

S 15 KA 378/02

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

SG Dresden (FSS)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

15

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 15 KA 378/02

Datum

17.12.2003

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Zur Zuordnung eines Arztes mit mehreren (hier: zwei) Facharztbezeichnungen in eine Arztgruppe bei arztgruppenbezogener Honorarverteilung;

2. Die pauschale Zuordnung zu einer Arztgruppe nach der Abrechnungsnummer bei arztgruppenbezogener Honorarverteilung ist rechtswidrig;

I. Die Bescheide vom 26.07.2001 und vom 25.10.2001, jeweils in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05.03.2002, werden aufgehoben. II. Die Beklagte wird verpflichtet, über die Honoraransprüche des Klägers für die Quartale I/01 und II/01 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden. III. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Honorarberechnung für die Quartale I/01 und II/01 aufgrund der Zuordnung zur Honorargruppe der fachärztlichen Internisten streitig.

Der Kläger ist als Facharzt für Innere Medizin sowie als Facharzt für Diagnostische Radiologie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Im Jahr 2000 hat er an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen. Für den Zeitraum ab 01.01.2001 hat er sein Wahlrecht zugunsten einer Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung ausgeübt. Mit Beschluss vom 05.02.2001 stellte der Zulassungsausschuss Ärzte ... fest, dass der Kläger ab 01.01.2001 als Facharzt für Innere Medizin an der fachärztlichen Versorgung teilnimmt ([§ 73 Abs. 1a](#) i.V.m. [§ 101 Abs. 5 SGB V](#)). Aufgrund des Wechsels in die fachärztliche Versorgung wurde dem Kläger mit Schreiben der Beklagten vom 02.01.2001 die Abrechnungsnummer 95/20225 mitgeteilt.

Mit Honorarbescheid vom 26.07.2001 vergütete die Beklagte Honoraransprüche des Klägers für das 1. Quartal 2001 (I/01) mit 105.632,09 DM. Bei der Berechnung des Honorars wandte die Beklagte die ab 01.07.1997 geltenden Regelungen zu den Praxis- und Zusatzbudgets des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM-Ä) an. Die Honorarverteilung erfolgte nach dem HVM vom 29.11.2000 (KVS-Mitteilungen Nr. 6/2000) i.d.F. des HVM vom 30.03.2001 (KVS Mitteilungen 4/2001) getrennt nach Primär- und Ersatzkassen (§ 2 Satz 2 HVM), wobei nach Vornahme bestimmter Abzüge und Rückstellungen (§ 2 Abs. 1, Abs. 2 HVM) die Gesamtvergütung für den hausärztlichen und den fachärztlichen Bereich entsprechend [§ 85 Abs. 4](#) und 4a SGB V bzw. entsprechend den hierzu ergangenen Beschlüssen des Bewertungsausschusses auf Fonds aufgeteilt wird (§ 3 HVM). Der auf den Bereich der fachärztlichen Versorgung entfallende Anteil an der Gesamtvergütung wird nach Maßgabe des § 5 HVM nach Vornahme bestimmter Abzüge auf 10 Facharztfonds für die der Praxisbudgetierung unterliegenden Facharztgruppen sowie auf 5 Fonds zur Vergütung der nicht budgetierten Arztgruppen verteilt (§ 5 Abs. 3 HVM).

Nach § 6 Abs. 2 Satz 2 HVM werden fachübergreifend Gemeinschaftspraxen und Ärzte mit mehreren zugelassenen Facharztbezeichnungen entsprechend ihrer Abrechnungsnummer dem betreffenden Honorarfonds zugeordnet. Der Kläger war in die Gruppe der "fachärztlich tätigen Internisten bzw. Fachärzte für Lungen- und Bronchialheilkunde" eingegliedert. Grundlage der Honorarberechnung war daher der Punktwert der Honorargruppe der fachärztlich tätigen Internisten in Höhe von zunächst 3,55 DPf. im Bereich der Primärkassen und 4,13 DPf. im Bereich der Ersatzkassen, nach Aufwertung 3,59 DPf. (Primärkassen) bzw. 4,17 DPf. (Ersatzkassen). Der Kläger hatte 1.913 Fälle abgerechnet, darunter waren 1.115 Überweisungsfälle. Auf den insgesamt abgerechneten Leistungsbedarf von 2.493.953,0 Punkten entfielen 995.000 auf die Leistungsgruppe 12 (radiologische Leistungen) und 284.540 Punkte auf den Bereich "Sonographie" (GOP Nr. 375 bis 389 EBM). Im Vergleich dazu hat der Punktwert für die Honorargruppe der "Radiologen, Fachärzte für Stahlerotherapie bzw. Nuklearmedizin" im Bereich der Primärkassen 4,52 DPf. und im Bereich der Ersatzkassen 4,99 DPf. betragen.

