

B 6 KA 48/07 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

6
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 43 KA 1914/02

Datum
25.01.2005
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 12 KA 255/05

Datum
16.05.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 48/07 R

Datum
17.09.2008
Kategorie
Urteil

Leitsätze

Es ist nicht zu beanstanden, wenn Kassenärztliche Vereinigungen alle Leistungen von Vertragsärzten für Patienten, deren Behandlungskosten von so genannten sonstigen Kostenträgern getragen werden, mit dem Durchschnittspunktwert der Ersatzkassen bzw der Primärkassen vergüten.

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 16. Mai 2007 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen zu 1 bis 10.

Gründe:

I

1

Im Streit steht die Höhe vertragsärztlichen Honorars.

2

Die Klägerin ist eine - in Form einer BGB-Gesellschaft betriebene - fachübergreifende Gemeinschaftspraxis (jetzt Berufsausübungsgemeinschaft), der im hausärztlichen Versorgungsbereich tätige Ärzte für Allgemeinmedizin und Innere Medizin angehören. Sie wendet sich gegen die von der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) vorgenommenen Honorarfestsetzungen für die Quartale I/2000, II/2000, IV/2000, I/2001 und II/2002 bezüglich der Leistungen, die von sog besonderen Kostenträgern zu vergüten sind.

3

Mit Bescheiden vom 31.7.2000 in der Fassung des Bescheides vom 5.6.2001 (für das Quartal I/2000), vom 30.10.2000 in der Fassung des Bescheides vom 26.7.2001 (Quartal II/2000), vom 5.6.2001 (Quartal IV/2000), vom 26.7.2001 (Quartal I/2001) und vom 30.9.2002 (Quartal II/2002) setzte die Beklagte den Honoraranspruch der Klägerin (auch) für diejenigen Leistungen fest, die von besonderen Kostenträgern für aufgrund dienstrechtlicher Vorschriften heilfürsorgeberechtigte Personen, für heilbehandlungsanspruchsberechtigte Zivildienstleistende, Heilbehandlungsberechtigte nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), Anspruchsberechtigte nach dem Bundessozialhilfegesetz aF (BSHG) sowie sachleistungsaushilfeberechtigte ausländische Patienten zu vergüten sind. Dabei legte sie für diese Leistungen jeweils einen Punktwert zugrunde, der - je nach Rechtsgrundlage - dem Durchschnittspunktwert aller Ärzte im Bereich der Ersatzkassen bzw der bayerischen Regionalkassen (der früheren RVO-Kassen bzw Primärkassen) entsprach.

4

Hiergegen erhob die Klägerin jeweils - beschränkt auf die Honorarfestsetzung bezüglich der besonderen Kostenträger - Widerspruch, mit dem sie eine Vergütung ihrer Leistungen mit demselben Punktwert, der bei Anwendung des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) anzusetzen gewesen wäre, begehrte. Die Beklagte wies die Widersprüche mit quartalsbezogenen Widerspruchsbescheiden vom 23.7.2002 (Quartale I/2000, II/2000, IV/2000 und I/2001) bzw vom 8.1.2003 (Quartal II/2002) zurück.

5

Die Klagen sind ohne Erfolg geblieben. Das Landessozialgericht (LSG) hat die Verfahren verbunden und die Berufungen zurückgewiesen. Im Urteil des LSG ist ausgeführt, die Vertragsärzte hätten nur Anspruch auf den von der Beklagten gezahlten Durchschnittspunktwert. Die die Vergütung der ärztlichen Leistungen zu Lasten besonderer Kostenträger regelnden spezialgesetzlichen Vorschriften seien auslegungsfähig und auslegungsbedürftig. Nicht ausdrücklich geregelt sei in [§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#), ob und inwieweit auch die arztgruppenspezifischen Differenzierungen der Punktwerte und die die Differenzierungen mit bedingenden Abstaffelungs- und Budgetierungsregelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) und des HVM zu berücksichtigen seien.

6

Richtigerweise sei bei der Vergütung nicht auf eine Arztgruppen-/Versorgungsbereichszugehörigkeit abzustellen. Zum alleinigen Anknüpfungskriterium sei die "ärztliche Leistung" als solche erhoben. Daraus folge, dass die Leistungen mit den Punktzahlen zu bewerten seien, die dem EBM-Ä sowie den darauf beruhenden Gebührenordnungen Bewertungsmaßstab Ärzte (BMÄ) und Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) entsprächen. Die Punktwerte seien ohne die durch den HVM vorgenommenen Differenzierungen aufgrund der Zugehörigkeit zum hausärztlichen bzw fachärztlichen Versorgungsbereich und ohne Bezugnahme auf die Arztgruppe für sämtliche zugelassenen Ärzte in gleicher Höhe anzusetzen. Dem entspreche der von der Beklagten zugrunde gelegte Durchschnittspunktwert.

7

[§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) sei zu einem Zeitpunkt geschaffen worden, zu dem die Differenzierungen in dem HVM aufgrund arzt spezifischer Arztgruppen- bzw Versorgungsbereichskontingente noch nicht existent gewesen seien und die ärztlichen Leistungen im Wesentlichen unabhängig von einer Arztgruppenzugehörigkeit in gleicher Höhe und nach einem einheitlichen Einzelleistungsvergütungssystem vergütet worden seien. Die Ratio der Gleichstellung der Vergütungshöhe für die Behandlung zu Lasten besonderer Kostenträger mit der Vergütung für die Behandlung von Ersatzkassen-Versicherten gebiete es, solche auf Stützung und Mengenbeeinflussung beruhenden Einflussfaktoren nicht zu berücksichtigen, die mit den ärztlichen Leistungen zu Lasten der besonderen Kostenträger nichts zu tun hätten. Gleiches gelte für die von der Klägerin gegenüber Sozialhilfeanspruchsberechtigten erbrachten Leistungen. Wenngleich der Wortlaut der maßgeblichen Vorschriften nicht mehr ausdrücklich an die ärztliche Leistung anknüpfe, erfolge doch keine Bezugnahme auf den leistungserbringenden Arzt, sondern lediglich auf die Vergütung. Auch hier sei im Hinblick auf die Rechtsentwicklung anzunehmen, dass alle an die Arztgruppenzugehörigkeit anknüpfenden Einflüsse unberücksichtigt zu bleiben hätten. Nichts anderes gelte für die Vergütung von Leistungen zugunsten von Heilbehandlungsberechtigten nach dem BVG. Neben der Auslegung nach der Rechtsentwicklung lasse sich dem Wortlaut des § 18c Abs 4 BVG eine alleinige Bezugnahme auf die Heilbehandlungsleistung entnehmen. In gleicher Weise seien die einschlägigen Bestimmungen der diversen Sozialversicherungsabkommen (SVA) zu interpretieren; auch hier werde eine Anknüpfung ausschließlich an die zu erbringenden ärztlichen Leistungen ausreichend deutlich (Urteil vom 16.5.2007).

