

B 6 KA 43/06 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Hannover (NSB)
Aktenzeichen
S 16 KA 1264/98
Datum
27.08.2003
2. Instanz
LSG Niedersachsen-Bremen
Aktenzeichen
L 3 KA 449/03
Datum
08.11.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 43/06 R
Datum
29.08.2007
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Wenn der Punktwert in einem einzelnen Leistungsbereich einer Arztgruppe dauerhaft um mehr als 15% hinter dem landesdurchschnittlichen Anforderungspunktwert zurückbleibt, kann nur auf der Basis einer Gesamtbetrachtung der Honorarentwicklung der betroffenen Arztgruppe und eines Vergleichs mit anderen Arztgruppen beurteilt werden, ob die Kassenärztliche Vereinigung Stützungsmaßnahmen ergreifen muss (Abgrenzung zu [BSGE 83, 1 = SozR 3-2500 § 85 Nr 26](#) und Fortentwicklung von [BSGE 93, 258 = SozR 4-2500 § 85 Nr 12](#)).

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 8. November 2006 wird zurückgewiesen. Die Klägerin hat der Beklagten deren außergerichtlichen Kosten auch für das Revisionsverfahren zu erstatten.

Gründe:

I

1

Streitig ist die Höhe der Vergütung von Anästhesieleistungen.

2

Die Klägerin, die als Fachärztin für Anästhesiologie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, begehrt eine höhere Vergütung bestimmter von ihr in den Quartalen I/1996 bis I/1997 im Primärkassenbereich erbrachter Leistungen.

3

Der ab dem 1.1.1996 im Primärkassenbereich geltende Honorarverteilungsmaßstab (HVM-PK) der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) sah eine Honorarverteilung auf der Grundlage fachgruppenspezifischer Honorarkontingente (sog "F-Leistungen") und bei der Fachgruppe der Anästhesisten ein gesondertes Honorarkontingent vor, nach dem die in den Abschnitten B VI und B VII des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) aufgeführten Zuschläge für Leistungen des ambulanten Operierens sowie die damit verbundenen Operations- und Anästhesieleistungen (sog "AO-Leistungen") vergütet wurden. Für die F-Leistungen galt ein Mindestpunktwert (Interventionpunktwert) in Höhe von 75 % des landesdurchschnittlichen Anforderungspunktwertes aller niedersächsischen Kostenträger. In den streitbefangenen Quartalen wurden die F-Leistungen bei der Fachgruppe der Anästhesisten jeweils nur mit dem Interventionpunktwert honoriert, der zwischen 4,2895 und 5,0372 Pfennig lag. Der Punktwert für die AO-Leistungen errechnete sich nach dem Quartalspunktwert für F-Leistungen der jeweiligen Facharztgruppe, der um einen Aufstockungsbetrag erhöht wurde. Ab dem Quartal I/1997 wurden diese Leistungen mit einem Mindestpunktwert von 8 Pfennig vergütet. Die Punktwerte der AO-Leistungen im Primärkassenbereich betragen zwischen 5,4367 und 9,0426 Pfennig.

4

Der ab dem 1.1.1996 für den Ersatzkassenbereich geltende HVM der Beklagten (HVM-EK) sah leistungsspezifische Honorarkontingente ua für "übrige Leistungen" und für "ambulantes Operieren" ("AO-Leistungen") vor. Diese Kontingente bildete die Beklagte auf der Grundlage der im Kalenderjahr 1995 in den einzelnen Quartalen von den Ersatzkassen gezahlten Vergütungen unter Berücksichtigung der Mitgliederentwicklung und einer Steigerungsrate. Die Punktwerte für die "übrigen Leistungen", die auch für die Vergütung von Leistungen

der Anästhesisten einschlägig waren, lagen zwischen 6,4945 und 7,7413 Pfennig und für die AO-Leistungen zwischen 6,7102 und 7,9824 Pfennig.

