

## L 4 KA 283/05

Land  
Freistaat Thüringen  
Sozialgericht  
Thüringer LSG  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung

4  
1. Instanz  
SG Gotha (FST)  
Aktenzeichen  
S 7 KA 563/02

Datum  
26.01.2005  
2. Instanz  
Thüringer LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KA 283/05

Datum  
24.01.2007  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Gotha vom 26. Januar 2005 aufgehoben.

Die Klagen werden abgewiesen.

Die Klägerin hat die Kosten des Verfahrens zu tragen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe des vertragsärztlichen Honorars für die Quartale III/2000 und I bis III/2001.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis, in der Dr. R. F. und J. W. als Augenärzte in M. nieder- und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind.

Bei der Feststellung des Honorars für die streitgegenständlichen Quartale legte die Beklagte die seit der Neufassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) zum 01. Juli 1997 geltenden Praxisbudgets zugrunde. Die im EBM-Ä enthaltenen ärztlichen Leistungen unterliegen danach nach Maßgabe näherer Bestimmungen einer Budgetierung.

Zudem wurde bei dem Inkrafttreten des GKV-Gesundheitsreformgesetzes vom 22. Dezember 1999 ([BGBl. I S. 2626](#)) mit Wirkung zum 01. Januar 2000 die von den Krankenkassen zu entrichtende Gesamtvergütung entsprechend der Regelung des § 85 Abs. 4 a Satz 1 des 5. Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in getrennte Bereiche für die Honorierung der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung geteilt. Nach der in [§ 85 Abs. 4 a Satz 1 SGB V](#) getroffenen Regelung wurde der Bewertungsausschuss beauftragt, erstmalig bis zum 28. Februar 2000 Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütung, insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung zu bestimmen.

In Ausführung dieser Vorschrift hat der Bewertungsausschuss am 16. Februar 2000 einen Beschluss gefasst, der bestimmte, in mehrere Schritte gegliederte Berechnungsvorgaben enthält. Wesentlicher Faktor bei der Trennung der Gesamtvergütungen war die Ermittlung des Gesamtleistungsbedarfs für den Primär- und Ersatzkassenbereich. In einem zweiten Schritt wurde der so ermittelte Leistungsbedarf u. a. um den in 1996 abgerechneten Leistungsbedarf der hausärztlichen Vergütung bereinigt, was bedeutete, dass diese Leistungen vor Aufteilung der trennungsrelevanten Gesamtvergütung vorweg abgezogen wurden.

Diese Vorgaben setzte die Beklagte um und bestimmte in der Vertreterversammlung vom 17. Juni 2000 in der Leitzahl (LZ) 602 Nr. 3 des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM), dass von der Gesamtvergütung die Vergütung der hausärztlichen Grundvergütung vorweg abzuziehen sei. Dabei legte sie ab dem 01. Januar 2000 einen Auszahlungspunktwert von 10 Pfennig zugrunde. Unter Berücksichtigung der Praxisbudgets und der zuvor benannten Regelung berechnete die Beklagte die Honorare für die streitgegenständlichen Quartale.

Die dagegen eingelegten Widersprüche, dass es sich um eine unzulässige Stützung der hausärztlichen Grundvergütung handele sowie die Behauptung, dass die Praxisbudgets rechtswidrig seien, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheiden vom 14. Februar 2002, 6. Juni 2002, 5. November 2002, 26. August 2003 zurück.