8

Mit ihrer Revision rügt die Klägerin eine Verletzung des [§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#). Als Folge der Verweisung dort auf die im Ersatzkassenbereich geltende Vergütung sei maßgeblich auf die Vergütungshöhe und somit auf den Punktwert, der für die Leistungen der Ersatzkassen im jeweiligen Quartal gezahlt werde, abzustellen. Gesetzeskonform sei der Honorarverteilungspunktwert, den die Klägerin für die Behandlung von Ersatzkassen-Versicherten erhalten habe.

9

Die in [§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) hergestellte Verknüpfung zwischen den zu vergütenden Leistungen der besonderen Kostenträger und den vertragsärztlichen Leistungen des individuellen Leistungserbringers lasse nicht den Schluss auf eine lückenhafte Regelung zu. In diesem Sinne stelle auch das Urteil des angerufenen Senats vom 14.5.1997 ([6 RKA 57/96](#)) fest, dass [§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) die verbindliche Regelung einer bestimmten Vergütungshöhe enthalte. Die vom LSG für zutreffend gehaltene Interpretation der Rechtsgrundlage würde zu einer für die besonderen Kostenträger als Leistungsverpflichtete unkalkulierbaren und unbestimmten Vergütung führen. Zudem habe [§ 75 SGB V](#) seit seiner Einführung mehreren Änderungen unterlegen; eine Änderung auch nach Einführung der differenzierenden Regelungen in den HVM durch arzt spezifische Arztgruppenkontingente sei jedoch gerade nicht erfolgt.

10

Durch Heranziehung eines durchschnittlichen Punktwertes werde das Zusammenspiel zwischen Punktwertanforderung und Vergütungshöhe zu Lasten der Leistungserbringer ausgehebelt und somit auch die Bedeutung der gesetzlichen Grundlage des [§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) in den Bereich der Punktzahlenbewertung der erbrachten ärztlichen Leistungen weg von der Vergütungshöhe verschoben. Dies führe zu einem Widerspruch mit der in der Übertragung des Sicherstellungsauftrags an die Kassenärztlichen (Bundes-)Vereinigungen in [§ 75 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) liegenden Intention. Der Gesetzgeber habe eine ungleiche ärztliche Behandlung von heilfürsorgeberechtigten Personen im Vergleich mit Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung vermeiden wollen; die Leistungsbewertung mit einem durchschnittlichen Punktwert zu Lasten der Leistungserbringer fördere jedoch die Gefahr einer Ungleichbehandlung des heilfürsorgeberechtigten Patienten.

11

Der Auffassung des LSG sei auch bezüglich des § 37 Abs 3 bzw des § 38 Abs 4 BSHG der Wortlaut der Normen entgegenzuhalten. Nach den gesetzlichen Vorgaben werde die Behandlung des Hilfeberechtigten nicht vollständig in das vertragsärztliche System einbezogen. Somit sei eine Auslegung der Anspruchsgrundlage weg von der individuellen Leistungsvergütung ohne Berücksichtigung, dass die Sozialhilfe auf dem Grundsatz der individuellen Hilfe beruhe, nicht gesetzeskonform. Auch hinsichtlich des § 18c Abs 4 Satz 1 BVG führe die Interpretation des LSG an der Intention des Gesetzgebers vorbei zu einer willkürlichen Vergütungshöhe. Entsprechendes gelte auch für die Bestimmungen der SVA; auch hier finde die Verknüpfung zum vertragsärztlichen System ausschließlich im Bereich der individuellen Leistungserbringung und -vergütung statt.

12

Die Klägerin beantragt, die Urteile des Bayerischen Landessozialgerichts vom 16.5.2007 und des Sozialgerichts München vom 25.1.2005 und die Bescheide der Beklagten vom 5.6.2001, 26.7.2001 und 30.9.2002 in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 23.7.2002 und 8.1.2003 aufzuheben, soweit diese die Vergütung für Leistungen betreffen, die von besonderen Kostenträgern zu vergüten sind, und die Beklagte zu verurteilen, die Honoraranforderung der Klägerin bei den besonderen Kostenträgern entsprechend den Auszahlungspunktwerten für die Mitglieder der Regional- und Ersatzkassen zu vergüten.

13

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

14

Sie hält das angefochtene Urteil des LSG für zutreffend. Die Ersatzkassen zahlten an die KÄV eine Kopfpauschale je Versicherten und keinen bestimmten Punktwert für die Leistungen aus der pauschalierten Gesamtvergütung; die Gesamtvergütung werde auch nicht getrennt nach hausärztlichem und fachärztlichem Versorgungsbereich entrichtet. Zudem seien dem Gesetzeswortlaut weder Anhaltspunkte für einen "HVM-Punktwert" noch für die Berücksichtigung einer Aufteilung nach Fachgruppen zu entnehmen. Die Honorarverteilung sei in den streitgegenständlichen Quartalen alleinige Aufgabe der KÄV und keine Aufgabe der Krankenkassen gewesen; Honorarverteilungsregelungen des HVM seien daher außer Betracht zu lassen gewesen.

15

Der Gesetzgeber habe mit [§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) keinen bestimmten Betrag bzw keinen bestimmten Punktwert festgelegt. Im Sinne des Gesetzeswortlauts sei das pauschalierte Geldvolumen der Ersatzkassen pro EBM-Ä-Punkt ermittelt worden, dh die pauschalierte Vergütung der Ersatzkassen dividiert durch den Leistungsbedarf der Leistungen aus der pauschalierten Gesamtvergütung, die im Bereich dieser Krankenkassen abgerechnet worden seien. Dieser Punktwert sei im Ergebnis identisch mit dem sog rechnerischen Punktwert, den die Ersatzkassen im Durchschnitt für alle Leistungen der Arztgruppen aus der pauschalierten Gesamtvergütung zahlten.

