

B 6 KA 5/04 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

6
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 1 KA 1561/01
Datum
29.10.2003
2. Instanz
-

Aktenzeichen
-
Datum
-

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 5/04 R
Datum
22.06.2005
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Eine Verpflichtung im Honorarverteilungsmaßstab den einzelnen Arztgruppen getrennte Honorarkontingente zuzuordnen besteht nicht. Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 29. Oktober 2003 wird zurückgewiesen. Der Kläger hat der Beklagten deren außergerichtliche Kosten auch für das Revisionsverfahren zu erstatten.

Gründe:

I

Im Rahmen einer Klage auf höheres Honorar ist streitig, ob bei der Honorarverteilung alle Fachärzte einem gemeinsamen Honorartopf zugeordnet werden durften.

Der Kläger war als Arzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO-Arzt) im Bezirk der früheren Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) Südwürttemberg, die zum 1. Januar 2005 in der beklagten KÄV aufgegangen ist, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er begehrt höheres Honorar für das Quartal III/2000.

Die KÄV Südwürttemberg hatte ihren Honorarverteilungsmaßstab (HVM) mit Wirkung zum 1. Januar 2000 entsprechend den gesetzlichen Vorgaben für eine Verteilung der Gesamtvergütungen getrennt nach dem haus- und dem fachärztlichen Bereich umgestaltet. An die Stelle der bisherigen gesonderten Honorarkontingente für diejenigen Fachgruppen, die von der Budgetierung ihrer Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) betroffen waren, traten zwei Vergütungstöffe, einer für die Haus- und der andere für die Fachärzte (§ 6 Abschnitt 5 HVM). Mit Inkrafttreten der Neuregelung sanken die Punktwerte für die Leistungen der HNO-Ärzte. Die Gesamthonorare je Quartal stiegen im Durchschnitt der Ärzte insgesamt, sanken aber im Durchschnitt der HNO-Ärzte.

Die KÄV Südwürttemberg setzte das Honorar des Klägers mit dem hier angefochtenen Bescheid für das Quartal III/2000 auf 73.084,98 DM fest. Damit waren die Honorare der Fachärzte vom Quartal III/1999 zum Quartal III/2000 durchschnittlich um ca 10 % gesunken, diejenigen der HNO-Ärzte um ca 15 % und diejenigen des Klägers um ca 20 %.

Das vom Kläger nach erfolglosem Widerspruch angerufene Sozialgericht (SG) hat seine Klage abgewiesen (Urteil vom 29. Oktober 2003). In dem Urteil ist ausgeführt, die Umsetzung der Vorgaben des [§ 85 Abs 4](#) und 4a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in dem HVM sei nicht zu beanstanden. Das gelte auch insoweit, als die getrennte Honorarverteilung für den haus- und den fachärztlichen Bereich zu unterschiedlichen Punktwerten und damit unterschiedlich hohen Vergütungen für gleiche Leistungen führe. Anhaltspunkte für nicht mehr zu rechtfertigende Benachteiligungen einzelner Arztgruppen innerhalb des haus- oder innerhalb des fachärztlichen Bereichs lägen nicht vor. Die im HVM zum 1. Januar 2000 geregelte Zusammenfassung aller Facharztgruppen in einem Honorartopf sei rechtmäßig. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) stehe die Bildung von Honorartöpfen im Normsetzungsermessen der KÄV. Sie könne insbesondere zu dem Zweck erfolgen, dass die Obergrenzen für Erhöhungen der Gesamtvergütungen sich in den verschiedenen Arztgruppen bzw Leistungsbereichen möglichst gleichmäßig auswirken und nicht einzelne Arztgruppen ihre Anteile an den Gesamtvergütungen durch Mengenausweitungen zu Lasten anderer vergrößern könnten. Eine Verpflichtung, zwischen allen nicht miteinander homogenen Gruppen zu differenzieren und getrennte Honorartöpfe zu bilden, bestehe nicht. Facharztgruppen, die nach dem EBM-Ä budgetiert seien, könnten zusammen mit solchen, die nicht budgetiert seien, einem Honorartopf zugeordnet werden. Vorliegend bestehe kein konkreter Anhalt dafür, dass die nicht budgetierten Arztgruppen ihre Leistungen unangemessen zu Lasten der anderen Arztgruppen ausgeweitet hätten, sodass der HVM dem hätte entgegenwirken müssen. Die seit 2000 eingetretenen Honorarrückgänge, die

die Fachärzte im Verhältnis zu den Hausärzten und die HNO-Ärzte im Verhältnis zu anderen Facharztgruppen getroffen hätten, reichten für die Annahme einer Pflicht zu differenzierenden Regelungen im HVM nicht aus. Es habe keine Notwendigkeit bestanden, die für HNO-Ärzte bis Ende 1999 besonders günstigen Honorarregelungen insgesamt oder wenigstens übergangsweise fortzusetzen.