Gegen die Honorarberechnung wandte sich der Kläger mit Widerspruch vom 10.08.2001, wobei sich nicht mehr aufklären ließ, ob, und wann dieser bei der Beklagten eingegangen ist. Mit Schreiben vom 29.08.2001 wurde der Widerspruch zunächst damit begründet, dass noch im Quartal IV/00, als der Kläger den hausärztlichen Internisten zugeordnet war, ein Gesamthonorar von 158.999,19 DM erzielt wurde. Die pauschale Zuordnung der Praxis des Klägers zum Honorarfonds der Fachinternisten mit der damit verbundenen Vergütung sämtlicher Leistungen nach dem fachinternistischen Punktwert berücksichtige nicht die besondere Praxisstruktur des Klägers und stelle einen Verstoß gegen das aus [Art. 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG](#) folgende Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit dar. Die Zuordnung zum Honorarfonds der Fachinternisten lasse unberücksichtigt, dass ca. 60 % aller dort durchgeführten Leistungen per Überweisung angeforderte Leistungen der Diagnostischen Radiologie seien. Die Zuordnung stelle gegenüber den anderen zugelassenen Radiologen eine nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung des Klägers dar. Die Zuordnung beruhe auf der Regelung des § 6 Abs. 2 Satz 2 HVM. Weshalb die Abrechnungsnummer ausschließlich den Status des Klägers als Facharzt für Innere Medizin berücksichtige, sei nicht ersichtlich. Vielmehr müsse dem Kläger eine Abrechnungsnummer als Facharzt für Diagnostische Radiologie erteilt werden.

Die Beklagte ließ im Widerspruchsverfahren feststellen, wie sich das Honorar des Klägers im Quartal I/01 im Falle der Zuordnung zum Honorarfonds der Radiologen berechnen würde. Bei der Zuordnung in die Honorargruppe 103 (Radiologen) wäre danach dem Kläger, ohne Berücksichtigung der Abstaffelungsregelung für Radiologen, für das Quartal I/01 ein Honorar von 19.316,41 DM nachzuzahlen.

Mit Honorarbescheid vom 25.10.2001 vergütete die Beklagte Honoraransprüche des Klägers für das 2. Quartal 2001 (II/01) mit einem Gesamthonorar von 52.261,56 EUR. Der Kläger hatte hier 1.784 Fälle abgerechnet, darunter waren 1.011 Überweisungsfälle. Von der Gesamtpunktzahl der kurativen Leistungen von 2.324.227 Punkten entfielen 942.570 Punkte auf die Leistungsgruppe 12 (radiologische Leistungen) und 287.580 Punkte auf die Sonographie-Leistungen (GOP Nr. 375 bis 389 EBM). Der Kläger war ebenfalls der Honorargruppe der fachärztlichen Internisten zugeordnet, was zu einer Vergütung mit einem Punktwert von 4,00 Dpf. im Bereich der Primärkassen und 3,65 Dpf. im Bereich der Ersatzkassen führte. Im Vergleich dazu wurden die Leistungen der Radiologen mit Punktwerten von 5,20 Dpf. (Primärkassen) bzw. 4,58 Dpf. (Ersatzkassen) vergütet.

Mit Schreiben vom 02.11.2001 legte der Kläger auch hiergegen Widerspruch ein und führte ergänzend aus, dass eine komplette Zuordnung der Praxis zum Honorarfonds der Radiologen unter Anwendung der Abstaffelungsregelung gem. Anlage 2 des HVM nicht in Betracht kommen könne. Es müsse eine Sonderregelung getroffen werden, welche explizit und sachgerecht den Status des Klägers als zugelassenen Internisten und Radiologen vollumfänglich berücksichtige. Der Kläger verwies auf die Urteile des BSG vom 20.01.1999 ([B 6 KA 78/97](#); [B 6 KA 77/97](#)) zur Frage, wie das fallzahlabhängige Laborbudget eines in zwei Fachgebieten zugelassenen Arztes zu berechnen sei. Danach sei die Bildung eines arithmetischen Mittelwertes allenfalls dann hinzunehmen, wenn jede andere Abrechnungsweise unmöglich wäre. So könne hier beispielsweise auch eine entsprechende Quote gebildet werden, auch eine Kennzeichnungspflicht komme in Betracht. Hätte der Bewertungsausschuss auch für Ärzte mit mehreren Gebietsbezeichnungen, von welcher eine dem fachinternistischem Versorgungsbereich zuzuordnen ist, eine vollständige Zuordnung zum fachinternistischem Versorgungsbereich gewollt, so hätte er dies entsprechend der Regelungen zum hausärztlichen Versorgungsbereich regeln können, was unterblieben sei. Auch die Regelung in § 6 Abs. 2 HVM könne die derzeitige Vergütungsform der Praxis des Klägers nicht rechtfertigen.

