

L 7 KA 36/01 -25

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
7

1. Instanz
SG Potsdam (BRB)
Aktenzeichen
S 1 KA 330/99

Datum
18.07.2001
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 36/01 -25

Datum
22.11.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 18. Juli 2001 wird zurückgewiesen. Die Klägerin hat der Beklagten deren notwendige außergerichtliche Kosten für den gesamten Rechtsstreit zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt höheres Honorar für das Quartal III/1997.

Die Klägerin ist eine im Beitrittsgebiet bestehende ärztlich geleitete Gesundheitseinrichtung, die gemäß [§ 311 Abs. 2](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) kraft Gesetzes zur Leistungserbringung im vertragsärztlichen Bereich zugelassen ist. Im hier streitbefangenen Quartal erbrachte sie Leistungen durch insgesamt fünf zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte, zwei fachärztliche Internisten, einen Orthopäden, einen Kinderarzt und einen Hautarzt.

Die Beklagte bewilligte der Klägerin für das hier streitbefangene Quartal ein Honorar in Höhe von 283.164,52 DM für insgesamt 3857 Behandlungsfälle (Honorarbescheid vom 28. Mai 1998) Dies entspricht einem Fallwert von 73,42 DM. Der durchschnittliche Fallwert aller niedergelassenen Ärzte in dem Zulassungsbereich der Beklagten betrug in diesem Quartal 71,23 DM. Bei durchschnittlich 765 Behandlungsfällen je Arzt betrug das durchschnittliche Honorar einer Einrichtung nach [§ 311 SGB V](#) in diesem Quartal je Arzt 59.337,00 DM. Niedergelassene Ärzte erzielten in dem Quartal III/1997 für durchschnittlich 1078 Behandlungsfälle ein durchschnittliches Honorar in Höhe von 76.794,00 DM. Der den Ermächtigungen nach [§ 311 SGB V](#) zuerkannte Punktwert belief sich in dem hier streitbefangenen Quartal im Primärkassenbereich sowohl für die praxisbudgetierten als auch für die nicht praxisbudgetierten Leistungen auf einheitlich 8,10 Deutsche Pfennige (DPf), im Ersatzkassenbereich betrug dieser Wert für die praxisbudgetierten Leistungen 7,49 DPf und für die nicht praxisbudgetierten Leistungen 5,70 DPf. Die entsprechenden durchschnittlichen Punktwerte aller niedergelassenen Ärzte im Zulassungsbereich der Beklagten betrugen in diesem Quartal im Primärkassenbereich für praxisbudgetierte Leistungen 7,67 DPf und für nicht praxisbudgetierte Leistungen 6,43 DPf. Im Ersatzkassenbereich belief sich dieser Wert für praxisbudgetierte Leistungen auf 8,07 DPf und für nicht praxisbudgetierte Leistungen auf 7,43 DPf.

Unter Zugrundelegung des zum 01. Juli 1997 wesentlich geänderten einheitlichen Bewertungsmaßstabes für Ärzte (EBM) begrenzte die Beklagte die von der Klägerin angeforderten Punktmengen unter Bildung eines so genannten Praxisbudgets. Von den von der Klägerin in diesem Budget angeforderten 3.147.544 Punkten erkannte die Beklagte lediglich 2.593.964 Punkte an. Im Bereich des der Klägerin zuerkannten Zusatzbudgets Physiotherapie, Psychosomatik und übende Verfahren erkannte die Beklagte die von der Klägerin angeforderten 7.600 Punkte an. In dem weiteren der Klägerin zuerkannten Zusatzbudget Allergologie forderte die Klägerin 85.600 Punkte an und erhielt auch diese in vollem Umfang zuerkannt. Insgesamt belief sich die Kürzung unter Zugrundelegung des EBM auf 14,66 %. Den nach der Anwendung der Regelungen des EBM anerkannten Leistungsbedarf kürzte die Beklagte nochmals um 12,10 % auf der Grundlage des § 8 ihres Honorarverteilungsmaßstabes (HVM).