Der Kläger macht mit seiner (Sprung-)Revision geltend, entgegen der Auffassung des SG sei die Zusammenfassung aller Fachärzte in nur einem Honorartopf rechtswidrig. Arztgruppen, deren Honoraranforderung budgetiert bzw nicht budgetiert seien, wiesen so große strukturelle Unterschiede auf, dass ihre Honorarkontingente getrennt werden müssten. Bei den budgetierten Arztgruppen werde das Honorar des Arztes, der mehr Leistungen bzw Punkte erbringe, als sein Budget ihm zugestehe, der Höhe nach begrenzt, sodass die auf die einzelne Leistung entfallende Vergütung entsprechend der größeren Zahl erbrachter Leistungen sinke. Diesem Arzt würden also anders als dem nicht vom Budget erfassten Arzt die Leistungen nicht vollständig vergütet. Die Budgets, die bei den budgetierten Arztgruppen jeweils die für ihr Behandlungsspektrum typischen Leistungen beträfen, umfassten bei den HNO-Ärzten einen besonders großen Anteil ihres Leistungsvolumens; nur bestimmte operative Leistungen des Kapitels L EBM-Ä seien von der Budgetierung ausgenommen. Den Ärzten nicht budgetierter Arztgruppen würden dagegen alle Leistungen voll vergütet; jede Ausdehnung ihrer Leistungsmenge vermehre ihr Honorar. Im Falle eines einheitlichen Honorartopfes mit budgetierten Ärzten profitierten sie dann auch noch von den durch deren Budgetierung erhöhten Punktwerten. Die Last der Punktwertstabilisierung trügen allein die budgetierten Ärzte, die zudem durch die Zusammenfassung mit nicht budgetierten teilweise wieder konkurrenzlos werde. Das sei unvereinbar mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Das SG berücksichtige bei seiner Feststellung, bisher gebe es keine konkreten Anhaltspunkte für unangemessene Leistungsausweitungen nicht budgetierter Arztgruppen, nicht die Tatsache, dass bereits vor der Budgetierung ab 1. Juli 1997 sämtliche Arztgruppen ihr Leistungsvolumen ganz erheblich - um ca 30 % bis 40 % - ausgedehnt hätten. Diese Ausdehnung sei den nicht budgetierten Gruppen belassen worden, sodass sie auch unabhängig von späteren weiteren Mengenausweitungen jedenfalls insoweit von den durch Budgetierungen erhöhten Punktwerten profitierten. Den budgetierten Arztgruppen seien also zum einen die Punktmengen durch die Budgets gestützt worden, und zum anderen kämen ihnen die dadurch erhöhten Punktwerte nur zum Teil zugute. Infolgedessen hätten die HNO-Ärzte, die für das Quartal III/1999 noch 2,7 % der Gesamtvergütungen erhalten hätten, für das Quartal III/2000 nur noch 2,1 % erhalten; ihre Honorare seien um mehr als 16 % gesunken. Der Anteil für die nicht budgetierten "restlichen Fachgruppen" sei dagegen von ca 16 % auf über 17 % gestiegen mit der Folge von Honorarerhöhungen um 14 %. Schließlich könne dem SG auch insoweit nicht gefolgt werden, als es die Honorarregelungen bis 1999 als besonders günstig für die HNO-Ärzte bezeichne und in den Änderungen zum 1. Januar 2000 nur eine nachträgliche "Überkompensierung" mit einem umso stärkeren Honorarrückgang sehe. Zu Unrecht sei im Widerspruchsbescheid vom 15. Mai 2001 ausgeführt, den HNO-Ärzten seien "Honorarzuwächse im zweistelligen Bereich zugestanden" worden, für das Quartal III/1998 sei ihr Honorarkontingent auf Grund der Zunahme der Zahl abrechnender HNO-Ärzte um fünf Ärzte erhöht und zur Gewährleistung von Mindestpunktwerten sei ihnen weiteres Honorar zugeführt worden. Daraus ergebe sich aber keine schlüssige Rechtfertigung. Denn weder die Erhöhung des Honorartopfes entsprechend der erhöhten Ärztezahl noch die Zuführung von Finanzmitteln zur Erreichung der im HVM festgeschriebenen Mindestpunktwerte sei zu beanstanden. Die pauschale Annahme, die Praxisbudgets hätten zur Einkommensminderung führen sollen, sei ohnehin unzutreffend.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 29. Oktober 2003 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung ihres Honorarbescheides vom 19. Februar 2001 für das Quartal III/2000 - in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Mai 2001 - zu verpflichten, ihn - den Kläger - unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des SG für zutreffend. Im Gesetz sei über die Aufteilung in einen haus- und in einen fachärztlichen Versorgungsbereich hinaus keine weitere Aufgliederung innerhalb der Facharztgruppen vorgegeben. Die Rechtsprechung (Rspr) des BSG und des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) hätten schon früher Honorarverteilungen ohne Topfbildung gebilligt.