Die Beklagte hat die Widersprüche des Klägers zum Anlass genommen, einen Honorargruppenwechsel vorzunehmen und den Kläger ab dem 3. Quartal 2001 (III/01) der Honorargruppe der Radiologen (HG 103) zugeordnet. Mit Schreiben vom 04.12.2001 wurde dem Kläger ab dem Quartal I/02 die Abrechnungsnummer 95/53600 zugewiesen.

Die Widersprüche wurden zurückgewiesen (Widerspruchsbescheid vom 05.03.2002). Hinsichtlich des Widerspruchs für das Quartal I/01 gewährte die Beklagte Wiedereinsetzung in den vorigen Stand. Die Zuordnung des Klägers zum Honorarfonds der fachärztlichen Internisten beruhe zum einen auf seiner Entscheidung, ab dem 01.01.2001 an der fachärztlichen Versorgung teilzunehmen und zum anderen auf der Tatsache, dass der Kläger bis einschließlich IV/00 als an der hausärztlichen Versorgung teilnehmender Facharzt für Innere Medizin und Facharzt für Diagnostische Radiologie aus dem Honorarfonds der hausärztlichen Internisten vergütet wurde. Die Zuordnung zu den fachärztlichen Internisten erfolgte Mangels anderweitiger Aussage des Klägers. Infolgedessen sei er nach § 6 Abs. 2 Satz 2 HVM entsprechend der Abrechnungsnummer dem betreffenden Honorarfonds der fachärztlichen Internisten zugeordnet worden. Dem Antrag auf Honorargruppenwechsel sei ab III/01 entsprochen worden. Ein rückwirkender Wechsel komme nicht in Betracht. Zum einen sei der Honorargruppenwechsel an einen Antrag gebunden und könne schon deshalb nicht rückwirkend erfolgen; zum anderen soll dem Einzelnen nach Kenntnis der Auszahlungspunktwerte und der Honorarhöhe nicht der Wechsel in die für ihn jeweils günstige Zuordnung ermöglicht werden. Die Beklagte stellte klar, dass bis zum Quartal IV/00 die fachärztlichen Leistungen mit dem durchschnittlichen Punktwert über alle Honorarfonds vergütet wurden. Auch liege der Anteil der radiologischen Leistungen (Leistungsgruppe 12 und Sonographie [GOP 375 bis 389]) bezogen auf die gesamte Abrechnung des Jahres 2000 bei durchschnittlich 54,48 %. Im Interesse der Überschaubarkeit und Praktikabilität von Honorarverteilungsregelungen komme ihr, der Beklagten, ein weiter Gestaltungsspielraum im Sinne von pauschalierenden und typisierenden Regelungen zugute; ein Verstoß gegen das Gebot der Verteilungsgerechtigkeit bestehe nicht. Der Hinweis auf die Entscheidung des BSG vom 20.01.1999 ([B 6 KA 78/97](#)) sei verfehlt, da der Sachverhalt nicht mit der durch den HVM getroffenen Regelungen zu vergleichen sei. Dem Arzt obliege die Entscheidung, in welchem fachärztlichen Bereich er schwerpunktmäßig tätig sein will und nach dieser Entscheidung richte sich die entsprechende Honorarfonds-Zuordnung.