16

Diese Honorarfestsetzung führe auch nicht zu einer unkalkulierbaren und unbestimmten Vergütung; die von der Klägerin angestrebten Auszahlungspunktwerte nach dem HVM seien ebenso "wenig" kalkulierbar wie der im Zuge der Punktwernermittlung sich ergebende "rechnerische" Punktwert. Im Übrigen spiegle ein Punktwertvergleich nicht die wahre Vergütungssituation wider, da sich die realen Auszahlungspunktwerte erst durch die verschiedenen Fachgruppentöpfe und Budgetierungsregelungen ergäben. Die Vergütung der Leistungen der besonderen Kostenträger unterläge jedoch keiner Budgetierung.

17

Entsprechendes gelte für den Vertrag über die ärztliche Versorgung von Zivildienstleistenden, § 18c Abs 4 Satz 1 BVG, § 37 Abs 3 bzw § 38 Abs 4 BSHG sowie für die SVA.

18

Die Beigeladenen haben sich nicht geäußert.

II

19

Die Revision der Klägerin - einer vertragsärztlichen Gemeinschaftspraxis (Berufsausübungsgemeinschaft) in Form einer BGB-Gesellschaft, die die Parteistellung der Gesellschafter eingenommen hat (hierzu s BSG [SozR 4-1500 § 86 Nr 2](#) RdNr 8 mit Nachweisen zur BGH-Rspr) - ist unbegründet.

20

Die Klägerin hat den Streitgegenstand zulässigerweise (hierzu s BSG [SozR 4-1500 § 92 Nr 2](#) RdNr 10, 13) und eindeutig auf die Höhe des vertragsärztlichen Honorars beschränkt, das für von besonderen Kostenträgern zu vergütende Leistungen zu zahlen ist.

21

Das LSG hat zutreffend entschieden, dass der von der Beklagten angewandte Berechnungsmodus nicht zu beanstanden ist. Dieser hält sich innerhalb des ihr bei der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung des gegenüber besonderen Kostenträgern anspruchsberechtigten Personenkreises zustehenden Gestaltungsspielraums und steht nicht im Widerspruch zu Bundesrecht. Ob die Beklagte möglicherweise berechtigt wäre, die Differenzierungen der Honorarverteilung - vor allem die unterschiedliche Vergütungshöhe bei hausärztlichen und fachärztlichen Leistungen - auf die Honorierung der von den sonstigen Kostenträgern zu vergütenden Leistungen zu übertragen, bedarf keiner Entscheidung.

22

Rechtsgrundlage für den von der Klägerin geltend gemachten Anspruch auf höheres vertragsärztliches Honorar ist, soweit es die Vergütung von Leistungen im Rahmen der freien Heilfürsorge betrifft, [§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#). Die Norm entspricht inhaltlich - mit Ausnahme der Inbezugnahme der Ersatzkassen an Stelle der Ortskrankenkassen - dem durch das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG)

vom 27.6.1977 ([BGBl I, S 1069](#)) eingefügten § 368n Abs 2 Satz 4 Reichsversicherungsordnung (RVO) aF.

23

Nach [§ 75 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) haben die KÄVen auch die ärztliche Versorgung von Personen sicherzustellen, die aufgrund dienstrechtlicher Vorschriften über die Gewährung von Heilfürsorge einen Anspruch auf unentgeltliche ärztliche Versorgung haben, soweit die Erfüllung dieses Anspruchs nicht auf andere Weise gewährleistet wird. Die ärztlichen Leistungen sind gemäß [§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) so zu vergüten, wie die Ersatzkassen die vertragsärztlichen Leistungen vergüten. Dieser Vorgabe hat die Beklagte dadurch in rechtlich zulässiger Weise Rechnung getragen, dass sie den Durchschnittspunktwert aus den von den Ersatzkassen gezahlten Gesamtvergütungen ermittelt und damit alle Leistungen der Klägerin gegenüber heilfürsorgeberechtigten Patienten vergütet hat.

24

Entgegen der Auffassung der Revision ist [§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) auslegungsfähig und auslegungsbedürftig, da sich der Norm nicht ohne Weiteres entnehmen lässt, nach welchen Maßstäben sich die Höhe der Vergütung, die den Vertragsärzten für die von ihnen im Rahmen des [§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) erbrachten Leistungen zu zahlen ist, bestimmt. Bezugspunkt für die Höhe der nach [§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) zu zahlenden Vergütung ist, "wie die Ersatzkassen die vertragsärztlichen Leistungen vergüten". Die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen durch die Ersatzkassen erfolgt jedoch nicht in der Form, dass diese ein bestimmtes Entgelt für einzelne ärztliche Leistungen entrichten; dies ist weder rechtlich noch rechnerisch der Fall.

25

Rechtlich betrachtet vergüten die Ersatzkassen überhaupt keine einzelnen ärztlichen Leistungen. Vielmehr entrichtet die Krankenkasse gemäß [§ 85 Abs 1 SGB V](#) (in der bis 31.12.2001 geltenden Fassung) bzw. [§ 85 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) (in der vom 1.1.2002 bis 31.12.2005 geltenden Fassung) für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder an die jeweilige KÄV mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung. Nach der gesetzlichen Definition ist die Gesamtvergütung das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden Leistungen ([§ 85 Abs 2 Satz 2 Halbsatz 1 SGB V](#) in der ab 1.1.1999 geltenden Fassung). Schon der Begriff Gesamtvergütung stellt klar, dass die Krankenkassen mit dieser Vergütung die Gesamtheit der von den KÄVen gemäß [§ 75 Abs 1 SGB V](#) sicherzustellenden vertragsärztlichen Versorgung abgelten (hierzu s BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 40](#) S 319, 323). Die Höhe der von den Vertragsärzten für die einzelne vertragsärztliche Leistung zu beanspruchende Vergütung ergibt sich hieraus nicht ohne Weiteres.

26

Der "Wert" einer vertragsärztlichen Leistung bestimmt sich zum einen nach den gemäß [§ 87 Abs 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V](#) im einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen festgelegten Punktzahlen als Ausdruck des wertmäßigen Verhältnisses der abrechnungsfähigen Leistungen zueinander, zum anderen durch Punktwerte, durch welche die abstrakte Bewertung nach Punktzahlen konkretisiert wird. Während einer der beiden Berechnungsfaktoren - die Punktzahl - aufgrund der im einheitlichen Bewertungsmaßstab getroffenen Bewertungen feststeht, wirken auf den anderen Berechnungsfaktor - den Punktwert - zwei Einflussfaktoren ein, nämlich zum einen die Höhe der Gesamtvergütung, zum anderen Verteilungsregelungen des HVM. Während das Gesamtvergütungsvolumen festlegt, welche Geldmenge überhaupt für die Vergütung einzelner ärztlicher Leistungen zur Verfügung steht, bestimmt die Honorarverteilung, welcher Anteil hiervon auf den einzelnen Vertragsarzt entfällt. Ob für die Vergütung der Leistungen im Rahmen der freien Heilfürsorge nur der erstgenannte Faktor oder beide Faktoren zu berücksichtigen sind, lässt sich [§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) nicht unmittelbar entnehmen.