II

Die Revision des Klägers ist nicht begründet. Die von ihm erhobenen Beanstandungen gegen den Honorarbescheid für das Quartal III/2000 und gegen die diesem zu Grunde liegenden Regelungen des HVM greifen nicht durch. Die Bildung eines Honorartopfes unter Zusammenfassung aller Facharztgruppen ist nicht zu beanstanden.

Die Beklagte hatte in ihrem HVM bis 1999 jeder budgetierten Arztgruppe ein gesondertes Honorarkontingent (Fachgruppentopf) zugeordnet. Wegen der neuen gesetzlichen Vorgaben zum 1. Januar 2000, die eine Trennung von haus- und fachärztlicher Vergütung erforderten ([§ 85 Abs 4 Satz 1](#) iVm Abs 4a SGB V i d F des Art 1 Nr 36 Buchst d und e GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22. Dezember 1999, [BGBl I 2626](#)), gestaltete die Beklagte ihren HVM um. Abgesehen von Sonderregelungen für verschiedene Leistungen trat an die Stelle der bisherigen Fachgruppentöpfe eine Zweiteilung mit einem haus- und nur einem fachärztlichen Honorartopf (vgl im Einzelnen [§ 6 Abschnitt 5 HVM](#), mit Änderung zuletzt vom 22. März 2000, mit Inkrafttreten zum 1. Januar 2000). Sonstige Begrenzungen wie Fallzahlzuwachsbeschränkungen oder Individualbudgets enthielt der HVM nicht.

Mit Inkrafttreten der neuen Regelungen des HVM zum 1. Januar 2000 sanken die Punktwerte für die Leistungen der HNO-Ärzte von teilweise über 9 Pfennig in den entsprechenden Quartalen der Jahre 1997 bis 1999 auf Werte von ca 7,4 (Primärkassenbereich) bzw 7,5 Pfennig (Ersatzkassenbereich), die im Quartal III/2000 für die fachärztlichen Leistungen generell gezahlt wurden.

Der Kläger selbst erhielt für seine Leistungen im Quartal III/2000 insgesamt ein Honorar von ca 73.085 DM. Sein Gesamthonorar lag um ca 21 % unter dem des Vorjahresquartals III/1999, und sein Fallwert sank um ca 17 %. Der Rückgang in der Fachgruppe betrug ca 16 % beim Gesamthonorar und ca 19 % beim Fallwert.

Die zu Grunde liegenden Honorarverteilungsbestimmungen des HVM verstießen nicht gegen die Ermächtigungsgrundlage in [§ 85 Abs 4](#) iVm Abs 4a SGB V (in der hier anzuwendenden Fassung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000). Gemäß [§ 85 Abs 4 Satz 2 SGB V](#) wendet die KÄV bei der Verteilung der Gesamtvergütungen den im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten

Verteilungsmaßstab, den HVM, an. Der HVM ist eine in der Rechtsform einer Norm, nämlich einer Satzung, ergehende Maßnahme der Selbstverwaltung. Den KÄVen steht bei der Ausformung des HVM ein Gestaltungsspielraum zu (dazu zusammenfassend BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#) RdNr 30, 50 - auch zur Veröffentlichung in [BSGE 94, 50](#) vorgesehen). Diese Gestaltungsfreiheit ist eine Ausprägung des auch mit Rechtssetzungsakten der Exekutive typischerweise verbundenen normativen Ermessens. Es wird erst dann rechtswidrig ausgeübt, wenn die getroffene Entscheidung in Anbetracht des Zweckes der Ermächtigung schlechterdings unvertretbar oder unverhältnismäßig ist (vgl zB [BVerwGE 80, 355](#), 370, mwN; BVerwG Buchholz 451.45 [§ 113 HwO Nr 2](#)).