Mit der hiergegen am 02.04.2002 eingelegten Klage verfolgt der Kläger sein Rechtsbegehren weiter. Zur Begründung gab er an, im Quartal III/01 ein Gesamthonorar von 64.390,91 EUR erhalten zu haben, was im Vergleich zu den streitigen Quartalen Mehreinnahmen in Höhe von 12.625,00 EUR bzw. 10.877,00 EUR (20 % bzw. 24 %) bedeute. Das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit werde durch die pauschale Zuordnung des Klägers gem. § 6 Abs. 2 Satz 2 HVM zur Honorargruppe der fachärztlichen Internisten verletzt. Die Zuordnung lasse die gravierenden Unterschiede zwischen den Fachinternisten einerseits und den Fachärzten für rein Diagnostische Radiologie andererseits außer Betracht. Die radiologische Diagnostik werde via Auftragsleistungen bezogen; Fachärzte für Innere Medizin könnten auch ohne Überweisung in Anspruch genommen werden. Die radiologische Diagnostik sei in der Regel aufgrund des notwendigen medizinischen Equipments ungleich kostenintensiver. Der Kläger beziehe sich auf die Entscheidung des BSG vom 29.09.1993 (Az. [6 RKA 65/91](#)) und stelle fest, dass für ein Gemisch sehr unterschiedlicher Leistungen unterschiedlich strukturierter Arztgruppen nicht ein einheitlicher Honorartopf gebildet werden dürfe. Die Praxis des Klägers weise keinen "Praxisschwerpunkt" auf, da sich der Anteil an internistischen und radiologischen Leistungen ungefähr gleich hoch verhalte. Schon die hohe Fallzahl belege, dass der Kläger dem Grunde nach "zwei Praxen" betreibe, eine internistische und eine radiologische Facharztpraxis. Das Kriterium der "Abrechnungsnummer" habe keinerlei Aussagekraft und erscheine

als Maßstab für die Eingruppierung der Praxis des Klägers untauglich. Der Kläger habe lediglich eine Erklärung bezüglich der Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung abgegeben; keinesfalls habe er einen Antrag auf Zuordnung zum Honorarfonds der Fachinternisten gestellt. Er sei zu keinem Zeitpunkt über ein entsprechendes Antragsrecht informiert worden, obgleich dies gerade der Fürsorgepflicht der Beklagten gegenüber ihren Mitgliedern entsprechen würde. Die Abrechnungsnummer im Sinne des § 6 Abs. 2 Satz 2 HVM werde seitens der Beklagten ohne Mitwirkung des betroffenen Vertragsarztes zugewiesen. Auch sehe der geltende HVM ein entsprechendes Antragsrecht nicht vor. Der Verweis der Beklagten auf Chirurgen oder Orthopäden, welche ebenfalls radiologische Leistungen erbringen, gehe fehl. Der gravierende Unterschied bestehe darin, dass diese Ärzte ausschließlich über eine Fachgebietsbezeichnung verfügen, welche sie nach dem geltenden Weiterbildungsinhalten partiell berechtigen, auch radiologische Leistungen durchzuführen. Der Kläger verfügt über zwei Fachgebietsbezeichnungen und ist mit diesen beiden Bezeichnungen in das Arztregister eingetragen. Bezugnehmend auf die Entscheidungen des BSG vom 20.01.1999 (Az.: [B 6 KA 78/97](#)) führt der Kläger aus, dass die Entscheidung des Arztes mit Doppelzulassung, seine Tätigkeit schwerpunktmäßig auf ein Fachgebiet auszurichten und im anderen Fachgebiet nur gelegentlich tätig zu werden, Teil seiner durch [Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG](#) geschützten Berufsausübungsfreiheit sei. Zwar komme hier für den Erlass des § 6 Abs. 2 Satz 2 HVM als einschlägige Berechtigungsgrundlage [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) in Betracht; allerdings werde der besonderen Praxisstruktur des Klägers in gleichheitswidriger Weise nicht ausreichend Rechnung getragen. Ein sachlicher Grund dafür, die als Auftragsleistungen erbrachten Radiologieleistungen nach dem sehr niedrigen fachinternistischen Punktwert zu vergüten, sei nicht zu erkennen. Eine getrennte Vergütung der radiologischen Auftragsleistungen einerseits sowie der internistischen Leistungen andererseits würde die Beklagte auch nicht vor unüberwindbare Verwaltungsschwierigkeiten stellen.