Den Widerspruch der Klägerin gegen den Honorarbescheid vom 28. Mai 1998 wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 15. Oktober 1999 mit der Begründung zurück, die Regelungen des EBM seien auf der Grundlage des [§ 87 Abs. 1](#) und 2 i. V. m. [§ 81 Abs. 3 SGB V](#) für die Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich. Sie besäßen Rechtsnormcharakter. Der EBM sei auch zutreffend angewandt worden.

Mit ihrer zum Sozialgericht Potsdam erhobenen Klage hat die Klägerin vor allem geltend gemacht, dass sie als bestandsgeschützte Einrichtung nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) keiner Budgetierung unterworfen werden dürfe. Auch sei das Praxisbudget unzutreffend berechnet worden, weil die Budgetierung zu Unrecht an die Zahlenwerte für die ersten beiden Quartale des Jahres 1996 anknüpfe. Diese Zahlenwerte

habe das Bundessozialgericht (BSG) für rechtswidrig erachtet.

Mit Urteil vom 18. Juli 2001 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass die Bestimmungen des EBM über das Praxisbudget und die Zusatzbudgets auch auf Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) anzuwenden seien. Auch wenn der EBM diese Einrichtungen nicht ausdrücklich erwähne, würden die Leistungen durch Ärzte bestimmter Fachgruppen erbracht, an die angeknüpft werden könne. Das Praxisbudget sei richtig berechnet worden. Zudem sei die Kürzung des angeforderten Leistungsbedarfs auf der Grundlage des § 8 HVM der Beklagten rechtmäßig.

Gegen dieses ihr am 20. September 2001 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 15. Oktober 2001 Berufung zum Landessozialgericht eingelegt. Hierbei hat sie ursprünglich geltend gemacht, dass sie als Einrichtung nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) nicht oder jedenfalls nicht in der vorgenommenen Weise einer Praxisbudgetierung hätte unterworfen werden dürfen. Es sei auch unzulässig gewesen, Einrichtungen nach § 311 über ein gesondertes Honorarkontingent zu vergüten, weil dies zu einem unangemessen niedrigen Punktwert geführt habe. Sie sei als fachübergreifende hausärztliche Gemeinschaftspraxis einzustufen und hätte nicht aus einem viel zu kleinen Honorarkontingent vergütet werden dürfen, welches sich an den vertragsärztlichen Leistungen von Allgemeinmedizinern orientiere. Desgleichen sei auch im Rahmen der Praxisbudgetbemessung das Anknüpfen an die Fallzahlen von Allgemeinmedizinern nicht zulässig. Die Kürzung des angeforderten Leistungsbedarf nach § 8 HVM sei rechtswidrig.