Zu beachten sind bei der Ausfüllung des Gestaltungsspielraums durch die KÄV, dass sich die Honorarverteilung an Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu orientieren hat ([§ 85 Abs 4 Satz 3 SGB V](#)). Der HVM soll des weiteren sicherstellen, dass die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden (aaO Satz 5), und eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes verhüten (aaO Satz 6). Der Gestaltungsspielraum des Satzungsgebers wird zudem durch den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit begrenzt, der aus [Art 12 Abs 1](#) iVm [Art 3 Abs 1 Grundgesetz \(GG\)](#) herzuleiten ist (zur ausreichenden Bestimmtheit des [§ 85 Abs 4 SGB V](#) und zur Konkretisierung durch [Art 12 Abs 1 GG](#) s BSG [SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#) RdNr 30 mit Hinweis auf BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 12](#) RdNr 10, mwN - auch zur Veröffentlichung in [BSGE 93, 258](#) vorgesehen). Die Honorarverteilungsregelungen müssen gewährleisten, dass in allen ärztlichen Bereichen ausreichender finanzieller Anreiz besteht, vertragsärztlich tätig zu werden. Jede Arztgruppe muss die Chance haben, eine den anderen Arztgruppen vergleichbare Vergütung zu erhalten. Dabei darf die KÄV im HVM Honorarbegrenzungen normieren, um so die in [§ 85 Abs 3 bis 3c](#) sowie in [§ 71 Abs 1](#) und 2 SGB V normierten Obergrenzen für Erhöhungen der Gesamtvergütungen auf die verschiedenen Arztgruppen bzw Leistungsbereiche "herunterzubrechen" (s hierzu BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 48](#) S 409; [SozR 4-2500 § 85 Nr 12](#) RdNr 17).

Weder das in [§ 85 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) angesprochene Gebot leistungsproportionaler Verteilung des Honorars noch der aus [Art 12 Abs 1](#) iVm [Art 3 Abs 1 GG](#) herzuleitende Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit bedeuten jedoch, dass gleiche Leistungen stets gleich vergütet werden müssten (vgl BSG [SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#) RdNr 50 f). Beide Prinzipien stellen vielmehr nur Grundsätze dar, von denen aus sachlichem Grund abgewichen werden darf. So hat der Senat in ständiger Rechtsprechung die Bildung von Honorarkontingenten für die einzelnen Arztgruppen als rechtmäßig angesehen. Als eine ausreichende sachliche Rechtfertigung für die Bildung von Honorartöpfen kommt insbesondere das Bestreben in Betracht, dass die in [§ 85 Abs 3 bis 3c](#) sowie in [§ 71 Abs 1](#) und 2 SGB V normierten Obergrenzen für Erhöhungen der Gesamtvergütungen sich in den verschiedenen Arztgruppen bzw Leistungsbereichen möglichst gleichmäßig auswirken und nicht die Anteile einzelner Arztgruppen an den Gesamtvergütungen verringert werden, weil andere Gruppen durch Mengenausweitungen ihre Anteile absichern oder sogar vergrößern. Dadurch werden die Punktwerte in den einzelnen Leistungsbereichen stabilisiert, sodass die Ärzte ihr zu erwartendes vertragsärztliches Honorar sicherer abschätzen können (BSG aaO mwN).

Die Zuordnung zu einem Honorartopf muss nicht an den im EBM-Ä normierten Unterschieden der Fachgruppen orientiert werden (vgl dazu sinngemäß BSG [SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#) RdNr 51 mit Hinweis auf [BSGE 86, 16](#), 26 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 23](#) S 125 f). Zwar ist die KÄV im Rahmen der ihr nach [§ 85 Abs 4 Satz 4 SGB V](#) obliegenden Honorarverteilung an höherrangiges Recht und damit auch an die Bestimmungen des EBM-Ä gebunden. Der HVM einer KÄV darf sich daher nicht in Widerspruch zu verbindlichen Vorgaben des EBM-Ä setzen. Doch liegt kein Verstoß gegen diese Bewertungsvorgaben im Falle solcher Honorartöpfe vor, sofern diese nicht auf eine Korrektur dieser Vorgaben gerichtet sind, sondern nur - an diese anknüpfend - aus Gründen der Honorarverteilung bestimmte Vorgaben für den sich ergebenden Auszahlungspunktwert machen (BSG aaO). Speziell zu den zum 1. Juli 1997 eingeführten Praxisbudgets des EBM-Ä (Beschlüsse des Bewertungsausschusses vom 19. November 1996 und 11. März 1997, Deutsches Ärzteblatt (DÄ) 1996, A-3364 ff; 1997, A-864 ff; - mit Geltung bis zum 30. Juni 2003, s Aufhebungsbeschluss vom 19. Dezember 2002, DÄ 2003, A-218) hat der Senat ausgeführt, dass die Nichteinbeziehung von Fachgruppen in die Praxisbudgets kein Verbot begründet, für diese Gruppen im HVM Honorartöpfe zu schaffen und/oder individuelle Budgetierungen vorzunehmen oder andere honorarbegrenzende Regelungen zu treffen (so ausdrücklich für die Radiologen BSG [SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#) RdNr 51, mwN). Zu den Praxisbudgets insgesamt hat der Senat ausgeführt, dass sie grundsätzlich nichts an der Berechtigung der KÄVen geändert haben, im HVM auch mengensteuernde Regelungen zu treffen, um so eine gerechte Honorarverteilung zu erreichen und zugleich ihrer gesetzlichen Verantwortung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gerecht zu werden (vgl hierzu [BSGE 86, 16](#), 26 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 23](#) S 125; BSG [SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#) RdNr 51).