27

Dieser Umstand ist nicht zuletzt durch die Rechtsentwicklung bedingt. Bis zur Neufassung des [§ 85 Abs 2 SGB V](#) durch das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG) mit Wirkung ab dem 1.1.1999 (Art 26 Abs 2 GKV-SolG) war unter der Vereinbarung der Höhe der Gesamtvergütung nicht die betragsmäßige Festlegung einer Gesamtsumme zu verstehen. Die Bestimmung der Höhe erfolgte vielmehr abstrakt-konkret: zum einen bedurfte es der Festlegung, nach welchem (abstrakten) Modus - in Form einer, ggf modifizierten, Einzelleistungsvergütung oder in pauschalierter Form - die Gesamtvergütung berechnet werden sollte, und zum anderen der Vereinbarung konkreter Werte für die jeweiligen Berechnungsfaktoren; je nach festgelegter Vergütungsform war ein konkreter Punktwert (bei der Einzelleistungsvergütung), ein bestimmter Festbetrag oder ein Pauschalwert (bei Kopf- und Fallpauschalen) festzusetzen (Engelhard in: Hauck/Noftz, SGB V, K § 85 RdNr 47).

28

Bei Inkrafttreten der weitgehend gleichlautenden Vorläufernorm (§ 368n Abs 2 Satz 4 RVO) ergaben sich aus der Zahlung einer Gesamtvergütung keine Probleme, da diese bei den seinerzeit in Bezug genommenen Ortskrankenkassen - mit wenigen Ausnahmen - nach Einzelleistungen errechnet wurden (Heinemann/Liebold, Kassenarztrecht, [§ 85 SGB V](#) RdNr C 85-19, Stand 1.10.1991), sodass der Wert der einzelnen vertragsärztlichen Leistungen seinerzeit ohne Weiteres bestimmt werden konnte. Auch nach dem Übergang von der (vorherrschenden) Einzelleistungsvergütung zur (überwiegenden) Vergütung nach Kopfpauschalen im Zuge der Reform des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM 1987, ebenso BMÄ 87 und E-GO 87) im Jahre 1987 blieb der Wert der Einzelleistungen weiterhin bestimmbar, da die Kopfpauschalen auf der Grundlage der bis dahin gezahlten Summe aller Einzelleistungsvergütungen einer Krankenkasse kalkuliert wurden (s hierzu BSG [SozR 4-2500 § 266 Nr 3](#) RdNr 9). Probleme ergaben sich erst daraus, dass in der Folgezeit - als Reaktion auf die durch das Gesundheitsstrukturgesetz bestimmte, ab dem 1.1.1993 geltende Budgetierung (vgl § 85 Abs 3a Satz 1) - die Punktwerte durch Honorarverteilungsregelungen, insbesondere in Form von fachgruppenbezogenen Teilbudgets bzw Honorarkontingenten sowie von Individualbudgets, modifiziert wurden und hierdurch ihren - zumindest rechnerischen - Bezug zur Gesamtvergütung verloren.

29

Welche Methode zur Berechnung des Punktwertes für die Leistungen gegenüber heilfürsorgeberechtigten Patienten [§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#)

auf dem Hintergrund dieser Rechtsentwicklung im streitgegenständlichen Zeitraum vorschreibt oder zulässt, muss deshalb durch Auslegung dieser Norm ermittelt werden. Diese ergibt, dass der von der Beklagten beschrittene Weg der rechnerischen Ermittlung eines einheitlichen Durchschnittspunktwertes für alle Ersatzkassen und der Vergütung aller Leistungen mit diesem Punktwert zulässig ist.

30

Zum einen liegt es, da die Ersatzkassen pauschal eine Gesamtheit von Leistungen vergüten, nahe, den für die Vergütung der einzelnen Leistung maßgeblichen Punktwert ebenso pauschal durch Division des Gesamtbetrages der Vergütung durch die Gesamtheit der Leistungen (in Punktzahlen) zu ermitteln. Zum anderen stellt die Norm nicht darauf ab, wie die ärztlichen Leistungen als solche zu vergüten sind, sondern darauf, wie die Ersatzkassen diese vergüten. Damit verweist schon der Wortlaut allein auf das für die Ersatzkassen maßgebliche Recht sowie auf die Rechtsbeziehungen zwischen den Ersatzkassen und der KÄV und nicht auf den davon zu unterscheidenden Rechtskreis der Honorarverteilung zwischen der KÄV und den Vertragsärzten. Hierfür spricht auch ein Vergleich mit der in [§ 120 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) getroffenen Regelung über die Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen, welche durch ihre Formulierung "nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen" auf das für Vertragsärzte geltende Recht Bezug nimmt und damit unzweifelhaft Regelungen der Honorarverteilung einbezieht.

31

Dies bestätigen auch systematische Erwägungen. Der von der Klägerin begehrten Berücksichtigung der Auszahlungspunktwerte steht entgegen, dass in diese Berechnungsfaktoren einfließen, welche die Ersatzkassen - jedenfalls nach dem hier noch maßgeblichen Recht - rechtlich nicht tangieren und allenfalls mittelbar in Bezug zu der von den Ersatzkassen gewährten Vergütung stehen.

32

In der vertragsärztlichen Versorgung ist zu unterscheiden zwischen der Vergütung, welche die Krankenkassen an die KÄV für die durch diese sicherzustellende vertragsärztliche Versorgung leisten, und der Verteilung dieser Vergütung an die an dieser Versorgung teilnehmenden Ärzte. Bei der Berechnung und Zahlung der Gesamtvergütungen auf der einen und der Verteilung der Gesamtvergütungen auf der anderen Seite handelt es sich um zwei eigenständige, formal getrennte Rechtskreise (hierzu s [BSGE 31, 23](#), 28 = SozR Nr 13 zu § 368f RVO, BI A a 19; [BSGE 61, 19](#), 25 = [SozR 2200 § 368f Nr 11](#) S 34; Hess in Kasseler Kommentar, [§ 85 SGB V](#) RdNr 3). Der Anspruch auf Zahlung der Gesamtvergütungen gegen die Krankenkassen steht - wie die Formulierung "mit befreiender Wirkung" in § 85 Abs 1 (Satz 1) SGB V klarstellt - ausschließlich der jeweiligen KÄV, nicht den einzelnen Vertragsärzten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen zu; deren Anspruch auf Teilhabe an der Gesamtvergütung, also auf Verteilung derselben, richtet sich entsprechend ausschließlich gegen die jeweils zuständige KÄV (vgl BSG SozR Nr 31 zu [§ 75 SGG](#), BI D a 11). Selbst bei einer nach Einzelleistungen berechneten Gesamtvergütung sind die von den Mitgliedern einer KÄV erbrachten Leistungen nur unselbstständige Rechnungsposten innerhalb des der KÄV zustehenden Anspruchs auf die Gesamtvergütung (s BSG SozR Nr 31 zu [§ 75 SGG](#), BI D a 11).