Die hiergegen erhobenen Klagen (mit den Aktenzeichen [S 7 KA 563/02](#), S 7 KA 1321/02, S 7 KA 2540/02 und S 7 KA 277/03) hat das Sozialgericht unter dem führenden Aktenzeichen [S 7 KA 563/02](#) zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden und die Bescheide für die Quartale III/2000 sowie I bis III/2001 in der Fassung der jeweiligen Widerspruchsbescheide aufgehoben und die Beklagte verurteilt, das Honorar unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut festzustellen. Zur Begründung hat das Sozialgericht ausgeführt, dass die Anwendung der Praxisbudgets nicht zu beanstanden seien. Die Kammer gehe in ständiger Rechtsprechung davon aus, dass diese bundesmantelvertraglichen Vorschriften mit höherrangigem Recht vereinbar seien. Erfolg habe die Klage jedoch dahingehend, dass die Stützung der hausärztlichen Grundvergütung mit einem festen Punktwert rechtswidrig sei. Die von der Beklagten für die streitgegenständlichen Quartale vorgenommene Aufteilung der Vergütung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Anteil seien mit den Vorgaben des Bewertungsausschusses insofern nicht vereinbar, als die Beklagte bei der Quantifizierung und der vor der Aufteilung der trennungsrelevanten Grundvergütung vorweg abzuziehenden hausärztlichen Grundvergütung einen Auszahlungspunktwert von 10 Pfennig zugrunde gelegt habe. Die hierfür maßgebende Bestimmung finde sich in Anlage 1 zum Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000 und dort in Schritt 2. Danach komme es auf den in 1996 abgerechneten Leistungsbedarf der hausärztlichen Grundvergütung an. Der abgerechnete Leistungsbedarf i. S. der Vorschrift entspreche dem angeforderten Gesamtpunktevolumen betreffend dieser Leistungsart, ohne dass hierdurch ein bestimmter Punktwert vorgegeben sei. Mit dem Inkrafttreten des GKV-Gesundheitsreformgesetzes zum 01. Januar 2000, das insbesondere eine Stärkung der hausärztlichen Versorgung bewirken sollte, sei eine Privilegierung der hausärztlichen Vergütung bereits durch den Vorwegabzug erfolgt. Eine weitere Festschreibung des in dem Zeitraum ab 1996 unter anderen Rahmenbedingungen gezahlten und gestützten Punktwertes in Höhe von 10 Pfennig gehe über den in dem GKV-Gesundheitsreformgesetz zum Ausdruck kommenden Willen des Gesetzgebers zur Stützung der hausärztlichen Grundvergütung hinaus und stelle damit eine unzulässige, weil in diesem Umfang sachlich nicht gerechtfertigte, Subventionierung eines Leistungsbereichs zu Lasten anderer Arztgruppen dar. Aufgrund einer HVM-Änderung mit Wirkung zum 1. Oktober 2001 habe die Beklagte dies dann auch geändert. Es treffe zu, wenn es in der Begründung zu dieser Änderung heiße, dadurch entspreche die Höhe der hausärztlichen Grundvergütung den gesetzlichen Mindestvorgaben. Dies gelte bei unveränderter Rechtslage jedoch bereits seit dem 01. Januar 2000. Für eine darüber hinausgehende Anhebung der hausärztlichen Vergütung seien die Vorschriften in dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16. Februar nicht gedacht.