Aus dieser Rspr ergibt sich, dass zwar wichtige Gründe für die Bildung fachgruppenbezogener Honorarkontingente sprechen können (so ausdrücklich zB BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 12](#) RdNr 17), jedoch budgetierte und nicht budgetierte Arztgruppen oder Leistungen nicht zwingend getrennten Honorartöpfen zugeordnet werden müssen. Auch der Gesetzgeber hat gesonderte Honorarkontingente mit Wirkung ab dem 1. Januar 2000 lediglich für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung vorgeschrieben ([§ 85 Abs 4 Satz 1](#) iVm Abs 4a SGB V idF des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000). Weitergehende Vorgaben für getrennte Honorartöpfe lassen sich weder dem Gesetz noch der bisherigen Rechtsprechung entnehmen. Ist mithin der Entscheidungsspielraum der KÄVen als Normgeber bei der Ausformung ihres HVM insoweit im Grundsatz nicht eingeschränkt, so ist nur zu prüfen, ob er möglicherweise auf Grund anderer rechtlicher oder tatsächlicher Gegebenheiten durch eine Rechtspflicht zur Schaffung getrennter Honorartöpfe eingeengt war. Eine derartige Reduzierung der Gestaltungsfreiheit des Normgebers auf Null kommt aber nur dann in Betracht, wenn jede andere Möglichkeit zur Umsetzung der Honorarverteilung schlechterdings unvertretbar oder unverhältnismäßig wäre (vgl [BVerwGE 80, 355](#), 370, mwN; BVerwG Buchholz 451.45 [§ 113 HwO Nr 2](#)). Davon kann hier nicht ausgegangen werden.

Anlass für die Neuregelung der Honorarverteilung durch die KÄV Südwürttemberg waren die gesetzlichen Vorgaben zur Gliederung der Leistungen des EBM-Ä in solche der hausärztlichen und solche der fachärztlichen Versorgung zum 1. Januar 2000 ([§ 87 Abs 2a](#) Sätze 4 und 5 SGB V idF des Art 1 Nr 37 Buchst a des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000). Gleichzeitig wurden die KÄVen verpflichtet, die Verteilungen der Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung vorzunehmen ([§ 85 Abs 4 Satz 1 SGB V](#) idF des Art 1 Nr 36 Buchst d des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000). Der Bewertungsausschuss hatte dabei die Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen nach [§ 85 Abs 4 SGB V](#), insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung, zu bestimmen ([§ 85 Abs 4a Satz 1 SGB V](#) idF des Art 1 Nr 36 Buchst e des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000; vgl Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000, DÄ 2000, S A-556). Dabei war bei der erstmaligen Bestimmung der Vergütungsanteile für die hausärztliche Versorgung grundsätzlich der auf die hausärztliche Versorgung entfallende Anteil des Gesamtpunktzahlvolumens des Jahres 1996 zu Grunde zu legen. Lag der auf die hausärztliche Versorgung entfallende Anteil des Punktzahlvolumens in den Jahren 1997 bis 1999 höher, so war von diesem höheren Anteil auszugehen ([§ 85 Abs 4a Satz 2 SGB V](#) idF des Art 1 Nr 36 Buchst e des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000). Damit bildete der höchste Vergütungsanteil für die hausärztliche Versorgung

in den Jahren 1996 bis 1999 die Grundlage für die Bestimmung des Vergütungsanteils der auf die hausärztliche Versorgung entfallenden Leistungen ab dem Jahr 2000.

Die vom Gesetz vorgesehene Stärkung des hausärztlichen Vergütungsanteils - beginnend mit dem Jahr 2000 - führte in Relation zu den bisherigen Vergütungsanteilen der fachärztlichen Versorgung in den Jahren 1996 bis 1999 notwendigerweise zu einer Verminderung des fachärztlichen Vergütungsanteils. Dies musste sich typischerweise bei allen fachärztlichen Fachgruppen bemerkbar machen. Punktwerte, die bis zum Jahr 1999 in den einzelnen Arztgruppen der fachärztlichen Versorgung gezahlt wurden, sind damit keine aussagekräftigen Vergleichsparameter mehr für die Vergütung fachärztlicher Leistungen ab dem Jahre 2000.

Vor dem Hintergrund der gesetzlich vorgeschriebenen Neugestaltung der Vergütung hausärztlicher und fachärztlicher Leistungen zum Jahr 2000 erweist es sich nicht als sachwidrig, wenn eine KÄV - wie hier die damalige KÄV Südwürttemberg - ihr bisheriges Honorarverteilungssystem nicht mehr fortschreibt, sondern es den geänderten Gegebenheiten anpasst. Sie war dabei nicht gehalten, neben der gesetzlich vorgesehenen Bildung eines hausärztlichen und eines fachärztlichen Honorartopfes im fachärztlichen Versorgungsbereich weitere Honorartöpfe für die einzelnen Facharztgruppen vorzusehen. Dies gilt auch für solche Facharztgruppen, die den Regelungen über die Praxisbudgets des EBM-Ä unterlagen.