Im Berufungsverfahren hat die Klägerin ihr Vorbringen geändert. Sie macht jetzt nicht mehr geltend, sie habe der Budgetierung nicht unterworfen werden dürfen bzw. die Berechnung des Praxisbudgets sei fehlerhaft erfolgt. Ebenso wenig macht sie sonstige Verstöße gegen den EBM oder den HVM geltend. Jedoch rügt sie nunmehr, dass die rechnerische Ausgestaltung des Honorarkontingents durch den HVM der Beklagten fehlerhaft erfolgt sei. Die Beklagte habe die hausärztliche Grundvergütung - anders als bei niedergelassenen Ärzten - nicht aus dem hierfür vorgesehenen gesonderten Honorarkontingent geleistet, obwohl sie dazu gemäß [§ 87 Abs. 2 a Satz 3 SGB V](#) verpflichtet gewesen sei. Zu beanstanden sei auch, dass Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) von der mit Wirkung zum 1. Juli 1994 im Rahmen der so genannten Laborreform eingeführten Modifikation der hausärztlichen Vergütung durch Einführung der hausärztlichen Grundvergütung nicht partizipiert hätten, obwohl auch diese in einem erheblichen Umfang an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen hätten. Die Beklagte habe zudem gegen § 4 Abs. 4 HVM verstoßen, indem sie nicht - wie dort vorgesehen - nur jeweils zum 01. Januar eines jeden Jahres, sondern wesentlich häufiger den für die Berechnung des Honorarkontingents maßgeblichen Verteilerschlüssel ermittelt und ihn darüber hinaus auch rechtswidrig abgesenkt habe. So sei der Schlüssel zum 01. Januar 1996 auf 6,18 % für die Primärkassen und auf 4,42 % für die Ersatzkassen für Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) festgesetzt worden. Zum 01. Oktober 1996 sei dieser Verteilungsschlüssel auf 5,10 % für die Primärkassen und auf 3,67 % für die Ersatzkassen und zum 01. Januar 1997 auf 3,88 % für die Primärkassen und auf 2,97 % für die Ersatzkassen abgesenkt worden, obwohl sich an dem Zahlenverhältnis zwischen Ärzten in Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) einerseits und niedergelassenen Ärzten andererseits nichts wesentlich geändert habe. Darüber hinaus sei auch die starre Anknüpfung an die Veränderungen der Arztzahlen rechtlich fehlerhaft und in Widerspruch zur höchstrichterlichen Rechtsprechung erfolgt. Insoweit liege eine Verletzung subjektiv-öffentlicher Rechte vor. Zudem müsse bei der Prüfung, ob die Klägerin unter Beachtung des Gebotes der Honorarverteilungsgerechtigkeit vergütet worden sei, die Regelung des § 21 Abs. 1 Satz 7 des Bundesmantelvertrages-Ärzte (§ 25 Abs. 1 Satz 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen [EKV-Ä]) berücksichtigt werden. Danach gälten alle Leistungen, die in einer Einrichtung nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) bei einem Versicherten in einem Quartal erbracht würden, als ein Behandlungsfall, auch wenn der Versicherte von Ärzten verschiedener Fachrichtungen behandelt werde (sog. Interne Überweisung). Bei niedergelassenen Ärzten entstehe hingegen im Falle der Überweisung jeweils ein Behandlungsfall für jeden fähig gewordenen Arzt. Der interne Überweisungsanteil der Klägerin betrage nach eigenen Ermittlungen 35 %. Ihre Fallzahlen und auch ihr Fallwert müssten deshalb neu berechnet werden. Danach ergäben sich für das hier streitige Quartal eine korrigierte Fallzahl von 5.206,95 und ein korrigierter Fallwert von 54,38 DM. Schließlich sei zu beachten, dass nach den Allgemeinen Bestimmungen des EBM Gesprächsleistungen, die innerhalb eines Behandlungstages erbracht würden, nur einmal abgerechnet werden könnten. Durch diesen Ausschluss würden die gesamten tatsächlich von ihr erbrachten Leistungen nicht hinreichend berücksichtigt. Dies habe einen Einfluss auf den Fallwert und ihre Honorierung.

Die Klägerin beantragt,

dass Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 18. Juli 2001 aufzuheben und die Beklagte unter Änderung ihres Honorarbescheides vom 28. Mai 1999 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 15. Oktober 1999 zu verpflichten, sie über ihren Honoraranspruch für das Quartal III/1997 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden,

hilfsweise,

die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Sowohl die Einbeziehung der Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) in das Praxisbudget als auch die Anknüpfung an die Werte des Jahres 1996 sei zutreffend und rechtmäßig. Es sei auch nicht zu beanstanden, dass die Vergütung der Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) durch ein gesondertes Honorarkontingent erfolgt sei. Dies habe dem Schutz dieser Leistungserbringer vor den Leistungsausdehnungen in anderen Leistungsbereichen gedient, indem der Anteil an der Gesamtvergütung auf der Grundlage des Jahres 1995 unter Berücksichtigung der Veränderungen der Gesamtvergütung fortgeschrieben und worden sei. Hierdurch habe erreicht werden können, dass die erzielten Fallwerte in den Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) anders als die Fallwerte der niedergelassenen Ärzte relativ konstant geblieben seien. Unter Bezugnahme auf die Entwicklung der Fallzahl, des Fallwertes, des Punktwertes und des Gesamthonorars macht die Beklagte geltend, ein Punktwertvergleich von Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) mit den Durchschnittspunktwerten falle günstig für die vorgenannten Einrichtungen aus. Desgleichen hätten diese Einrichtungen an einer positiven Einkommensentwicklung teilgenommen.