Mit der dagegen eingelegten Berufung trägt die Beklagte vor, dass im Hinblick auf eine angestrebte Verbesserung der hausärztlichen Vergütung und um Anreize zur Wahrnehmung der Hausarztfunktion zu schaffen bzw. zu erhöhen, der Betrag je Punkt durch Beschlussfassung der Vertreterversammlung mit Geltung ab 01. Januar 1996 auf einen Punktwert von 10 Pfennig festgesetzt worden sei. Eine andere Sichtweise ergebe sich auch nicht mit dem Inkrafttreten des GKV-Gesundheitsreformgesetzes zum 01. Januar 2000 und dem damit einhergehenden Wegfall des [§ 85 Abs. 4](#) a SGB V in der Fassung des 4. SGB V-Änderungsgesetzes vom 04. Dezember 1995. Eine Stärkung der hausärztlichen Versorgung sei nach wie vor das Ziel des GKV-Gesundheitsreformgesetzes gewesen. Es sei insbesondere nicht ersichtlich, inwieweit es der kassenärztlichen Vereinigung durch den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16. Dezember 2000 nach den Vorgaben des [§ 85 Abs. 4](#) a SGB V verwehrt sei, für die hausärztliche Grundvergütung einen bestimmten Punktwert festzuschreiben. In Umsetzung des gesetzlichen Auftrages nach [§ 85 Abs. 4](#) a SGB V habe der Bewertungsausschuss in seinem Beschluss vom 16. Februar 2000 Berechnungsschritte zur Feststellung der trennungsrelevanten Gesamtvergütung vorgegeben. Hier ergebe sich insbesondere aus Schritt 2 der Berechnungsvorgaben in der Anlage 1 des Beschlusses, dass die hausärztliche Grundvergütung zur Feststellung der trennungsrelevanten Gesamtvergütung vorweg abzuziehen sei. Bei den von dem Bewertungsausschuss festgelegten Berechnungsschritten handele es sich nicht um die Bewertung von Leistungen, sondern um die Verteilung der Gesamtvergütung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Anteil. Dies sei auch so umgesetzt worden. Soweit der Bewertungsausschuss mit seinem Beschluss vom 16. Februar 2000 in Schritt 2 der Anlage 1 zum Beschluss des Bewertungsausschusses eine Bereinigung dieses Leistungsbedarfs um den in 1996 abgerechneten Leistungsbedarf der hausärztlichen Grundvergütung vorschreibe, so könne dies nach Auffassung der Berufungsklägerin nicht als eine alleingültige und abschließende Festlegung der Art und Weise der Berechnung der Höhe der hausärztlichen Grundvergütung angesehen werden. Dadurch werde allenfalls die Basis der Berechnungsweise vorgegeben. Darüber hinaus stehe es der Vertreterversammlung Kraft ihres Gestaltungsspielraumes frei, einen festen Punktwert zur Stützung der hausärztlichen Vergütung festzulegen. Das Ziel des Gesetzgebers, eine Verbesserung der hausärztlichen Vergütung, verbunden mit der Risikofreistellung hinsichtlich eines Punktwertverfalls, könne anders als durch die Festlegung eines festen Punktwertes nur schlecht erreicht werden. Die Regelung stelle auch keine Privilegierung der Hausärzte dar. Die aus den Mitteln der Honorarverteilung zur Verfügung gestellten Beträge für die hausärztliche Grundvergütung seien in den Jahren 1996 bis 2000 konstant geblieben. 1996 habe das Honorarvolumen für die hausärztliche Grundvergütung auf der Basis von 10 Pfennig 58,6 Mio. DM, 1997 58,2 Mio. DM, 1998 58,6 Mio. DM, 1999 59,2 Mio. DM und im Jahre 2000 58,1 Mio. DM betragen. Anhand der ausgezahlten Beträge sei ersichtlich, dass keine Ausweitung des aufgewendeten Honorarvolumens zu Lasten der Fachärzte durch die Stützung der hausärztlichen Grundvergütung mit einem Punktwert von 10 Pfennig im Jahre 2000 zu verzeichnen sei. Die Absenkung des Honorarvolumens für die hausärztliche Grundvergütung ab dem 01. Oktober 2001 sei vor dem Hintergrund der Abschaffung von festen Punktwerten (Interventionspunktwerte) für bestimmte fachärztliche Leistungen erfolgt. Insofern seien es honorarpolitische und keine rechtlichen Gründe gewesen, die zur Absenkung der hausärztlichen Grundvergütung um den seit dem Jahre 1996 zur Verfügung gestellten Stützungsbetrag geführt hätten. Die Normgeberin des Honorarverteilungsmaßstabes, die Vertreterversammlung, habe insofern im Rahmen des ihr zustehenden Gestaltungsspielraumes hinsichtlich der Stützung der hausärztlichen Grundvergütung gehandelt und diesen gerade nicht überschritten. Ein Verstoß gegen höherrangiges Recht sei nicht erkennbar.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Gotha vom 26. Januar 2005 aufzuheben und die Klagen abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Hinsichtlich der Begründung werde auf die zutreffenden Ausführungen in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils verwiesen. Das erstinstanzliche Gericht stelle richtigerweise darauf ab, dass mit dem Inkrafttreten des GKV-Gesundheitsreformgesetzes zum 01. Januar 2000 die den Punktwert für hausärztliche Grundvergütung privilegierende Vorschrift des [§ 85 Abs. 4](#) a SGB V außer Kraft getreten sei. Damit gehe, so das Gericht zutreffend, eine weitere Festschreibung des in den Zeitraum ab 1996 unter anderen Rahmenbedingungen gezahlten gestützten Punktwertes in Höhe von 10 Pfennig über den in dem GKV-Gesundheitsreformgesetz und den Ausführungsbeschlüssen des

Bewertungsausschusses zum Ausdruck kommenden Willen des Gesetzgebers hinaus. Entscheidend sei letztlich die Rechtslage dahingehend, dass durch den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16. Januar 2000 die Privilegierung der hausärztlichen Vergütung durch den Vorwegabzug der Gesamtvergütung geregelt worden sei. Damit verbiete sich, im Gegensatz zu der vorhergehenden eindeutigen Regelung des gestützten Punktwertes, eine weitere Festschreibung trotz geänderter Rechtsgrundlage vorzunehmen.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird verwiesen auf den Inhalt der Gerichts- und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten, der Gegenstand der geheimen Beratung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte ohne mündliche Verhandlung entscheiden, weil die Beteiligten dazu ihr Einverständnis erklärt haben (vgl. [§ 124 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes - SGG -).

