentlichen identisch mit denen unter B 2.4 des HVM für 1/99.

Zu einer Fallzahlbegrenzung nach B 3.5.5.2 der Anlagen 1 und 2 kam es im Quartal 1/99 nicht.

Zusammenfassend kommt der Senat zu dem Ergebnis, dass der im ersten Quartal des Jahres 1999 geltende HVM der Beklagten rechtlich nicht zu beanstanden ist, sodass die gegen den darauf beruhenden Honorarbescheid in der Gestalt des Widerspruchsbescheides erhobene

Klage abzuweisen war. Das anders lautende Urteil des SG, das sich in seinen Entscheidungsgründen im Wesentlichen nur mit dem in den verbundenen Verfahren angegriffenen HVM für die Quartale 2-4/1999 auseinandersetzt, war aufzuheben.

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

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2007-06-15