Der Kläger beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung der Honorarbescheide vom 26.07.2001 und 25.10.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05.03.2002 zu verpflichten über die Honorarforderung des Klägers für die Quartale I/01 und II/01 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die von der Beklagten gewählte Art der Honorarverteilung verstoße nicht gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Sie gewährleiste, dass das Risiko der Leistungsausweitung innerhalb der Arztgruppe verbleibt. Dabei werde an die von den Arztgruppen typischerweise erbrachten Leistungen und somit an ein sachliches Kriterium angeknüpft. Hier seien generalisierende und pauschalierende Regelungen zulässig. Ansonsten müssten beispielsweise auch von Chirurgen oder Orthopäden erbrachte radiologische Leistungen aus dem Radiologenfonds vergütet werden, was die Honorarverteilung auch aufgrund des damit verbundenen Verwaltungsaufwandes letztlich einer praktikablen Handhabung entziehen würde. Eine Benachteiligung des Klägers durch die Regelung des § 6 Abs. 2 Satz 2 HVM bestehe nicht, zumal den Vertragsärzten die Möglichkeit des Wechsels der Abrechnungsnummer nach entsprechender Antragstellung offen stehe und somit Einfluss auf die Honorarfondszugehörigkeit genommen werden könne. Es bestehe auch keine Verpflichtung der Beklagten, etwaige Leistungsanteile oder eine schwerpunktmäßige Leistungserbringung in jedem Quartal zu überprüfen. Es sei vielmehr eine Obliegenheit des Leistungserbringers, bei Änderung des Leistungsspektrums oder veränderter Schwerpunktsetzung sein Begehren auf anderweitige Zuordnung gegenüber der Beklagten deutlich zu machen. Dem könne nur für den nach Antragstellung liegenden Zeitraum stattgegeben werden, da Sinn und Zweck der Wechseloption nicht darin liege, nach Kenntnis von Punktwerten und Honorar durch einen rückwirkenden Wechsel eine Verbesserung der Vergütung zu erzielen. Die Beklagte teilte mit, dass im Bereich der KV Sachsen 54 Ärzte mit Doppelzulassung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird Bezug genommen auf die beigezogene Verwaltungsakte, eine Zulassungsakte sowie die Gerichtsakte, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige, weil form- und fristgerecht erhobene Klage, ist in der Sache begründet. Die Honorarbescheide vom 26.07.2001 und 25.10.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05.03.2002 erweisen sich als rechtswidrig und verletzen den Kläger in seinen Rechten (im Sinne von [§ 54 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG), soweit die Beklagte bei der Honorarermittlung den Kläger schematisch dem Honorarfonds der fachärztlichen Internisten zugeordnet hat. Dabei hat die Kammer in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus dem Kreis der Vertragsärzte verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Kassenärzte handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 SGG](#)).

Honorarverteilungsregelungen einer Kassenärztlichen Vereinigung sind an den gesetzlichen Vorgaben des § 85 Abs. 4 Sozialgesetzbuch, 5. Buch (SGB V) i.V.m. dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, der sich aus [Art. 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) ergibt, zu messen (ständige Rechtsprechung, vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 4](#); § 85 Nr. 23; § 85 Nr. 26; § 85 Nr. 30, zuletzt Urteil vom 31.01.2001, Az.: [B 6 KA 13/00 R](#)). 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 des Vertragsarztes zugrunde zu legen sind. Zwar sind danach ärztliche Leistungen prinzipiell gleichmäßig zu vergüten. Der normsetzenden Körperschaft verbleibt jedoch ein Spielraum für sachlich gerechtfertigte Abweichungen von diesem Grundsatz, der es ihr ermöglicht, ihrem Sicherstellungsauftrag und ihren sonstigen vertraglichen und gesetzlichen Verpflichtungen gerecht zu werden (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#); § 85 Nr. 30).

Dabei ist die Honorarverteilung nach Facharztfonds, wie sie die Beklagte im HVM vorgenommen hat, nach ständiger Rechtsprechung des BSG nicht zu beanstanden (vgl. BSG, Ur. v. 07.02.1996, Az.: [6 RKA 68/94](#)). Durch die Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG v. 21.12.1992, [BGBl. I S. 2266](#)) waren die Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Grundlage des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) zur Bildung arztgruppenbezogener Honorarkontingente berechtigt. Die Bildung fester fachgruppenbezogener Honorarkontingente bleibt selbst dann zulässig, wenn dies zur Folge haben kann, dass bei unterschiedlicher Mengenentwicklung in einzelnen ärztlichen Fachgebieten die gleichen Leistungen für Vertragsärzte aus unterschiedlichen Fachgebieten unterschiedlich hoch vergütet werden (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 11](#)). [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) gestattete in der Fassung des GSG 1992 ausdrücklich eine "nach Arztgruppen unterschiedliche" Honorarverteilung. Der

mit dem Kassenarztrecht befasste 6. Senat des BSG hat es deshalb gebilligt, wenn die Honorarverteilung nach festen, arztgruppenbezogenen Kontingenten erfolgt (vgl. BSG Urte. v. 07.02.1996, Az.: [6 RKA 68/94](#)). Bei der Bildung der Honorartöpfe kann nach Arztgruppen, Versorgungsgebieten oder Leistungsbereichen erfolgen; Mischsysteme sind ebenfalls zulässig (vgl. [BSGE 83, 1](#), 2 ff; zuletzt Urteil vom 11.09.2002, Az.: [B 6 KA 30/01 R](#)). Die Bildung von Honorartöpfen steht allerdings nicht im freien Ermessen der kassenärztlichen Vereinigung und bedarf vielmehr wegen der möglichen unterschiedlichen Punktwerte sachlicher Rechtfertigung. So hat die Beklagte u.a. zu verhindern, dass sich die Anteile an den Gesamtvergütungen für einzelne Arztgruppen verringern, weil andere Gruppen durch Mengenausweitungen ihre Anteile an den Gesamtvergütungen absichern oder sogar vergrößern (BSG a.a.O.).