Die Berufung ist statthaft ([§§ 143, 144 SGG](#)). Auch die übrigen Zulässigkeitsvoraussetzungen liegen vor.

Die Klägerin ist eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR). Als Gesamtheitsgemeinschaft ist eine GbR ein Rechtssubjekt mit Teilrechtsfähigkeit ([BGHZ 146, 341](#)) soweit sie als Außengesellschaft durch Teilnahme am Rechtsverkehr eigene Rechte und Pflichten begründet. Ein solcher Fall ist gegeben, wenn - wie hier durch die Klägerin - eine höhere Vergütung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung begehrt wird. Als Beteiligte ist die Gesellschaft selbst, also die Gemeinschaftspraxis, zu bezeichnen. Soweit dies im erstinstanzlichen Verfahren (dort sind nur die beiden Gesellschafter benannt) unterblieb, ist dies unbeachtlich. Ungenauigkeiten und Unvollständigkeiten schaden nicht, weil die Gesellschaft gleichwohl zweifelsfrei zu identifizieren war. Die Identität der klagenden Partei stand fest und wird durch die geänderte Bezeichnung auch nicht berührt.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist ausschließlich die Problematik der Punktwerthöhe bei dem hausärztlichen Vorwegabzug. Streitig ist nicht mehr die Frage der Praxisbudgets. Diesbezüglich hat das Sozialgericht die Rechtmäßigkeit der Einführung und Anwendung der Praxisbudgets auch für die Augenärzte festgestellt. Diese Feststellung ist rechtskräftig geworden. Die Klägerin hat kein Rechtsmittel (auch keine Anschlussberufung) eingelegt und die Beklagte hat kein Interesse daran, im Rahmen ihrer Berufung diesen Problemkreis aufzugreifen, weil das Sozialgericht in seiner Entscheidung die von der Beklagten dazu vertretene Rechtsauffassung stützt.

Die Berufung der Beklagten ist begründet. Die erstinstanzliche Entscheidung war aufzuheben. Die angefochtenen Honorarbescheide sind - entgegen der Auffassung der Vorinstanz - vollumfänglich rechtmäßig und nicht nur hinsichtlich der Anwendung der Praxisbudgets. Sie verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten. Es besteht kein Anspruch auf Neuberechnung des Honorars in den streitgegenständlichen Quartalen wegen der Höhe des Vorwegabzugs der hausärztlichen Vergütung. Insbesondere ist die von der Vertreterversammlung der Beklagten vorgenommene Honorarverteilung keine unzulässige Privilegierung der Hausärzte.

Die von der Beklagten für die streitgegenständlichen Quartale vorgenommene Aufteilung der Vergütung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Anteil ist mit [§ 85 Abs. 4](#) a SGB V und den Vorgaben des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000 vereinbar. Die Honorarbescheide der Beklagten sind auch insofern materiell-rechtmäßig, als bei dieser Aufteilung ein fester Punktwert von 10 Pfennig, wie er 1996 galt, zugrunde gelegt wurde.

Der Beklagten ist beizutreten, dass die Beschlüsse des Bewertungsausschusses für sie verbindlich sind, weil sie Rechtsnormcharakter haben. Die tatsächliche Umsetzung in den streitgegenständlichen Quartalen ist auch entsprechend den Vorgaben des Bewertungsausschusses erfolgt, indem die hausärztliche Vergütung vorweg abgezogen wurde. Dabei handelt es sich um ein Mittel, die hausärztliche Versorgung im Rahmen des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen zu stärken. Die angegriffene Regelung ist mit dem allgemeinen Gleichheitssatz des Artikels [3 Abs. 1](#) des Grundgesetzes (GG) und der gewährleisteten Berufsausübungsfreiheit des [Artikels 12 Abs. 1 GG](#) vereinbar. Sie verstößt auch unter dem Blickwinkel von Typisierung und Pauschalierung und wegen Verfolgung gewichtiger Gemeinwohlbelange nicht gegen höherrangiges Recht.