Auch sei die Zahlung der hausärztlichen Gesamtvergütung aus dem Honorarfonds für Einrichtungen der streitbefangenen Art schon

deswegen sachgerecht, weil die hausärztliche Grundvergütung bereits im Jahre 1996 in Form einer Erhöhung dieses Honorarfonds berücksichtigt worden und dieser Honorarfonds entsprechend fortgeschrieben worden sei. Die Anpassung des Honorarfonds unter Berücksichtigung der Entwicklung der Arztzahlen stehe nicht im Widerspruch zur Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, weil zahlreiche Ärzte, die zuvor bei einer Einrichtung nach [§ 311 Absatz 2 SGB V](#) beschäftigt gewesen seien, sich in den Jahren nach 1993/1994 niedergelassen und im Rahmen ihrer neuen vertragsärztlichen Zulassung "ihre" Patienten weiterbetreut hätten. Hierdurch sei zugleich die Zahl der Behandlungsfälle in den Einrichtungen der hier streitbefangenen Art deutlich zurückgegangen.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen, den weiteren Inhalt der Gerichtsakte sowie die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen, welche im Termin zur mündlichen Verhandlung vorgelegen haben und Gegenstand der Entscheidung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Zu Recht hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen, denn der Klägerin steht für das Quartal III/1997 kein Anspruch auf erneute Bescheidung ihrer vertragsärztlichen Honoraransprüche zu. Die Beklagte hat ihren HVM vom 14. Mai 1997 zutreffend angewandt. Der HVM verstößt nicht gegen höherrangiges Recht.

1. Die Beklagte hat zu Recht der Beklagten die von ihr erbrachten Leistungen der hausärztlichen Grundvergütung aus dem Honorarkontingent für Leistungen der Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) vergütet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Vergütung dieser Leistungen aus dem Honorarkontingent für die Leistungen der hausärztlichen Grundvergütung. Nach [§ 4 Abs. 3 Nr. 1 HVM](#) werden verschiedene zentrale Honorarfonds gebildet. Unter anderem werden nach Ziffer 1 b) ein Honorarfonds für Leistungen der hausärztlichen Grundvergütung und nach Ziffer 1 d) ein Honorarfonds für Leistungen der Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) gebildet. Die Funktion des Honorarfonds nach Ziffer 1 b) besteht darin, den niedergelassenen Ärzten die hausärztliche Grundvergütung aus einem zentralen Honorarfonds zu gewähren. Demgegenüber ist jedoch die Vorschrift der Ziffer 1 d) spezieller. Nach dieser Vorschrift werden sämtliche Leistungen der Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) aus einem einzigen, einheitlichen Honorarfonds vergütet. Hierin unterscheidet sich die Vergütung der Einrichtungen dieser Art von der Vergütung der niedergelassenen Ärzte, deren Vergütung einerseits aus Fachgruppenhonorarfonds und andererseits aus zentralen Honorarfonds erfolgte. Es entsprach von vornherein dem Sinn und Zweck des HVM, sämtliche Vergütungsarten für die Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) in einen einzigen zentralen Honorarfonds einzustellen und aus diesem auch sämtliche Vergütungen für die Einrichtungen der vorgenannten Art vorzunehmen.

Dies wird auch dadurch deutlich, dass die Vergütung der Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) von vornherein nicht einem bestimmten Fachgruppenhonorarfonds zugewiesen ist, sondern dass die Leistungen für Einrichtungen dieser Art unabhängig von der Art ihrer fachlichen Zuordnung ausschließlich aus einem gesonderten zentralen Honorarfonds vergütet werden. Durch [§ 5 Absatz 5 Satz 4 HVM](#) ist sichergestellt, dass die hausärztliche Grundvergütung auch für Einrichtungen nach [§ 311 Absatz 2 SGB V](#) mit demselben Punktwert wie für niedergelassene Vertragsärzte, die hausärztliche Leistungen erbringen, nämlich 9,00 DPf je Punkt, vergütet werden ([§ 5 Absatz 5 Satz 4](#) in Verbindung mit [§ 5 Absatz 3 HVM](#)). Hierin liegt auch nicht etwa ein Verstoß gegen Bundesrecht. Insbesondere enthielt [§ 87 Absatz 2 a Satz 3 SGB V](#) der damaligen Fassung keine Vorgabe, die hausärztliche Grundvergütung stets aus einem eigens hierfür eingerichteten gesonderten Honorarkontingent vorzunehmen.