5

Die Klägerin legte gegen die Honorarbescheide für die Quartale I/1996 bis I/1997 unter Hinweis auf die aus ihrer Sicht zu niedrigen Punktwerte für F-Leistungen im Primärkassenbereich jeweils Widerspruch ein. Zur Begründung führte sie aus, die Beklagte habe es versäumt, das Honorarkontingent im Primärkassenbereich den steigenden Arzt- und Fallzahlen der Anästhesisten anzupassen. Weiter habe die Beklagte die sich innerhalb dieses Kontingents ergebenden Punktwerte, die im Vergleich zu anderen Facharztgruppen überproportional stark gesunken seien, nur unzureichend - nämlich ausschließlich über den Interventionspunktwert - gestützt. Die Beklagte wies die Widersprüche zurück (Widerspruchsbescheid vom 17.11.1998).

6

Das Sozialgericht (SG) hat der Klage stattgegeben, die angefochtenen Honorarbescheide abgeändert und die Beklagte verpflichtet, der Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts eine höhere Vergütung für Anästhesieleistungen zu gewähren. Die Vertreterversammlung der Beklagten habe es versäumt, auf die von der Fachgruppe der Anästhesisten nicht zu vertretende Leistungsausweitung ambulanter Operations- und Narkoseleistungen angemessen zu reagieren (Urteil vom 27.8.2003). Auf die Berufung der Beklagten hat das Landessozialgericht (LSG) das Urteil des SG aufgehoben und die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ua ausgeführt, die Honorarverteilung der Beklagten auf der Grundlage fachgruppenbezogener Honorarkontingente und unterschiedlicher Punktwerte stehe mit höherrangigem Recht in Einklang. Zwar habe sich der kontingentabhängige Punktwert der F-Leistungen im Primärkassenbereich in den Jahren 1991 bis 1995 in einer Weise entwickelt, dass nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) eine Änderung des HVM mit dem Ziel einer Punktwerverhöhung in Erwägung zu ziehen gewesen sei. Gleichwohl habe die Beklagte ihren Gestaltungsspielraum als Satzungsgeberin des HVM nicht überschritten, soweit sie im streitigen Zeitraum von einer weiteren, über einen Interventionspunktwert hinausgehenden Stützung der ausschließlich für den Primärkassenbereich maßgeblichen Punktwerte abgesehen habe. Bei ihrer Entscheidung habe sie zum einen berücksichtigen dürfen, dass die für den Punktwertverfall ursächliche Leistungsausweitung gleichzeitig zu überproportionalen Einnahmen in anderen Bereichen, nämlich über die Zuschläge für Anästhesien/Narkosen bei ambulanten Operationsleistungen, geführt habe. Zum anderen seien die durchschnittlichen Quartalshonorare je Anästhesist in den Jahren 1990 bis 1995 von 60.861 DM auf 74.590 DM gestiegen, während die Vertragsärzte im Bereich der Beklagten insgesamt im selben Zeitraum eine Honorarminderung von 74.955 DM auf 69.939 DM hätten hinnehmen müssen. Vor diesem Hintergrund könne es einer KÄV nicht versagt werden, auf eine zusätzliche Stützung einzelner Punktwerte zu verzichten (Urteil vom 8.11.2006 - juris).