Inwieweit die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben die Beklagte dazu hätte veranlassen müssen, die hausärztliche Grundvergütung (punktwertmäßig) gegenüber den Vorquartalen abzusenken, ist nicht nachvollziehbar. Bei der Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000 in Verbindung mit [§ 85 Abs. 4 a SGB V](#) handelt es sich nicht um Vorgaben zur Bewertung der einzelnen Leistungen, wie bei der Höhe der hausärztlichen Grundvergütung, sondern um die Verteilung der Gesamtvergütung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Anteil. Insofern stand es der Vertreterversammlung nach wie vor frei, im Rahmen der eigentlichen Honorarverteilung weitere Regelungen zur Höhe des Punktwertes zu treffen beziehungsweise bereits bestehende Regelungen beizubehalten.

Mit dem Vorwegabzug der hausärztlichen Vergütung unter Berücksichtigung eines festen Punktwertes von 10 Pfennig sind die Hausärzte gegenüber der Gruppe der Fachärzte nicht überprivilegiert worden. Zum einen wäre ein Vorwegabzug des "Gesamtleistungsvolumens" ohne zu wissen, welchen "Wert" dieses besitzt, praktisch nur schwer realisierbar. Zum anderen hätte allein der Vorwegabzug nicht den gewünschten Erfolg erzielt. Dies zeigen die Honorargesamtzahlen der hausärztlichen Versorgung. Die Honorare für die Jahre 1996 bis 2000 sind annähernd gleich geblieben. Wäre bei der Vorwegaufteilung nicht ein Punktwert von 10 Pfennig für die hausärztliche Vergütung berücksichtigt worden, so wäre die Honorarentwicklung rückläufig. Dann wäre genau das eingetreten, was es zu verhindern galt, nämlich die hausärztliche Versorgung unattraktiv werden zu lassen und letztlich zu schwächen. Ziel der Regelung war jedoch eine Stärkung der hausärztlichen Versorgung, die erst durch Vorwegabzug des Honorars und Festsetzung des Punktwertes erfolgt ist.

Weder wollte die Vertreterversammlung die Hausärzte privilegieren, noch hat sie dies tatsächlich getan. Es ist auch nicht rechtswidrig, die vom Bewertungsausschuss getroffene Neuregelung, dass die Anforderung von 1996 als Vorwegabzug zu erfolgen hat, so zu verstehen und umzusetzen, dass dies mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Punktwert zu erfolgen hat. In Anbetracht der tatsächlichen Honorarentwicklung ist eine solche Auslegung durch die Vertreterversammlung erst recht nicht zu beanstanden.

Selbst wenn das Honorar der Hausärzte gestiegen wäre, so hätte man die Regelung immer noch als Erprobungsregel sehen können, die zum 1. Oktober 2001 geändert wurde. Den Gremien wird bei der Neuregelung komplexer Materien unter dem Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelungen ein besonders weiter Gestaltungsspielraum zugestanden, weil sich häufig bei Erlass der maßgeblichen Vorschriften deren Auswirkungen nicht in allen Einzelheiten übersehen lassen und deshalb auch größere Typisierungen und geringere Differenzierungen zunächst hingenommen werden müssen (vgl. Urteil BSG vom 8. März 2000, Az.: [B 6 KA 8/99 R](#)). Was für eine so genannte Erprobungsregel geltend würde, die man hinzunehmen verpflichtet wäre, ohne einen Anspruch daraus herleiten zu können, muss erst recht für eine Regelung gelten, die in der Praxis tatsächlich und nachweislich geeignet war, dem gesetzlichen Auftrag gerecht zu werden.

Ein Anspruch der Klägerin auf höhere Vergütung ergibt sich auch nicht daraus, dass ein bestimmter Punktwert, etwa der der Hausärzte, zugrunde gelegt werden müsste. Das Bundessozialgericht hat in diesem Zusammenhang wiederholt festgestellt, dass grundsätzlich kein Anspruch besteht, Leistungen mit einem bestimmten Punktwert vergütet zu erhalten, weder mit dem gleichen Punktwert wie dem der Grundleistung, noch mit dem anderer Ärzte oder gar mit einem festen Punktwert (vgl. Urteil BSG vom 9. September 1998, Az.: [B 6 KA 55/97 R](#), Urteil vom 3. März 1999, Az.: [B 6 KA 56/97 R](#)). Insbesondere kann eine unterschiedliche Honorierung - bei Vorliegen von Sachgründen - nach der Art der Leistung zulässig sein (vgl. Urteil BSG vom 9. September 1998).