2. Darüber hinaus hat die Beklagte ihren HVM auch hinsichtlich der weiteren Anpassung des Fonds für Leistungen der Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) zutreffend angewandt. Maßgebend hierfür ist die Vorschrift des [§ 4 Abs. 4 HVM](#). Nach dieser Vorschrift werden die Höhe der Anteile der speziellen Fachgruppenhonorarfonds zueinander und der Anteil des Honorarfonds für Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) auf der Basis des Jahres 1995 nach einem gesondert festgelegten Verteilerschlüssel festgeschrieben. Dieser Verteilerschlüssel wird jeweils zum 01. Januar eines jeden Jahres unter Berücksichtigung der Entwicklung der Zahl der Beteiligten in den speziellen Fachgruppenhonorarfonds angepasst. Die Anpassung erfolgt durch Vorstandsbeschluss. Es ist nicht erkennbar, dass die Beklagte hierbei fehlerhaft vorgegangen ist. Zunächst ist die vorgenannte Arztzahlveränderungsregelung des [§ 4 Abs. 4 HVM](#) dahin auszulegen, dass nicht jede Änderung der Arztzahl in einer Facharztgruppe automatisch zu einer Erhöhung oder Verminderung des ihr zugeordneten Honorarvolumens und zugleich zur Verringerung bzw. Erhöhung der den anderen Arztgruppen zugeordneten Honorarvolumina führen würde. Eine solche Auslegung wird bereits durch den Wortlaut der Vorschrift nahe gelegt, die eben keine starre Anknüpfung der Honorarentwicklung an die Arztzahlveränderung vornimmt, sondern lediglich vorgibt, dass die Veränderung der Arztzahlen "zu berücksichtigen" ist. Darüber hinaus würde eine solche starre Anknüpfung der Veränderung von Honorarvolumina an die Arztzahlen Bundesrecht verletzen (BSG, Beschluss vom 22. Juni 2005, [B 6 KA 68/04 B](#)). Denn weitere Zulassungen von Ärzten einer bestimmten Fachgruppe oder der Rückgang von Ärzten anderer Fachgruppen bzw. in Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) allein könnten eine Erhöhung oder eine Verringerung des Honorarvolumens für eine Fachgruppe bzw. für Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) nicht rechtfertigen. Zur Rechtfertigung bedürfte es stets vielmehr weiterer Gründe, so zum Beispiel, dass zugleich eine medizinisch gerechtfertigte Änderung des Leistungsgeschehens vorliegt, etwa durch Veränderungen der Zusammensetzung des Patientenstamms, der Zahl der Patienten und Behandlungsfälle oder durch eine sonstige bedarfsbedingte Expansion oder Reduktion der ärztlichen Leistungen (BSG a. a. O.).

Der Vorstand der Beklagten hat in seiner Anpassung der Honorarfonds bis hin zum hier streitbefangenen Quartal indessen aber auch keine starre Anknüpfung an die Entwicklung der Arztzahlen vorgenommen. Vielmehr hat er die Entwicklung der Arztzahlen lediglich bei seiner Entscheidung berücksichtigt und dabei zugleich insbesondere der Veränderung der Fallzahlen und der Veränderung der Fallwerte der Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) Rechnung getragen und die Änderung des Leistungsgeschehens insgesamt der Veränderung der Größe des Honorarfonds zu Grunde gelegt.

Dies wird durch die von der Beklagten vorgelegten Statistiken belegt. So ist die Zahl der abrechnenden Ärzte in Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) von 173 im Quartal I/1996 bis zum Quartal IV/1999 auf 151 und damit um 12,72 % abgesunken, bezogen auf die Gesamtzahl der niedergelassenen Ärzte von 5,6 % auf 4,8 %. Die Fallzahlen der abrechnenden Ärzte in Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) sind vom Quartal I/1994 bis zum Quartal IV/1999 wesentlich langsamer gestiegen als die durchschnittlichen Fallzahlen aller niedergelassenen Ärzte im Bezirk der Beklagten. So ist zwar im Zeitraum vom Quartal I/1995 bis zum Quartal IV/1999 die Zahl der abgerechneten Fälle in Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) von 800 auf 819 angestiegen, mit 765 Fällen im hier maßgeblichen Quartal III/1997. Dem steht eine