33

Jedenfalls nach dem bis zum 31.12.2003 maßgeblichen und daher hier zugrunde zu legenden Recht ([§ 85 Abs 4 Satz 2 SGB V](#) aF) beschränkte sich die Verpflichtung der Ersatzkassen auf die Zahlung der Gesamtvergütungen. Bei der sich daran anschließenden Verteilung der Gesamtvergütungen handelte es sich - von der Herstellung des Benehmens über den von der KÄV als Satzung (hierzu s BSG [SozR 3-2200 § 368f Nr 3](#) S 4; [BSGE 81, 86](#), 102 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 18](#) S 98; [SozR 3-2500 § 85 Nr 45](#) S 377; [SozR 3-2500 § 85 Nr 47](#) S 394; BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 17](#) RdNr 9 ff, 13 ff; BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 28](#) RdNr 12) zu beschließenden HVM abgesehen - um eine rein innerärztliche Angelegenheit. Da [§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) auf die von den Ersatzkassen zu zahlende Vergütung Bezug nimmt, spricht auch dies dafür, bei der fiktiven Bestimmung des Punktwertes Regelungen der Honorarverteilung außer Betracht zu lassen. Insbesondere gilt dies für Mechanismen, die - wie etwa Individualbudgets oder arztgruppenbezogene Honorartöpfe - von den jeweiligen Normgebern, bis zum 31.12.2003 also den KÄVen, innerhalb der ihnen zustehenden Gestaltungsfreiheit (s hierzu BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 34](#) S 263, 269; BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 17](#) RdNr 9, 13, 22; s schon [BSGE 22, 218](#), 224 = SozR Nr 4 zu § 368f RVO, BI A a 5, 6) entwickelt worden sind.

34

Nichts anderes gilt im Ergebnis auch hinsichtlich der gesetzlichen Vorgaben für die Honorarverteilung (ebenso Hesral in jurisPK-SGB V, § 75 RdNr 73). Nach [§ 85 Abs 4 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V](#) in der ab dem 1.1.2000 geltenden Fassung (vgl Art 22 Abs 5 des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000, [BGBl I 1999, S 2626](#), 2655) sind die Gesamtvergütungen für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung getrennt zu verteilen. Gemäß [§ 85 Abs 4a Satz 1 Halbsatz 1 SGB V](#) hat der Bewertungsausschuss zudem Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen, insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung zu bestimmen. Nach dem Wortlaut der Normen wie auch ihrer systematischen Stellung beschränkt sich deren Wirkung auf den Bereich der Honorarverteilung. Im Verhältnis zu den Krankenkassen haben sie keine Auswirkungen dergestalt, dass bereits die nach § 85 Abs 1 (Satz 1) SGB V zu entrichtende Gesamtvergütung in zwei getrennte Anteile - einen hausärztlichen und einen fachärztlichen - zu unterteilen wäre. [§ 85 Abs 4 Satz 1 Halbsatz 2 und Abs 4a Satz 1 SGB V](#) ändern nichts daran, dass jede Krankenkasse weiterhin eine Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung entrichtet. Auch der erkennende Senat hat in seinem Urteil vom 29.8.2007 ([B 6 KA 36/06 R](#), [SozR 4-2500 § 85 Nr 39](#) RdNr 14) ausgeführt, dass die KÄV die Aufteilung der Gesamtvergütung, die für die gesamte vertragsärztliche Versorgung mit befreiender Wirkung entrichtet wird und nicht nach Versorgungsbereichen differenziert ist, in ein hausärztliches und in ein fachärztliches Honorarkontingent auf der Grundlage ihres HVM vornehme. Wenn im Übrigen [§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) im Sinne der Klägerin so verstanden werden müsste, dass der Vertragsarzt in jedem Behandlungsfall zu Lasten eines besonderen Kostenträgers so zu stellen sei, als wäre der Patient Mitglied einer Ersatzkasse, müssten auch alle weiteren die Vergütung von Leistungen im Ersatzkassenbereich betreffenden Regelungen, insbesondere alle Maßnahmen zur Honorar- und Mengenbegrenzung zur Anwendung kommen. Dies ist jedoch - bislang unstrittig - nicht der Fall.

35

Der Vergütung der im Rahmen der Heilfürsorge erbrachten Leistungen mit einem rechnerisch ermittelten durchschnittlichen Punktwert steht auch nicht der Zweck der Regelung bzw deren Entstehungsgeschichte entgegen. In der Gesetzesbegründung zu § 368n Abs 2 Satz 4 RVO (RegE-KVKG, [BT-Drucks 8/166 S 29](#)) heißt es lediglich, die Ergänzung erweitere den Auftrag der KÄVen auf die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von Heilfürsorgeberechtigten und die dort genannten weiteren Untersuchungen und sehe dafür eine Vergütungsregelung vor. Dahinter stand das Interesse der zur Vergütung verpflichteten Bundesrepublik Deutschland, sich durch die Ankoppelung an die RVO-Regelungen die Mühen eigener Vertragsverhandlungen mit den Risiken vertragsloser Zustände zu ersparen und zudem eine Kostenentlastung gegenüber der bislang zugrunde gelegten amtlichen Gebührenordnung zu erzielen (Heinemann/Liebold aaO, [§ 75 SGB V RdNr C 75-27](#); s auch BSG [SozR 3-2500 § 75 Nr 11](#) S 50 sowie [BVerfGE 62, 354, 372](#) = [SozR 2200 § 368n Nr 25 S 72](#)). In der Gesetzesbegründung zu [§ 75 Abs 3 SGB V](#) (FraktE-GRG, [BT-Drucks 11/2237 S 192](#) zu § 83 Abs 3 des Entwurfs) wird ausgeführt, die Vergütung der ärztlichen Versorgung von Heilfürsorgeberechtigten und für bestimmte ärztliche Untersuchungen, die von öffentlich-rechtlichen Kostenträgern veranlasst würden, werde neu geregelt. Das bislang in § 368n Abs 2 Satz 4 RVO festgelegte Verfahren habe sich als nicht sachgerecht erwiesen. In der Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates ([BT-Drucks 11/2493 S 62](#)) heißt es, an der Inbezugnahme der Ersatzkassenvergütung - statt der vom Bundesrat vorgeschlagenen Beibehaltung der Ortskrankenkassenvergütung - werde festgehalten, da eine bundeseinheitliche Regelung für die Vergütung der freien Heilfürsorge insbesondere für den Bund als Dienstherrn unverzichtbar sei. Ergänzend wird im Ausschussbericht ([BT-Drucks 11/3480 S 58](#)) dargelegt, dass durch die Umstellung der Vergütung auf die der vertragsärztlichen Leistungen der Ersatzkassen eine angemessene Honorierung der ärztlichen Leistungen sichergestellt werde.