7

Mit ihrer Revision rügt die Klägerin zunächst einen Verfahrensmangel des Berufungsverfahrens. Das LSG habe in seinem Urteil zwar über verschiedene Aspekte der Honorarverteilung für Anästhesisten in Niedersachsen entschieden, nicht jedoch über die streitgegenständliche Frage der Punktwertentwicklung im Bereich der Primärkassen. Das Berufungsurteil sei daher im Ergebnis nicht mit Gründen versehen. In der Sache verstoße es gegen [§ 85 Abs 4 SGB V](#) iVm dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, dass das Honorarkontingent der Anästhesisten für F-Leistungen im Primärkassenbereich auf der Basis des Kalenderjahres 1990 gebildet und der Punktwert in den Quartalen II/1993 bis I/1997 auf dem Interventionspunktwert und damit 25 % unter dem Durchschnittspunktwert aller Arztgruppen gehalten worden sei. Der Beklagten sei die Verlagerung früher stationär erbrachter Operationsleistungen in den ambulanten Bereich und die daraus resultierende, von der Fachgruppe der Anästhesisten nicht zu vertretende Leistungsausweitung schon lange vor den hier betroffenen Quartalen bekannt gewesen, ohne dass sie dem bei der Honorarverteilung Rechnung getragen habe. Sie sei daher ihrer Beobachtungs- und Reaktionspflicht nicht ausreichend nachgekommen. Soweit das LSG auf die Anhebung der Punktzahlbewertung bei einigen Gebührensätzen des EBM-Ä für ambulante Operationen bzw der Zuschlagsziffer für Anästhesien ab dem 1.1.1996 hingewiesen habe, werde übersehen, dass dies eine Honoraraufstockung bei der Fachgruppe der Anästhesisten und nicht eine Beibehaltung des zu niedrigen Honorarniveaus bewirken sollen.

8

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 8.11.2006 aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 27.8.2003 zurückzuweisen.

9

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

10

Sie sieht das Berufungsurteil als zutreffend an. Sie - die Beklagte - habe den Punktwert für anästhesiologische Leistungen jeweils auf den Interventionspunktwert gestützt und darüber hinaus berücksichtigt, dass allenfalls 50 % der vertragsärztlichen Leistungen der Klägerin im Primärkassenbereich als F-Leistungen erbracht worden seien. Der übrige Teil sei als AO-Leistungen mit einem höheren Punktwert vergütet worden, so dass im Rahmen einer Gesamtbetrachtung für alle Leistungen ein höherer als der Interventionspunktwert erreicht worden sei.

11

11

Die Revision der Klägerin ist nicht begründet.

12

Das Berufungsgericht hat im Ergebnis zutreffend entschieden, dass die angefochtenen Honorarbescheide für die Quartale I/1996 bis I/1997 rechtmäßig sind. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf ein höheres als mit den angefochtenen Bescheiden festgesetztes Honorar.

13

Die Verfahrensrüge der Klägerin, das Berufungsurteil sei fehlerhaft, weil es keine ausreichenden Entscheidungsgründe enthalte, greift nicht durch. Sie macht geltend, das LSG habe seine Entscheidung nicht auf die streitgegenständliche Frage einer Punktwertstützung bei F-Leistungen der Fachgruppe der Anästhesisten im Primärkassenbereich in den Quartalen I/1996 bis I/1997 beschränkt. Auf diesen (Teil-)Aspekt der Honorarverteilung der Beklagten hat die Klägerin ihre Klage ausdrücklich eingegrenzt. In der Sache rügt sie damit einen Verstoß gegen [§ 123 SGG](#) wegen der Missachtung der in der Vorschrift zum Ausdruck gekommenen Dispositionsmaxime (vgl hierzu Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 8. Aufl 2005, vor § 60 RdNr 3 sowie Meyer-Ladewig, aaO, § 123 RdNr 1). Diese Rüge ist nicht begründet.