durchschnittliche Fallzahlsteigerung bei den niedergelassenen Ärzten von 1.072 im Quartal I/1995 auf 1.160 im Quartal IV/1999 gegenüber, im Quartal III/1997 waren es 1.078 Fälle. Im Vergleich zu den Fallzahlen der niedergelassenen Ärzte sind die der abrechnenden Ärzte in Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) von 74,6 % im Quartal I/1995 (1.072:800) auf 70,6 % im Quartal IV/1999 (1.160:819) gefallen; im hier erheblichen Quartal III/1997 beträgt das Verhältnis 71,0 % (1.078:765). Dagegen sind die Fallwerte der abrechnenden Ärzte in Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) von 73,41 DM im Quartal I/1995 auf 76,89 DM im Quartal IV/1999 gestiegen, im Quartal III/1997 sogar auf 77,57 DM, während der Fallwert der niedergelassenen Ärzte im selben Zeitraum von 77,72 DM (Quartal I/1995) auf 71,36 DM im Quartal IV/1999 gesunken ist und im Quartal III/1997 71,23 DM betrug. Die Fallwerte der abrechnenden Ärzte in Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) sind damit im Verhältnis zu denen der niedergelassenen Ärzte von 94,5 % im Quartal I/1995 auf 107,7 % im Quartal IV/1999 gestiegen. Berücksichtigt man weiterhin, dass das Verhältnis der Anzahl der Behandlungsfälle der Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) zu denen der niedergelassenen Ärzte von 3,9 % im Quartal I/1996 auf 3,4 % im Quartal IV/1999, im Quartal III/1997 auf 3,7 %, gesunken ist, während das Verhältnis des Umsatzes der Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) aus vertragsärztlicher Tätigkeit zu dem der niedergelassenen Ärzte vom hier streitbefangenen Quartal III/1997 an bis zum Quartal IV/1999 nahezu gleich geblieben ist, nämlich lediglich von 4,1% auf 3,7% gesunken ist, ist eine fehlerhafte Anwendung des § 4 Abs. 4 des HVM der Beklagten bei der Anpassung des Honorarfonds für Leistungen der Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) nicht zu erkennen. Das Sinken der Arztzahlen bei nahezu gleich bleibenden Fallzahlen spricht für die Richtigkeit der Auffassung der Beklagten, dass in nicht unerheblichem Umfang Ärztinnen und Ärzte aus Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) nach 1995 diese Einrichtungen verlassen, sich als Vertragsärztinnen und Vertragsärzte niedergelassen und dabei einen Teil des Patientenstammes aus den Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) in ihre eigene Praxis mitgenommen haben. Deshalb begegnet es auch keinen Bedenken, dass die Entwicklung der zentralen Honorarfonds für Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) von der Beklagten parallel zur Entwicklung der Arztzahlen entwickelt worden ist. Ausschlaggebend hierfür war im Ergebnis aber nicht die bloße zahlenmäßige Veränderung in der Ärzteschaft, sondern vielmehr der durch die Patientenverschiebungen begründete geänderte Versorgungsbedarf, der allerdings zahlenmäßig in etwa auch der Entwicklung in der Ärzteschaft entsprach. Dass das in den Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) je Arzt erzielte Einkommen zwischen dem Quartal I/1995 und dem Quartal IV/99 nur zwischen 70,4% bzw. 76,1 % des Einkommens der niedergelassenen Ärzte erreichte (Quartal III/1997: 77,3 %), dürfte seine Ursache in den bereits dargestellten niedrigen Fallzahlen der Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) haben und somit Ausdruck der stärkeren Nachfrage der Behandlung durch niedergelassene Ärzte durch die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherungen sein. Eine bessere Ausstattung des Honorarfonds der Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) wäre damit nicht zu rechtfertigen, weil die Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) ihre Fallwerte und ihren Umsatz Ende der 90' er Jahre im Verhältnis zu den niedergelassenen Ärzten überproportional steigern konnten.