Bei der Bildung einer Honorargruppe für alle fachärztlichen Internisten bzw. Fachärzte für Lungen- und Bronchialheilkunde hält sich die Beklagte innerhalb ihres Gestaltungsspielraums. Sie darf, worauf sie zu Recht hingewiesen hat, bei der Bildung von Honorargruppen im Sinne einer Typisierung einzelne Leistungserbringer zusammenfassen und muss nicht jedes Unterscheidungsmerkmal berücksichtigen.

Sofern der HVM der Beklagten jedoch in § 6 Abs. 2 Satz 2 für Ärzte mit mehreren zugelassenen Facharztbezeichnungen schematisch eine Zuordnung zu einem Honorarfonds entsprechend der Abrechnungsnummer vornimmt, verstößt dies gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit.

Aus dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ist abzuleiten, dass nur ihrer Art nach vergleichbare Leistungen zu einem Honorartopf zusammengefasst werden dürfen ([BSGE 73, 131](#), 139; zuletzt Urteil v. 28.06.2002, Az.: [B 6 KA 28/01 R](#)). Die Einführung einer Honorarverteilung nach festen arztgruppenbezogenen Kontingenten soll gewährleisten, dass die Entwicklung des Punktwertes von den fachgruppenspezifischen Mengenausweitungen abhängig ist (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)). Diese Ziel wird jedoch verfehlt, wenn durch die Honorierung zahlreicher arztgruppenfremder Leistungen der Punktwert vom Leistungsverhalten anderer Arztgruppen abhängt (vgl. BSG, Urteil vom 28.06.2002, B 6 KA 28/01R). Bezogen auf die Arztgruppe der fachärztlichen Internisten bedeutet dies, dass deren Punktwert durch die Honorierung der vom Kläger erbrachten radiologischen Leistungen beeinflusst wird.

Als Berufsausübungsregelung im Sinne von [Art. 12 Abs. 1 GG](#) bedarf § 6 Abs. 2 Satz 2 HVM einer hinreichenden normativen Grundlage, die mit [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) vorliegt. Allerdings muss bei der Durchführung der sachgerechten Honorarverteilung auf der Basis arztgruppenbezogener Honorarfonds das Gebot der Verteilungsgerechtigkeit beachtet werden. Das auch im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung geltende Gleichheitsgebot des [Art. 3 GG](#) enthält nicht nur das Verbot sachwidriger Differenzierung, sondern genauso das Gebot sachgerechter Differenzierung bei Vorliegen wesentlicher Unterschiede. Bei der Honorarverteilung hat die Beklagte deshalb die Unterschiede zu berücksichtigen, die typischerweise innerhalb der betroffenen Berufsgruppe bestehen (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 4](#)). Zwar bleibt der Beklagten auch bei der Beachtung des Gleichheitsgebotes ein weiter Gestaltungsspielraum. Ein Verfassungsverstoß ist allerdings dann anzunehmen, wenn die Ungleichheit in dem jeweils in Betracht kommenden Zusammenhang so bedeutsam ist, dass ihre Beachtung nach einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise geboten erscheint ([BVerfGE 60, 113](#), 119; [67, 70](#), 85). Die hier angewandte Regelung hat im Falle des Klägers zur Folge, dass sämtliche Leistungen, gleich ob radiologisch und überweisungsgebunden oder fachärztlich internistisch und nicht überweisungsgebunden, mit einem einheitlichen Punktwert (der fachärztlichen Internisten) vergütet werden. Diese Rechtsfolge ist hinnehmbar für Arztgruppen mit Einzelzulassung, die im Rahmen dieser Zulassung (auch) radiologische Leistungen erbringen. So muss die Beklagte Orthopäden oder Chirurgen, die radiologische Leistungen erbringen, dafür auch weiterhin nicht den Punktwert der Honorargruppe der Radiologen vergüten.