14

Der Vertragsarzt ist in Honorarstreitverfahren nach der Rechtsprechung des Senats berechtigt, sein Klagebegehren zu beschränken (vgl BSG [SozR 4-1500 § 92 Nr 2](#) RdNr 7). Dem Honorarteilhabanspruch der zugelassenen Vertragsärzte liegt ein komplexes und ausdifferenziertes System der vertragsärztlichen Honorarverteilung zu Grunde (vgl BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 4](#) RdNr 12). Deshalb entspricht es im Regelfall dem Interesse eines klagenden Vertragsarztes an einem zielgerichteten und effektiven Rechtsschutz, seinen jeweiligen Rechtsbehelf auf diejenigen Maßnahmen und Regelungen der Honorarverteilung zu beschränken, die ihn in seiner konkreten Situation beschweren. Dies hat das LSG entgegen der Auffassung der Klägerin zutreffend erkannt und ausdrücklich eine dem Klagebegehren entsprechende, auf die F-Leistungen im Primärkassenbereich beschränkte Teilanfechtungs- und Bescheidungsklage angenommen. Soweit sich das LSG zum Honorarkontingent für ambulantes Operieren sowie zur allgemeinen Honorarsituation der Anästhesisten im maßgeblichen Zeitraum äußert, steht dies im Zusammenhang mit der Prüfung einer möglichen Beobachtungs- und Reaktionspflicht der Beklagten bei einem Punktwertverfall innerhalb einer kontingentierten Honorarverteilung und verletzt nicht die Vorgaben des [§ 123 SGG](#).

15

Auch in der Sache ist die Entscheidung des Berufungsgerichts nicht zu beanstanden. Die für die Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen der Klägerin maßgeblichen Bestimmungen im HVM-PK der Beklagten stehen, soweit eine Überprüfung veranlasst ist, mit Bundesrecht in Einklang.

16

Rechtsgrundlage für die mit der Klage angegriffenen Honorarverteilungsbestimmungen ist [§ 85 Abs 4 Satz 1 bis 4 SGB V](#) (hier anzuwenden in der bis zum 31.12.1999 geltenden Fassung des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) vom 20.12.1988, [BGBl I 2477](#)). Danach hat die KÄV die Gesamtvergütung nach Maßgabe des HVM an die Vertragsärzte zu verteilen; bei der Verteilung sind Art und Umfang der medizinischen Leistungen zugrunde zu legen und gleichzeitig sicherzustellen, dass eine übermäßige Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit verhütet wird.

17

Bei der Ausformung der satzungsrechtlichen Honorarverteilungsregelungen steht den KÄVen als Normgeber nach der ständigen Rechtsprechung des Senats eine Gestaltungsfreiheit zu (zusammenfassend dazu BSG - Urteil vom 9.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R - BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#), jeweils RdNr 30, mwN; Urteil vom 8.2.2006 - [B 6 KA 25/05 R - BSGE 96, 53](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 23](#), jeweils RdNr 25). Diese geht typischerweise mit Rechtssetzungsakten einher und wird erst dann rechtswidrig ausgeübt, wenn die jeweilige Gestaltung in Anbetracht des Zwecks der konkreten Ermächtigung unverhältnismäßig oder unverhältnismäßig ist (vgl hierzu [BVerwGE 80, 355](#), 370, mwN). Als Rahmenvorgaben sind von den KÄVen dabei der bereits im Gesetzeswortlaut von [§ 85 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) angesprochene Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung der Gesamtvergütung sowie der aus [Art 12 Abs 1](#) iVm [Art 3 Abs 1 GG](#) herzuleitende Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit zu beachten. Das bedeutet allerdings nicht, dass gleiche Leistungen stets gleich vergütet werden müssen (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 48](#) S 410 f; [SozR 4-2500 § 85 Nr 2](#) RdNr 19). Beide Prinzipien gelten nur grundsätzlich; eine Abweichung aus sachlichem Grund ist zulässig (vgl [BSGE 92, 10](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 5](#), jeweils RdNr 6; [BSGE 92, 233](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 9](#), jeweils RdNr 9).