3. Im Übrigen war die vom Vorstand der Beklagten vorgenommene Verringerung des zentralen Honorarfonds nach § 4 Abs. 3 Ziffer 1. d) unter Berücksichtigung der Entwicklungen der Arztzahlen auch deswegen geboten, weil ansonsten ein Verstoß gegen das verfassungsrechtlich in [Artikel 3 Abs. 1](#) Grundgesetz abgesicherte Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit im Hinblick auf die anderen Fachgruppen bzw. die niedergelassenen Ärzte vorgelegen hätte. Gerade weil - durch die Abwanderung von Patientinnen und Patienten in Folge auch von Abwanderungen der Ärztinnen und Ärzte aus den Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) - sich das Patientenaufkommen verringerte, wäre es sachlich nicht zu rechtfertigen gewesen, den Honorarfonds in unveränderter Höhe zu belassen. Dies hätte zu einer ungerechtfertigten Steigerung des Punktwertes geführt, nach dem die Leistungen der Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) vergütet worden wären.

Dies zeigt ein Vergleich der Punktwerte, wie er sich im hier streitbefangenen Quartal III/1997 darstellt. In diesem Quartal betragen die Punktwerte für Leistungen der Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) bei den Primärkassen sowohl für budgetierte als auch für nicht budgetierte Leistungen 8,10 DPF und bei den Ersatzkassen für praxisbudgetierte Leistungen 7,49 DPF, im Übrigen 5,70 DPF. Die durchschnittlichen Punktwerte aller niedergelassenen Ärzte in dem Zulassungsbezirk der Beklagten betragen bei den Primärkassen für praxisbudgetierte Leistungen 7,67 DPF, für nicht praxisbudgetierte Leistungen 6,43 DPF und bei den Ersatzkassen für praxisbudgetierte Leistungen 8,07 DPF und für nicht praxisbudgetierte Leistungen 7,43 DPF. Somit waren die Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) bei den zahlenmäßig bedeutsameren Primärkassen besser gestellt als die Vergleichsgruppe, während es sich bei den Ersatzkassen umgekehrt verhielt; der gewichtete Mischpunktwert kann deshalb für beide Gruppen kein ins Gewicht fallendes Missverhältnis erreicht haben. Ein vergleichbares Bild zeigt sich im Übrigen auch bei einem Vergleich der Punktwerte der Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) mit den fiktiven Punktwerten einer mit der Klägerin vergleichbaren Gemeinschaftspraxis, also mit einer Praxis mit der gleichen Anzahl von Ärzten derselben Facharzttrichtungen wie der der Klägerin, wobei eine im Einzelnen vorzunehmende Gewichtung der Leistungen nach Arztgruppen nicht möglich ist. Jedenfalls würde bei einer solchen Gemeinschaftspraxis der Punktwert im Primärkassenbereich für budgetierte Leistungen 7,55 DPF und für nicht budgetierte Leistungen 5,72 DPF betragen. Im Ersatzkassenbereich würde sich der Punktwert für budgetierte Leistungen auf 7,85 DPF und für nicht budgetierte Leistungen auf 6,74 DPF belaufen.

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse dieser Vergleiche ist jedenfalls das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht verletzt worden. Dies zeigt sich auch bei einem allenfalls noch hilfswiese durchzuführenden Vergleich der Quartalshonorare, der Fallzahlen und Fallwerte zwischen einer Einrichtung wie der Klägerin auf der einen Seite und den entsprechenden Durchschnittswerten eines in dem Zulassungsbezirk der Beklagten niedergelassenen Arztes auf der anderen Seite. So erzielte die Klägerin im hier streitbefangenen Quartal unter Einsatz zweier fachärztlicher Internisten, jeweils eines Orthopäden, eines Kinderarztes und eines Hautarztes ein Einkommen in Höhe von 283.164,52 DM, also umgerechnet ein Honorar je Arzt in Höhe von 56.632,90 DM. Dies entspricht 73,75 % des Honorars eines im Zulassungsbezirk der Beklagten niedergelassenen Arztes in diesem Quartal. Denn dessen Honorar betrug im Durchschnitt in diesem Quartal 76.794,00 DM. Ein niedergelassener Arzt rechnete im Durchschnitt in diesem Quartal 1078 Behandlungsfälle ab, während die Klägerin im selben Quartal 771 Behandlungsfälle je Arzt, also lediglich 71,52 % der Behandlungsfälle eines niedergelassenen Arztes, in Ansatz brachte. Diese Zahlen belegen, dass die Klägerin trotz gegenüber der Vergleichsgruppe der niedergelassenen Ärzte niedrigerer Fallzahlen ein höheres Honorar erzielt hat als diese Vergleichsgruppe. Dementsprechend ist der durchschnittliche Fallwert der Klägerin mit 73,42 DM höher als der entsprechende Fallwert aller in dem Zulassungsbezirk der Beklagten niedergelassenen Ärzte, der 71,23 DM betrug. Vor diesem Hintergrund ist ein Verstoß gegen das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht gegeben.