Die Vorgehensweise erweist sich jedoch als rechtswidrig für Ärzte mit Doppelzulassung. Anders als bei den von der Beklagten beispielsweise aufgeführten Orthopäden und Chirurgen, deren Praxisstruktur sich aus der Beschränkung auf ihr jeweiliges Fachgebiet ergibt, wird der Vertragsarzt mit einer Doppelzulassung für zwei Fachgebiete nicht auf eine bestimmte, typische Ausgestaltung seiner Praxis festgelegt (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 20](#)). Entscheidet sich der Arzt, der in zwei Fachgebieten zugelassen ist, seine Tätigkeit schwerpunktmäßig auf ein Fachgebiet auszurichten, bewegt er sich im Rahmen der durch [Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG](#) geschützten Berufsausübungsfreiheit. Das Gleiche gilt, wenn der Arzt mit Doppelzulassung - wie hier - keinen Schwerpunkt wählt, sondern in beiden Fachgebieten gleichmäßig tätig wird. Erfolgt in diesem Fall eine Zuordnung in nur eine von zwei möglichen Abrechnungsnummern, ohne Anhörung des Arztes, verstößt die darauf basierende pauschale Zuordnung zu einem Honorarfonds gegen das Gebot der Verteilungsgerechtigkeit. Die Vorgehensweise vernachlässigt die Unterschiede die sich zwischen den fachärztlichen Internisten und den Radiologen dadurch ergeben, dass erstere ihr Auftragspektrum und ihren Leistungsumfang weitgehend selbst bestimmen können, während letztere ausschließlich Auftragsleistungen erbringen (vgl. [BSGE 73, 131](#) - 141). Gerade die Arztgruppe der Radiologen unterscheidet sich von den übrigen Arztgruppen durch den erheblichen Betriebskostenansatz. Während für die Radiologen in den neuen Bundesländern ein Betriebskostenansatz von 81,8 % anzunehmen ist, fallen für die Internisten nur 58,8 % an (wobei nicht zwischen haus- und fachärztlichen Internisten differenziert wird; vgl. Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis des ZI 1999, Statistik der KBV). Die erheblich abweichende Kostenstruktur muss bei der Eingliederung in die Honorargruppe gewürdigt werden. Gerichtlicherseits ist auch davon auszugehen, dass durch die Anwendung von § 6 Abs. 2 Satz 2 HVM nicht lediglich der Kläger, sondern die gesamte Gruppe der Ärzte mit Doppelzulassung systematisch benachteiligt wird, ohne dass dies durch den Zweck der HVM-Regelung gerechtfertigt wäre.

Auch mit dem Gesichtspunkt einer zulässigen Generalisierung und Pauschalierung lässt sich insoweit die mangelnde Differenzierung bei Ärzten mit Doppelzulassung nicht rechtfertigen. Insbesondere steht dem nicht der Einwand der mangelnden Praktikabilität oder Effizienz entgegen. Es handelt sich nach Mitteilung der Beklagten im Raum Sachsen um insgesamt 54 Leistungserbringer mit Doppelzulassung. Bei diesem abgrenzbaren Personenkreis begegnet es keinerlei Schwierigkeiten beispielsweise die Zuweisung einer Abrechnungsnummer und darauf basierende Zuordnung zu einem Honorarfonds erst nach Anhörung der Betroffenen vorzunehmen. Auch eine Quotelung bei der Honorarabrechnung käme ohne unzumutbaren Verwaltungsaufwand in Betracht. So bereitet es dem Kläger aufgrund seiner seit Jahren gewachsenen Praxisstruktur und einem nur geringfügig schwankendem Behandlungsverhalten keine Schwierigkeiten, eine Quote für fachinternistische und radiologische Leistungen anzugeben. Auch konnte die Beklagte, ohne Zuordnung zu den einzelnen Behandlungsausweisen, anhand der abgerechneten Punktsummen eine entsprechende Quote ermitteln.

Für die differenzierende Betrachtung spricht ferner das Bewertungsgefüge des EBM. Nach Teil B Nr. 1.6.2 EBM wird für einen Arzt, der seine vertragsärztliche Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen ausübt, die Höhe der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahlen als arithmetischer Mittelwert entsprechend Nr. 1.5 errechnet. Der Bewertungsausschuss geht somit von der Annahme aus, dass Ärzte mit mehreren Gebietsbezeichnungen hinsichtlich der Fallpunktzahlen nicht schematisch nach einem der Fachgebiete zu bewerten sind. Gleiches

muss nach Auffassung der Kammer auch für die Eingruppierung in einen arztgruppenbezogenen Honorarfonds gelten. Die Regelung des § 6 Abs. 2 Satz 2 HVM wird diesen Vorgaben nicht gerecht. Die Beklagte ist vielmehr verpflichtet, im HVM entsprechende Vorkehrungen dafür zu treffen, dass aufgrund der pauschalierenden Vorgehensweise Rechtsverstöße unterbleiben. Dies kann beispielsweise dadurch erfolgen, dass den Ärzten mit Doppelzulassung mehrere interne Abrechnungsnummern zugeordnet werden (so BSG, Urt. v. 26.06.2002, [B 6 KA 28/01 R](#) zur Problematik fachübergreifender Gemeinschaftspraxen).