18

In der Rechtsprechung des Senats ist geklärt, dass der Normgeber des HVM - wie in der entsprechenden Satzung der Beklagten geschehen - für Arztgruppen und/oder Leistungsbereiche Honorarkontingente festlegen (stRspr; grundlegend [BSGE 83, 1](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr 26](#)) und bei deren Bemessung an Leistungs- und Honorarmengen vergangener Zeiträume anknüpfen darf (vgl [BSGE 92, 10](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 5](#), jeweils RdNr 14). Dabei zielt die Bildung unterschiedlicher Honorarkontingente für die verschiedenen Arztgruppen gerade darauf ab, dass sich für diese entsprechend der bei ihnen stattfindenden Steigerung oder Verminderung der Leistungsmengen unterschiedliche Punktwerte ergeben. Hierdurch soll verhindert werden, dass einzelne Arztgruppen durch eine Ausweitung ihrer Leistungen ihren jeweiligen Anteil an der Gesamtvergütung zu Lasten anderer Arztgruppen absichern oder vergrößern. Stattdessen werden durch die Kontingente die Punktwerte in den einzelnen Leistungsbereichen stabilisiert, sodass die Ärzte ihre vertragsärztlichen Einnahmen sicherer kalkulieren können ([BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 Nr 12](#), jeweils RdNr 15). Auch die Überweisungsgebundenheit einer Leistung steht der Zuordnung zu einem Honorarkontingent nicht entgegen; es können auch Leistungen erfasst werden, die einer Mengenausweitung nicht zugänglich sind (BSG, aaO mwN). Schließlich ist die Bildung unterschiedlicher Honorarkontingente für Primärkassen und für Ersatzkassen zulässig (vgl hierzu [§ 85 Abs 4 Satz 3](#) 2. Halbsatz SGB V idF von Art 1 des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte vom 11.12.2001, [BGBl I 3526](#); für den Zeitraum davor vgl BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 34](#)).

19

Die Klägerin stellt die Rechtmäßigkeit derartiger Honorarverteilungsregelungen auch nicht in Frage. Sie ist vielmehr der Auffassung, dass die Beklagte angesichts des Punktwertverfalls innerhalb des Honorarkontingents für die F-Leistungen der Anästhesisten im Primärkassenbereich spätestens ab dem Kalenderjahr 1996 eine Änderung bzw Weiterentwicklung der entsprechenden Honorarverteilungskriterien im Rahmen ihrer Beobachtungs- und Reaktionspflicht hätte vornehmen müssen. Dem kann nicht gefolgt werden. Eine Verpflichtung der Beklagten, angesichts der insgesamt positiven Entwicklung der vertragsärztlichen Honorare für Anästhesisten im streitbefangenen Zeitraum den Punktwert in einem (Teil-)Kontingent gesondert zu stützen, bestand nicht.

20

Nach der Rechtsprechung des Senats geht mit der Bildung von Honorarkontingenten eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht der KÄVen als Normgeber einher. Eine Reaktionspflicht bei der Honorarverteilung kann danach gegeben sein, wenn sich bei einer Arztgruppe ein auf das Honorar mindernd auswirkender dauerhafter Punktwertabfall von mehr als 15 % unter das sonstige Durchschnittsniveau ergibt, von dem Punktwertverfall ein wesentlicher Leistungsbereich betroffen ist, die dem Punktwertverfall zugrunde liegende Mengenausweitung nicht von der Arztgruppe selbst zu verantworten ist und die Honorarrückgänge in dem wesentlichen Leistungsbereich nicht durch andere Effekte kompensiert werden (grundlegend zur Beobachtungs- und Reaktionspflicht: [BSGE 83, 1](#), 4 ff = [SozR 3-2500 § 85 Nr 26](#) S 186 ff; s weiter zB [BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 12](#), jeweils RdNr 25 ff). Ob aus dem Punktwertverfall in einem wesentlichen Leistungsbereich eine Verpflichtung der KÄV zur Korrektur der Honorarverteilung folgt, kann damit nur im Rahmen einer Gesamtbetrachtung, also unter Einbeziehung aller einer Arztgruppe zuzuordnenden Honorarkontingente bzw der daraus resultierenden Punktwerte und Honorarbeträge, ermittelt werden. Das beruht darauf, dass sich der Anspruch eines Vertragsarztes auf Honorarteilhabe aus [§ 72 Abs 1 Satz 2](#) iVm [§ 85 Abs 4 Satz 1 bis 3 SGB V](#) unter der Geltung begrenzter Gesamtvergütungen erst durch sämtliche, einem bestimmten Leistungsbereich zuzuordnende Honorarkontingente und die für diese Honorarkontingente berechneten Verteilungspunktwerte zu einem der Höhe nach individualisierten Honoraranspruch konkretisiert. Die isolierte Betrachtung einzelner Honorarkontingente und der dafür auszahlenden Punktwerte hingegen kann die tatsächliche Höhe der Vergütung einer Arztgruppe für deren vertragsärztliche Leistungen regelmäßig nur unzureichend widerspiegeln. Demgemäß hat der Senat in seinen Entscheidungen zur angemessenen Vergütung vertragsärztlicher Leistungen, bei deren Nichtvorliegen eine Stützungspflicht der KÄVen gegeben sein könnte, entscheidend auf die durchschnittlichen Gesamteinkünfte einer Arztgruppe in einem Bezugszeitraum abgestellt (Urteile vom 9.12.2004 - ua [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#), jeweils RdNr 140 f; s auch Beschluss vom 23.5.2007 - [B 6 KA 85/06 B](#) - juris, RdNr 12). Unter Beachtung dieser Prämissen waren die Voraussetzungen für eine Reaktionspflicht der Beklagten bis zu dem streitbefangenen Quartal I/1997 noch nicht gegeben.