36

Anhaltspunkte, die für oder gegen eine Berücksichtigung von Honorarverteilungsregelungen sprechen, lassen sich den Materialien somit nicht entnehmen. Einer Berechnung der Vergütung nach Durchschnittswerten steht weder die ursprünglich beabsichtigte Kostendämpfung noch der Wunsch nach einem bundeseinheitlichen Vergütungssystem als dem entscheidenden Motiv für den Wechsel von der zuvor maßgeblichen Ausrichtung an den Sätzen der Ortskrankenkassen (s hierzu BSG [SozR 3-2500 § 75 Nr 9](#) S 38 und [SozR 3-2500 § 75 Nr 3](#) S 11 f) entgegen. Auch dem Gesichtspunkt einer angemessenen Vergütung wird hierdurch ausreichend Rechnung getragen.

37

Aus dem Umstand, dass der Gesetzgeber trotz wiederholter Änderungen des [§ 75 SGB V](#) keine Veranlassung gesehen hat, [§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) entsprechend anzupassen, obwohl zwischenzeitlich von den KÄVen als Reaktion auf die innerärztlichen Verteilungsprobleme, die durch die Budgetierung der Gesamtvergütungen (mit) bedingt waren, differenzierte Honorarverteilungsmechanismen entwickelt wurden, kann die Klägerin nichts zur Stützung ihrer Rechtsauffassung herleiten. Keineswegs kann damit belegt werden, dass der Gesetzgeber deswegen keinen Änderungsbedarf gesehen hat, weil er die Norm als eindeutig im Sinne der von der Revision vertretenen Auslegung angesehen hat. Mindestens ebenso viel spricht dafür, dass er davon ausgegangen ist, die Vergütung im Sinne des [§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) lasse sich ungeachtet des Wegfalls der ursprünglich zugrunde gelegten Einzelleistungsvergütung weiterhin anhand einer fiktiven Ermittlung einer Einzelleistungsvergütung im Sinne der von der Beklagten gewählten Verfahrensweise ermitteln.

38

Für diese Annahme spricht, dass der Gesetzgeber an anderer Stelle - in [§ 116b Abs 5 SGB V](#) - ausdrücklich die Zugrundelegung des Auszahlungspunktwerts vorgeschrieben hat. Nach [§ 116b Abs 5 Satz 2 SGB V](#) hat die Vergütung der nach Absatz 2 der Norm erbrachten ambulanten Krankenhausleistungen der Vergütung vergleichbarer vertragsärztlicher Leistungen zu entsprechen; die Vergütung der in den Jahren 2007 und 2008 erbrachten ambulanten Leistungen erfolgt dabei gemäß Satz 3 nach Maßgabe eines durchschnittlichen Punktwerts, welcher gemäß Satz 4 aus den kassenartenbezogenen Auszahlungspunktwerten berechnet wird. Schließlich hat der Gesetzgeber selbst die mit der Einführung einer Euro-Gebührenordnung und der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (vgl [§§ 87a f SGB V](#)) verbundenen gravierenden Veränderungen des vertragsärztlichen Vergütungssystems nicht zum Anlass genommen, [§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) entsprechend anzupassen.

39

Zu Unrecht geht die Revision davon aus, der Senat habe [§ 75 Abs 3 SGB V](#) bislang im Sinne ihrer Auffassung verstanden. Die im Urteil vom 17.11.1999 ([SozR 3-2500 § 75 Nr 11](#) S 45, 50) getroffene Feststellung, dass [§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) eine bestimmte Vergütungshöhe für verbindlich erklärt, bezog sich zum einen auf die Sach- und Rechtslage im Quartal IV/89, also auf einen Zeitraum, in dem eine Modifizierung des Punktwerts durch Honorarverteilungsregelungen noch die Ausnahme war. Zum anderen hat der Senat diese Aussage im Zusammenhang mit der von der Vorinstanz angezeifelten Eignung der Norm als Anspruchsgrundlage getroffen (aaO, S 50); eine Feststellung der Art, dass sich die Vergütungshöhe unmittelbar aus [§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) entnehmen lasse, enthält sie nicht.

40

Auch im Übrigen lassen sich der bisherigen Rechtsprechung des Senats keine einer Berechnung der nach [§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) maßgeblichen Vergütung nach Durchschnittspunktwerten entgegenstehenden Aussagen entnehmen. Soweit der Senat im Urteil vom 14.5.1997 ([SozR 3-2500 § 75 Nr 9](#) S 38 f) ausgeführt hat, es sei in diesem Zusammenhang ohne Bedeutung, dass nach der Einführung der Budgetierung ([§ 85 Abs 3a SGB V](#)) und der Regelung von Honorarminderungen für den Fall von Punktmengenüberschreitungen ([§ 85 Abs 4b bis 4f SGB V](#)) nicht mehr alle Vergütungsbestimmungen des Ersatzkassenbereichs im Rahmen der Vergütung zahnärztlicher Leistungen gegenüber heilfürsorgeberechtigten Personen Anwendung finden könnten (aaO S 39), ist die Aussage - abgesehen davon, dass dem Urteil eine andere Sachlage mit vereinbarten Punktwerten (aaO S 38) zugrunde lag - allenfalls dahingehend zu verstehen, dass zuvor alle gesetzlichen Vergütungsbestimmungen Geltung besaßen; eine Verpflichtung zur Berücksichtigung (auch) des - seinerzeit - autonomen Satzungsrechts der KÄV kann der Entscheidung nicht entnommen werden.