Soweit die Klägerin in diesem Zusammenhang meint, dass ihr Fallwert mit 73,42 DM wegen der Regelung des § 21 Abs.1 Satz 7 BMV-Ä (§25 Abs.1 Satz 7 EKV-Ä) fehlerhaft berechnet worden sei, weil ihre Fallzahlen aufgrund eines internen Überweisungsanteils von 35 % entsprechend hochgerechnet werden müssten, der Fallwert sich dann auf 54,38 DM mindern und sich zeigen würde, dass sie unter Verstoß gegen das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit vergütet worden sei, folgt dem der Senat nicht. Denn Sinn und Zweck der genannten

Regelung des BMV-Ä, nach der alle Leistungen, die bei einem Versicherten pro Quartal in Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) erbracht werden, als ein Behandlungsfall gelten, ist es, eine Vermehrung der Fallzahlen durch eine Organisationsform der vertragsärztlichen Versorgung auszuschließen. Bei den bundesmantelvertraglichen Vereinbarungen handelt es sich zudem um untergesetzliche Normenverträge mit normativer Wirkung für auch am jeweiligen Vertrag selbst nicht Beteiligte (vgl. Engelmann, NZS 2000, 1 ff. und 76 ff.), die Honorarverteilungsregelungen hergeben.

4. Schließlich kann sich die Klägerin auch nicht mit Erfolg darauf berufen, dass der zentrale Honorarfonds nach § 4 Abs. 3 Ziffer 1 d) HVM für Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) jedenfalls deswegen zu niedrig bemessen gewesen sei, weil diese Einrichtungen bei der mit Wirkung zum 1. Juli 1994 vollzogenen "Laborreform" nicht von der "Modifikation der hausärztlichen Vergütung durch die Einführung der hausärztlichen Grundvergütung" partizipiert hätten, sie bestimmte Leistungen nach dem EBM lediglich einmal hätte abrechnen dürfen, obwohl die entsprechenden Leistungen tatsächlich mehrmals erbracht worden seien und- im Laufe der Anpassung des Honorarfonds seit dem Jahre 1996 in Vollzug verschiedener Änderungen des Vergütungssystems - dieser Honorarfonds insgesamt nicht in der notwendigen Weise angepasst worden sei. Diese Argumente können jedenfalls deswegen nicht zum Erfolg führen, weil die Klägerin hierdurch keine Rechtsverletzung darlegen kann. Der HVM ist eine autonome Satzung der Beklagten. Selbst dann, wenn sie - was vorliegend nicht zu erkennen ist - im Laufe ihrer Entstehungsgeschichte ein Reglungsdefizit aufgewiesen haben sollte, so könnte dieses nur dann mit Erfolg gerügt werden, wenn es zu einer Rechtsverletzung geführt hätte (so BSG, Urteil vom 22. Juni 2005, [B 6 KA 80/03 R](#), [SozR 4-2500 § 87 Nr. 10](#)). An einer solchen Rechtsverletzung fehlt es vorliegend aber schon deswegen, weil - wie ausgeführt - die Klägerin in ihrem Grundrecht aus [Artikel 3 Abs. 1](#) Grundgesetz in Verbindung mit dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht verletzt ist.

5. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden Fassung.

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1](#) und 2 SGG liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2007-01-30