Für eine Beschränkung der Gestaltungsfreiheit durch eine Rechtspflicht zur Schaffung fachgruppenbezogener Honorartöpfe reichen die Unterschiede zwischen den budgetierten und den nicht budgetierten Arztgruppen nicht aus. Die Leistungs- und Honorarbedingungen sind für budgetierte Arztgruppen einerseits und für nicht budgetierte andererseits zwar strukturell verschieden, wie sich aus Genese und Inhalt der Praxisbudgets ergibt. Eine Reduzierung der Gestaltungsfreiheit auf Null - mit der Folge einer Pflicht zur Bildung getrennter Honorartöpfe - könnte aber erst dann in Betracht gezogen werden, wenn konkrete Verwerfungen erheblichen Ausmaßes bei den Punktwerten und Honorareinnahmen zu erwarten und andere Lösungen wie die Schaffung von Individualbudgets oder von Fallwert- und/oder Fallzahlbegrenzungen erkennbar untauglich wären. Das ist nicht der Fall.

Zwar hat die zum 1. Juli 1997 im EBM-Ä geschaffene und zum 30. Juni 2003 außer Kraft getretene Budgetierung der Leistungsanforderungen durch Praxis- und Zusatzbudgets die davon erfassten Arztgruppen in besonderer Weise betroffen. Die den Praxis- bzw Zusatzbudgets unterliegenden Leistungen waren nur noch mit der dort vorgegebenen Punktmenge je Behandlungsfall abrechenbar. Durch die Begrenzung der abrechenbaren Punktzahlen wurde zugleich ein betragsmäßig höherer Punktwert erreicht, als er sich ohne die Begrenzung der abrechenbaren Leistungsmenge ergeben hätte. Das heißt, der Punktwert wurde stabilisiert. Die Punktmenge, die bei den budgetierten Leistungen über das Budget hinausgehend angefordert wurde, wurde rechnerisch nicht vergütet; dies war - rechtlich gesehen - kein Vergütungsausschluss für bestimmte Leistungen, sondern für jede einzelne Leistung verringerte sich das Honorar (s zB BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr 32](#) S 182). Die Kombination von Punktwertstabilisierung einerseits und dem Ergebnis, dass die Erbringung einer größeren Leistungs- und Punktmenge zu keinem höheren Honorar führen würde, andererseits, wirkte der Tendenz und dem Anreiz entgegen, das eigene Leistungsvolumen um höherer Honorare willen auszudehnen (zum sog Hamsterradeffekt s insbes [BSGE 86, 16](#), 21 f = [SozR 3-2500 § 87 Nr 23](#) S 120 f), und führte zugleich dazu, dass die Ärzte die Höhe der zu erwartenden vertragsärztlichen Einnahmen sicherer abschätzen können (dazu zuletzt BSG [SozR 4-2500 § 87 Nr 1](#) RdNr 19 mwN).

Werden dem Honorartopf, der budgetierte Arztgruppen erfasst, auch nicht budgetierte Arztgruppen zugeordnet, so partizipieren auch diese von den stabilisierten Punktwerten. Dies schließt die Möglichkeit von Verwerfungen nicht aus. Denn für die nicht den Budgets unterliegenden Ärzte kann, da bei ihnen die abrechenbaren Punktmengen nicht begrenzt sind, - besonders bei höheren Punktwerten - ein Anreiz bestehen, die abgerechnete Leistungsmenge auszuweiten. Diese Punktmengensteigerungen können einen Punktwertabfall für alle am Honorartopf Beteiligten, also auch für die budgetierten Ärzte, nach sich ziehen. Die nicht budgetierten Fachgruppen können mithin durch Vergrößerung ihrer Abrechnungsmengen höhere Honorare erreichen, während die budgetierten ihre abrechenbaren Punktmengen nicht vergrößern können, vielmehr im Gegenteil durch die von den anderen verursachten Punktmengensteigerungen einen Punktwertabfall hinnehmen müssen.