Auch [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) und das daraus herzuleitenden Gebot der angemessenen Vergütung ärztlicher Leistungen rechtfertigt keine höhere Vergütung der von der Klägerin erbrachten Leistungen. Dem Gebot der angemessenen Vergütung kommt nach dem Wortlaut und der Systematik der Regelung objektiv-rechtliche Bedeutung in dem Sinne zu, dass den Vertragspartnern der vertragsärztlichen Versorgung aufgegeben wird, im Rahmen ihrer Aufgaben eine angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen zu berücksichtigen. Sollten allerdings die maßgeblichen und gesetzlichen normativen Regelungen, auf denen die Vergütung der von Vertragsärzten erbrachten Leistungen im Einzelnen beruhen, gegen das Gebot der angemessenen Vergütung verstoßen, so könnte hierin auch eine Verletzung individueller (subjektiver) Rechte liegen. Subjektive Rechte in diesem Sinne sind dann gegeben, wenn die betreffende Rechtsvorschrift nicht nur öffentlichen Interessen (Durchsetzung von Interessen der Allgemeinheit), sondern auch Individualinteressen zu dienen bestimmt ist. Nicht jede materiell öffentlich-rechtliche Norm dient dem Schutz individueller Rechte. Deshalb ist durch Auslegung zu ermitteln, ob einer Vorschrift ausschließlich objektiv-rechtlicher Charakter zukommt oder ob sie (auch) zum Schutz individueller Interessen bestimmt ist. Geht man von dem Wortlaut der maßgebenden Norm des [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) aus, spricht dieser für ihren rein objektiv-rechtlichen Gehalt. So fehlt der Formulierung, wonach die vertragsärztliche Versorgung so zu regeln ist, dass die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden, jegliche Konkretisierung bezüglich der Höhe und des Umfanges einer angemessenen Vergütung. Zudem stellen die Vorschriften nicht auf die Berechtigung von einzelnen an der vertragsärztlichen Vergütung teilnehmenden Leistungsträgern ab; in diesen sind nicht die Vertragsärzte in Bezug genommen, sondern die ärztlichen Leistungen an sich. Dem objektiv-rechtlichen Charakter trägt auch die weitere Ausgestaltung des Absatzes 2 Rechnung. Die Regelungen wenden sich an die kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen und verpflichten diese Rechtsträger zur Regelung der kassenärztlichen Versorgung durch schriftliche Verträge. Sie legen damit zugleich die Aufgaben der genannten Institutionen fest und ermächtigen sie, die zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Verträge zu schließen. Auch die systematische Auslegung der Vorschriften belegt keinesfalls eine subjektiv-rechtliche Ausgestaltung. Regelungsgegenstand des Normkomplexes, in dem sich die Bestimmung über die angemessene Vergütung ärztlicher Leistungen befindet, ist die vertragsärztliche Versorgung und ihre Organisation durch die sie tragenden Institutionen (vgl. Urteil BSG vom 12. Oktober 1994, Az.: [6 R KA 5/94](#)). Das bedeutet, dass sich aus [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) nicht ein Anspruch auf eine bestimmte Vergütung herleiten lässt, ein Anspruch auf die Vergütung nach einem festen Punktsatz oder der Anspruch auf eine Vergütung, wie sie eine andere Arztgruppe erhält. Es sind auch keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass augenärztliche Praxen als Folge der Vergütung insgesamt bzw. aufgrund einer zu niedrigen Vergütung in dem streitgegenständlichen Zeitraum generell nicht in der Lage gewesen wären, bei einer mit vollem persönlichen Einsatz und optimaler wirtschaftlicher Praxisausrichtung ausgeübten vertragsärztlichen Tätigkeit existenzfähige Praxen zu führen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) in der ab dem 2. Januar 2002 bis zum 30. Juni 2004 geltenden Fassung.

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

FST

Saved

2007-09-05