Schließlich bestünden keine Hinderungsgründe, die vorgenommene Änderung der Abrechnungsnummer zugunsten des Klägers auch für die Vergangenheit zu beschließen. Hinsichtlich der rückwirkenden Neueingruppierung gelten die für Rechtsnormen entwickelten Grundsätze der Rückwirkung. Danach wird zwischen der nur ausnahmsweise zulässigen echten Rückwirkung und der unter leichteren Voraussetzungen zulässigen unechten Rückwirkung unterschieden. Bei der echten Rückwirkung wird nachträglich ändernd in abgewickelte, der Vergangenheit angehörende Sachverhalte eingegriffen, während bei der unechten Rückwirkung auf noch nicht abgeschlossene Sachverhalte für die Zukunft eingewirkt wird. Die rückwirkende Zuteilung einer neuen Abrechnungsnummer würde einen Fall der "echten Rückwirkung" darstellen. Dies wäre jedoch rechtlich nicht zu beanstanden. Insbesondere stünde insoweit kein Vertrauensschutztatbestand entgegen. Es entspricht dem Grundprinzip der Honorarverteilung, dass der Punktwert und / oder die Vergütungsquote erst nach Quartalschluss feststeht. Die kassenärztlichen Vereinigungen haben grundsätzlich einen weiten Gestaltungsspielraum, wenn es darum geht, nach Abschluss eines Quartals sachgerechte Regelungen zu treffen, um unerwünschten Verteilungswirkungen gegensteuern zu können (vgl. LSG Stuttgart, Urteil vom 10.05.2000, Az.: [L 5 KA 2143/99](#)). Die Beklagte beruft sich selbst in anderen Zusammenhängen auf die Möglichkeit, den HVM rückwirkend zu ändern (vgl. Urteil des SG Dresden vom 15.05.2002, S 11 KA 15/01). Auch das BSG geht von der grundsätzlichen Zulässigkeit nachträglicher Korrekturen eines HVM aus (vgl. Urt. v. 03.03.1999, Az.: [B 6 KA 15/98 R](#); BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#)). Diese Möglichkeiten der rückwirkenden Korrektur von Honorarverteilungsregelungen lässt auch die nachträgliche Korrektur der Abrechnungsnummer zu. Der Hinweis der Beklagten auf die Möglichkeit der Vertragsärzte, sich dann jeweils die Abrechnungsnummer der Arztgruppe auszusuchen, in der der höchste Punktwert erzielt wurde, geht fehl. Umwälzende Verschiebungen bei den Punktwert Höhen sind angesichts der seit Jahren praktizierten Honorarverteilung nach Arztgruppen bereits nicht zu erwarten. So geht die Kammer nicht davon aus, dass sich der Punktwert der fachärztlichen Internisten von einem Quartal auf das Folgende so stark erhöht, dass ein Wechsel von den Radiologen zu den fachärztlichen Internisten lukrativ wäre. Schließlich würde von der kleinen Gruppe von 54 Ärzten mit Doppelzulassung insoweit keine Gefährdung der vertragsärztlichen Versorgung als Ganzes ausgehen, wenn Einzelne rückwirkend in eine andere Honorargruppe eingestuft würden.

Der Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit macht die Regelung des § 6 Abs. 2 Satz 2 HVM somit rechtswidrig, soweit der Automatismus bei Fachärzten mit Doppelzulassung betroffen ist. Die Regelung ist zumindest ergänzungsbedürftig, wobei es dem normativen Ermessen der Beklagten obliegt, den rechtswidrigen Zustand zu beseitigen und § 6 Abs. 2 Satz 2 HVM durch eine differenzierende Regelung zu ersetzen.

Danach war wie festgestellt zu entscheiden.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a Abs. 1 S. 1 3. HS SGG](#) (i.d.F. des 6. SGG-ÄndG vom 17.08.2001, [BGBl. I. S. 2144](#)) i.V.m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2005-06-16