Diese möglichen Friktionen zwingen indessen nicht dazu, von vornherein getrennte Honorartöpfe für budgetierte und nicht budgetierte Arztgruppen zu bilden. Das BSG hat in anderem Zusammenhang bereits ausgesprochen, dass der Zuschnitt von Honorarkontingenten nicht ohne weiteres dadurch rechtswidrig wird, dass andere Ärzte ihre Leistungsmengen ausweiten und dadurch der Punktwert sinkt (BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004 - [SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#) RdNr 50). Eine Rechtspflicht zur Schaffung neuer Honorartöpfe könnte - im Sinne einer Reduzierung der Gestaltungsfreiheit des Normgebers auf Null - nur bei Feststellung konkreter Verwerfungen erheblichen Ausmaßes in Betracht gezogen werden, dh falls Anhaltspunkte dafür bestünden, dass sich die aufgezeigten Gefahren tatsächlich und in erheblichem Ausmaß realisiert hätten. Dafür ist jedoch in dem hier zu entscheidenden Fall, der das Quartal III/2000 im Bezirk der damaligen KÄV Südwürttemberg betrifft, nichts ersichtlich. Feststellungen dergestalt, dass die nicht budgetierten Arztgruppen in relevanten oder gar schwer wiegendem Ausmaß die erbrachten und abgerechneten Leistungen ausgeweitet hätten, sind dem vorinstanzlichen Urteil nicht zu entnehmen. Hierin ist vielmehr festgestellt, bisher habe kein konkreter Anhalt bestanden, dass die nicht budgetierten Arztgruppen ihre Leistungen unangemessen zu Lasten der anderen Arztgruppen ausweiteten (SG-Urteil S 13 f). Der Kläger hat diese den Senat bindenden Feststellungen ([§ 163 SGG](#)) nicht mit Verfahrensrügen entsprechend den Anforderungen des [§ 163 Satz 2 SGG](#) bzw des [§ 160 Abs 2 Nr 3 iVm § 160a Abs 2 Satz 3 SGG](#) angegriffen und im Übrigen im Verfahren der Sprungrevision gemäß [§ 161 Abs 4 SGG](#) auch nicht angreifen können, denn eine Sprungrevision kann nicht auf Verfahrensmängel gestützt werden. Folgerichtig hat sich der Kläger darauf beschränkt, darauf hinzuweisen, dass entsprechende Gefahren bestehen und dass schon dies die Rechtspflicht zur Schaffung getrennter Honorartöpfe begründe. Das trifft - wie ausgeführt - nicht zu.

Eine Rechtspflicht der KÄV Südwürttemberg, zum 1. Januar 2000 die Honorarkontingente für budgetierte und nicht budgetierte Arztgruppen weiterhin zu trennen, ergab sich - entgegen der Ansicht des Klägers - auch nicht daraus, dass die nicht budgetierten Arztgruppen schon damals übergroße Leistungsmengen aufzuweisen hatten. Zwar war der Bewertungsausschuss bei Schaffung der Praxis- und Zusatzbudgets zum 1. Juli 1997 davon ausgegangen, dass insgesamt Leistungsmengenausweitungen um ca 30 % stattgefunden hatten (vgl dazu zB Metzinger/Woggon, Praxisbudgets als Ausweg aus dem EBM-Dilemma beschlossen, KrV 1997, 12, 15; s auch BSG, Urteil vom 8. März 2000 - [B 6 KA 8/99 R](#) = USK 2000-110 S 718; vgl ferner [BSGE 84, 85](#), 87 = [SozR 3-2500 § 106 Nr 47](#) S 251). Es erscheint durchaus möglich - wie vom Kläger geltend gemacht -, dass nicht budgetierte Arztgruppen jedenfalls in einigen KÄV-Bezirken noch um die Jahreswende 1999/2000 solche (über)großen Leistungsmengen erbrachten. Eine Pflicht der beklagten KÄV, deshalb auch nach 2000 für die nicht budgetierten und

die budgetierten Arztgruppen die Trennung der Honorarkontingente beizubehalten, könnte aber nur angenommen werden, wenn auch konkret in diesem KÄV-Bezirk von solchen (über)großen Leistungsmengen der nicht budgetierten Arztgruppen auszugehen wäre. Dafür fehlt es indessen an den erforderlichen tatsächlichen Feststellungen. Die genannten Annahmen des Bewertungsausschusses bezogen sich auf das Bundesgebiet insgesamt. Anhaltspunkte dafür, dass das auch für den hier betroffenen KÄV-Bezirk zutraf, sind nicht festgestellt. Die Annahme einer Rechtspflicht zur Schaffung getrennter Honorartöpfe kann auch nicht auf die Ansicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) gegründet werden, wonach bei Einführung der Praxis- und Zusatzbudgets "Topfbildungen in der Honorarverteilung, die jeder Arztgruppe ein bestimmtes Honorarvolumen zuteilen, ... eine sinnvolle Ergänzung zu Praxisbudgets (seien), insbesondere solange Arztgruppen wegen nicht verfügbarer Kalkulationsgrundlagen nicht in eine Budgetregelung einbezogen werden konnten" (DÄ 1997, A-860 unter 2.2). Dies stellte nur eine Empfehlung dar ("sinnvolle Ergänzung"). Zudem kommt den Ansichtsäußerungen der KÄBV ohnehin keine rechtlich verpflichtende Wirkung zu.