41

Nichts anderes gilt für die Ausführungen des Senats in seinem bereits erwähnten Urteil vom 17.11.1999 ([aaO](#), S 50 f). Wenn es dort heißt, der Gesetzgeber habe den K(Z)ÄVen die Aufgabe übertragen, die Versorgung dieses Personenkreises durch ihre Mitglieder in ähnlicher Weise sicherzustellen, wie dies bei den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung der Fall sei, und dass diese Anlehnung an den allgemeinen Sicherstellungsauftrag für den Regelfall bedeute, dass die Versorgungsstrukturen entsprechend dem System des Vertragsarztrechts nach den §§ 72 ff SGB V verliefen, so ist auch dieses Zitat im Zusammenhang zu lesen. Im Streit stand allein die Frage, ob die K(Z)ÄV aus § 75 Abs 3 Satz 2 SGB V heraus verpflichtet ist, an Heilfürsorgeberechtigte erbrachte ärztliche Leistungen gegenüber dem Kostenträger unentgeltlich abzurechnen. Allein hierauf bezieht sich der Hinweis auf die maßgeblichen Versorgungsstrukturen des Vertragsarztrechts.

42

Soweit die Klägerin weiterhin darauf verweist, dass die vom LSG für zutreffend gehaltene Interpretation der Norm zu einer für die besonderen Kostenträger als Leistungsverpflichtete unkalkulierbaren und unbestimmten Vergütung führen würde, ist ihr entgegenzuhalten, dass der sich nach Anwendung der HVM-Regelungen ergebende Auszahlungspunktwert (mindestens) ebenso wenig kalkulierbar ist. Gerade die angesichts floatender Punktwerte fehlende Kalkulierbarkeit des vertragsärztlichen Honorars war Anlass für die Aufnahme von Honorarbegrenzungsregelungen in die HVM (vgl hierzu sowie zum Gesichtspunkt der Kalkulationssicherheit etwa [BSGE 92, 10](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 5](#), jeweils RdNr 6, 10).

43

Nicht gefolgt werden kann der Klägerin schließlich, wenn sie geltend macht, die Bewertung durch Bildung eines durchschnittlichen Punktwertes fördere die Gefahr einer Ungleichbehandlung des heilfürsorgeberechtigten Patienten. Zunächst ist es sachlich unzutreffend, dass die Zugrundelegung eines durchschnittlichen Punktwerts pauschal zu Lasten der Leistungserbringer geht. Die Summe der von besonderen Kostenträgern an die Gesamtheit der in einer KÄV zusammengeschlossenen Vertragsärzte insgesamt gezahlten Vergütungen bleibt unabhängig davon, ob diese nach Auszahlungspunktwerten oder Durchschnittssätzen berechnet werden, über alle Arztgruppen betrachtet (ungefähr) gleich. Denn eine Privilegierung hausärztlicher Leistungen durch entsprechende Honorarverteilungsregelungen führt innerärztlich dazu, dass die Leistungen der übrigen Arztgruppen mit geringeren Punktwerten vergütet werden, als dies unter Zugrundelegung eines durchschnittlichen Punktwerts der Fall wäre. Die Zugrundelegung eines Durchschnittswerts erweist sich somit für den einen Teil der Ärzteschaft als Vorteil, für den anderen als Nachteil, gleicht sich jedoch insgesamt in etwa aus.

44

Soweit die Revision unterschwellig anklingen lässt, dass die aus ihrer Sicht zu geringe Höhe der für die Behandlung Heilfürsorgeberechtigter gezahlten Vergütungen eine Ungleichbehandlung dieses Personenkreises gegenüber gesetzlich oder gar privat krankenversicherten Personen nach sich ziehen könnte, ist dies rechtlich unbeachtlich. Der Senat hat im Übrigen bereits entschieden, dass eine als unzureichend angesehene Vergütung nicht dazu berechtigt, einem Versicherten gesetzlich vorgesehene Leistungen nur außerhalb des Systems der vertragsärztlichen Versorgung zukommen zu lassen oder gänzlich zu verweigern (s hierzu Urteile vom 14.3.2001, [BSGE 88, 20](#), 29 f = [SozR 3-2500 § 75 Nr 12](#) S 76; [SozR 3-2500 § 81 Nr 7](#) S 27 ff und [MedR 2002, 47](#) = USK 2001-126). Das gilt auch im Hinblick auf Personen, deren Behandlung die KÄV aufgrund besonderer gesetzlicher Regelungen durch ihre Mitglieder sicherzustellen hat.

45

Das vorstehende Auslegungsergebnis gilt entsprechend für die Vergütung, die für die Behandlung von Zivildienstleistenden zu zahlen ist, da § 6 Abs 1 des Vertrages über die ärztliche Versorgung von Zivildienstleistenden (vom 28.2.1989 - DÄ 1989, B-566 f in der Fassung der Änderung vom 9.11.2001, DÄ 2001, A-3319) hinsichtlich der Vergütung auf § 75 Abs 3 Satz 2 SGB V Bezug nimmt. Danach werden die ärztlichen Leistungen gemäß § 75 Abs 3 Satz 2 SGB V so vergütet, wie die Mitgliedskassen des VdAK die vertragsärztlichen Leistungen nach der E-GO und den ergänzenden Vereinbarungen (gemeint sind gemäß der Fußnote Vereinbarungen über die Durchführung von Schutzimpfungen, über die Behandlung von Krebskranken und die ambulante Dialysebehandlung) vergüten.

46

Nichts anderes gilt für die nach dem (früheren) BSHG zu vergütenden Leistungen; auch hier besteht kein Anspruch auf eine Vergütung unter Zugrundelegung des Auszahlungspunktwerts.

47

Nach § 37 Abs 3 Satz 1 BSHG (in der vom 1.1.1994 bis 30.6.2001 geltenden Fassung) bzw nach § 38 Abs 4 Satz 2 BSHG (in der vom 1.7.2001 bis 31.12.2003 geltenden, um Psychotherapeuten im Sinne des § 28 Abs 3 Satz 1 SGB V erweiterten Fassung) haben Ärzte und Zahnärzte (und Psychotherapeuten) für ihre Leistungen Anspruch auf die Vergütung, welche die Ortskrankenkasse, in deren Bereich der Arzt oder der Zahnarzt (bzw der Psychotherapeut) niedergelassen ist, für ihre Mitglieder zahlt. Auch diese Normen bedürfen der Auslegung, da ihnen unmittelbar nicht zu entnehmen ist, wie die von der Krankenkasse für ihre Mitglieder gezahlte Vergütung in Relation zu den einzelnen ärztlichen Leistungen zu setzen ist. Mit der Inbezugnahme der für die Mitglieder gezahlten Vergütung vollzieht die Norm erkennbar den Umstand nach, dass die Krankenkassen keine einzelnen Leistungen, sondern - wie bereits dargelegt - allein eine Leistungsgesamtheit vergüten. Bei der von der Ortskrankenkasse für die Mitglieder zu zahlenden Vergütung handelt es sich um die Gesamtvergütung, die gemäß § 85 Abs 1 (Satz 1) SGB V von ihr an die jeweilige KÄV für die gesamte vertragsärztliche Versorgung ihrer Mitglieder entrichtet wird.

48

Bereits der Wortlaut der Norm, welcher nicht auf die für die ärztliche Leistung, sondern allein auf die von der (Orts-)Krankenkasse zu zahlende Vergütung abstellt, steht der Annahme entgegen, dass hier der nach Anwendung von Honorarverteilungsregelungen gebildete Auszahlungspunktwert Berücksichtigung zu finden hat. Maßgeblich ist vielmehr allein das für die Ortskrankenkassen maßgebliche Recht.

Gestützt wird dies durch systematische Erwägungen, nämlich die bereits dargestellte Trennung der Rechtskreise. Wie und nach welchen Kriterien die KÄV die "für die Mitglieder gezahlte" Vergütung verteilt, war - jedenfalls nach dem bis zum 31.12.2003 geltenden und hier noch maßgeblichen Rechtszustand - eine rein innerärztliche Angelegenheit und ohne Auswirkung auf die von den Ortskrankenkassen zu zahlende Vergütung.

49

Letztlich nichts anderes kann gelten, soweit es um nach dem BVG zu vergütende Leistungen geht. Nach § 18c Abs 4 Satz 1 BVG haben Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und andere der Heil- und Krankenbehandlung dienende Personen sowie Krankenanstalten und Einrichtungen, auch wenn die Heil- und Krankenbehandlung nur aufgrund dieses Gesetzes gewährt werden, nur auf die für Mitglieder der Krankenkasse zu zahlende Vergütung Anspruch. Zuständige Krankenkasse ist gemäß § 18c Abs 2 Satz 1 BVG bei Berechtigten, die Mitglieder einer Krankenkasse sind (sowie deren Familienangehörige) diese Krankenkasse, im Übrigen die Allgemeine Ortskrankenkasse des Wohnorts. Auch diese Norm erweist sich als auslegungsbedürftig, da unklar ist, nach welchen Maßstäben aus der für Mitglieder der Krankenkasse zu zahlenden Vergütung die Höhe der für die einzelne ärztliche Leistung zu zahlenden Vergütung zu ermitteln ist.

50

Zwar stellt der Wortlaut des § 18c Abs 4 Satz 1 BVG - anders als [§ 75 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) und § 37 Abs 3 Satz 1 bzw § 38 Abs 4 Satz 2 BSHG - nicht ausdrücklich darauf ab, von wem die für die Mitglieder der Krankenkasse zu zahlende Vergütung zu gewähren ist, doch ergibt sich aus dem Sachzusammenhang, dass damit nur die jeweils zuständige Krankenkasse gemeint sein kann; der Wortlaut der Norm lässt sich ohne Weiteres um die Worte "von dieser" ergänzen. Somit gelten auch hier die vorstehend dargestellten Erwägungen. Einer Zugrundelegung des Durchschnittspunktwertes steht auch der Zweck der Regelung, welcher, wie sich aus dem Wort "nur" ergibt, darin besteht, den Ansatz höherer privatärztlicher Vergütungen zu unterbinden (vgl auch Fehl, SGB 1980, 469, 471 f), jedenfalls nicht entgegen.

51

Schließlich hat die Klägerin auch hinsichtlich der ärztlichen Leistungen, die aufgrund von Bestimmungen in SVA erbracht worden sind, keinen Anspruch auf eine Vergütung unter Berücksichtigung des Auszahlungspunktwertes. Dies ergibt sich aus dem - weitgehend gleichlautenden - Wortlaut der einschlägigen Regelungen. So bestimmt beispielsweise Art 16 Abs 4 des Abkommens zwischen der Bundesrepublik Deutschland (BRD) und der Republik Tschechien über Soziale Sicherheit vom 27.7.2001 (BGBl II 2002, S 1128), dass Personen und Einrichtungen, die mit den in Absatz 1 genannten Trägern (den von den Anspruchsberechtigten zu wählenden Krankenkassen am Aufenthaltsort) Verträge über die Erbringung von Sachleistungen für die bei diesen Trägern Versicherten und deren Angehörige abgeschlossen haben, verpflichtet sind, Sachleistungen auch für die vom persönlichen Geltungsbereich des Abkommens (Art 3) erfassten Personen zu erbringen, und zwar unter denselben Bedingungen, als ob diese Personen bei den Trägern des Aufenthaltsorts (Abs 1) versichert oder Angehörige solcher Versicherter wären und als ob die Verträge sich auch auf diese Personen erstreckten.

52

Auch diese Bestimmungen sind auslegungsbedürftig und auslegungsfähig, da sie primär die leistungsrechtliche Gleichstellung der ausländischen Sachleistungsberechtigten mit inländischen Versicherten zum Gegenstand haben und die Frage der Vergütung erbrachter Leistungen nicht gesondert regeln. Vielmehr nehmen die Vorschriften insoweit Bezug auf die zwischen den Leistungsträgern - den gewählten Krankenkassen - und den Leistungserbringern geschlossenen Verträge ("und als ob die Verträge sich auch auf diese Personen erstreckten"). Zu diesen Verträgen gehören insbesondere die Gesamtverträge nach [§ 83 SGB V](#), in denen gemäß [§ 85 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) auch die Höhe der Gesamtvergütung zu regeln ist, nicht aber - jedenfalls bis Ende 2003 - Regelungen zur Honorarverteilung.

53

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) iVm [§§ 154 Abs 2, 162 Abs 3](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Die unterlegene Klägerin hat die Kosten des Rechtsstreits - mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen, welche sich weder im Verfahren beteiligt noch Anträge gestellt haben (vgl [BSGE 96, 257](#) = [SozR 4-1300 § 63 Nr 3](#), jeweils RdNr 16) - zu tragen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2009-04-16