Eine Verpflichtung zur Bildung getrennter Honorartöpfe für budgetierte und für nicht budgetierte Arztgruppen könnte im Übrigen nur dann angenommen werden, wenn dies die einzige Möglichkeit wäre, den strukturellen Unterschieden Rechnung zu tragen. Auch das ist nicht der Fall. Vielmehr sind andere Regelungen denkbar, um Tendenzen nicht budgetierter Arztgruppen zur Leistungsmengenausweitung entgegenzuwirken, wie zB Punktwertbegrenzungen je Behandlungsfall, Punktzahlobergrenzen für Leistungskomplexe und fallzahlbezogene Honorarbegrenzungen sowie Individualbudgets (zu diesen Instrumentarien s zB BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 31](#) S 237 f; Nr 48 S 410 f; [BSGE 92, 233](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 9](#), jeweils RdNr 9 ff; [BSGE 92, 10](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 5](#), jeweils RdNr 8 ff; s ferner BSG [SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#) RdNr 53 ff).

Die von der KÄV Südwürttemberg zum 1. Januar 2000 vorgenommene Zuordnung aller Facharztgruppen sowohl der budgetierten als auch der nicht budgetierten Fachgruppen zu einem gemeinsamen Honorartopf war damit rechtmäßig. Allerdings war die KÄV verpflichtet, die Situation und die weitere Entwicklung zu beobachten sowie im Falle erheblicher Verwerfungen im Honorargefüge zu reagieren (zur Beobachtungs- und Reaktionspflicht s BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 12](#) RdNr 24 ff, 31 f). Sobald eine Arztgruppe einen dauerhaften gravierenden Punktwertabfall erleidet, den sie nicht zu verantworten hat und der nicht durch Rationalisierungseffekte auf Grund von Mengensteigerungen und/oder beim Kostenfaktor kompensiert wird, muss die KÄV zur Gewährleistung der Honorarverteilungsgerechtigkeit gemäß [Art 12 Abs 1 iVm Art 3 Abs 1 GG](#) eingreifen (s im Einzelnen BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 12](#) RdNr 25). Diese Voraussetzungen waren aber im vorliegenden Fall jedenfalls bis zu dem hier betroffenen Quartal III/2000 nicht gegeben.

Für eine Reaktions- und Eingreifenspflicht reicht es nicht aus, wenn das Honorarniveau einer Arztgruppe im Vergleich zu ihrem eigenen bisherigen besonders günstigen Stand absinkt, zumal sich durch die zum 1. Januar 2000 gesetzlich vorgegebene Verbesserung des Vergütungsniveaus für den hausärztlichen Versorgungsanteil der für die fachärztliche Versorgung zur Verfügung stehende Gesamtvergütungsanteil insgesamt verringerte und dies von allen Fachärzten zu tragen war. Erforderlich ist vielmehr, dass das Vergütungsniveau einer einzelnen Facharztgruppe gravierend unter das Niveau der anderen Arztgruppen absinkt (so der Kontext von [BSGE 83, 1](#), 4 f = [SozR 3-2500 § 85 Nr 26](#) S 186 f und von BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 12](#) RdNr 24 ff). Das vorinstanzliche Urteil enthält indessen lediglich Feststellungen dahingehend, dass bis Ende 1999 der Punktwert und das Vergütungsniveau der HNO-Ärzte im Vergleich zu anderen Arztgruppen besonders hoch war und nun ihr Gesamthonorar vom Quartal III/1999 zum Quartal III/2000 um ca 16 % und ihr Punktwert um ca 19 % sank. Dem Urteil sind keine Anhaltspunkte dafür zu entnehmen, dass die Honorarsituation der HNO-Ärzte nunmehr - bis zum hier betroffenen Quartal III/2000 - im Vergleich mit den anderen Arztgruppen besonders schlecht geworden wäre.

Eine Reaktionspflicht zum Quartal III/2000 ist zudem bereits deshalb zu verneinen, weil deren Annahme einen Punktwertabfall von einer gewissen Dauerhaftigkeit voraussetzt. Dies kann im Regelfall frühestens nach Vorliegen der Daten aus mindestens zwei Quartalen angenommen werden. Somit könnte, ausgehend von der Neuregelung zum 1. Januar 2000, ein etwaiger Punktwertabfall erst nach Vorliegen der Daten aus den beiden Quartalen I und II/2000, dh erst gegen Ende des Quartals III/2000, als dauerhaft anzusehen sein. Daraus hätte sich eine Handlungspflicht also frühestens für das Quartal IV/2000 ergeben können (s ebenso BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 12](#) RdNr 28 und [BSGE 83, 1](#), 6 f = [SozR 3-2500 § 85 Nr 26](#) S 188 f).

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§ 193 Abs 1 und 4 SGG](#) in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung (vgl BSG [SozR 3-2500 § 116 Nr 24](#) S 115 ff).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2007-12-27