21

Einzig und damit zugleich wesentlicher Leistungsbereich der Fachgruppe der Anästhesisten - mit Ausnahme vorwiegend schmerztherapeutisch tätiger Ärzte - ist die anästhesistische Begleitung ambulanter Operationen. Die Klägerin selbst stellt ihre ärztliche Tätigkeit als einheitlichen medizinischen (Narkose-)Vorgang dar, der sich unter Gebührengesichtspunkten über den EBM-Ä mit insgesamt 6 Gebührenziffern abschließend erfassen lässt. Hierunter fallen neben der Ordinationsgebühr (Nr 1 EBM-Ä in der bis zum 31.3.2005 geltenden Fassung; im Folgenden: aF, bewertet mit 340/555 Punkten) die Vollnarkose bzw die Verlängerung einer Vollnarkose (Nr 462 EBM-Ä aF und 463 EBM-Ä aF, bewertet mit 950 bzw 450 Punkten), die Aufwachgebühr (Nr 490 EBM-Ä aF, bewertet mit 320 Punkten), die Zuschlagsziffer für ambulante Operationen (Nr 90 EBM-Ä aF, bewertet mit 1500 Punkten) und - soweit tatsächlich als vertragsärztliche Leistung von einem Anästhesisten erbracht - die Beobachtung und Betreuung eines Kranken während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit (Nr 63 bis 66 EBM-Ä aF, bewertet mit 900 bis zu 2500 Punkten).

22

Nach den Feststellungen des LSG sind die F-Leistungen im Primärkassenbereich bei der Fachgruppe der Anästhesisten in den streitbefangenen Quartalen lediglich mit dem Interventionspunktwert, also mit dem um 25 % verminderten landesdurchschnittlichen Anforderungspunktwert (zu dessen Anwendbarkeit als Vergleichsbasis vgl [BSGE 83, 1](#), 5 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 26](#) S 187), vergütet worden. Im Hinblick auf den begrenzten Anteil, den die nach dem HVM-PK abgerechneten F-Leistungen an dem Gesamtleistungsbedarf der Gruppe der Anästhesisten generell ausmachen, unter Berücksichtigung bereits erfolgter Stützungsmaßnahmen der Beklagten sowie angesichts der Gesamtsituation bei der Honorarentwicklung der Anästhesisten in diesen Quartalen ist es nicht zu beanstanden, dass die Beklagte eine Anpassung der fachgruppenbezogenen Honorarkontingente in diesem Leistungsbereich erst ab dem Quartal II/1997 bezogen auf das Basisjahr 1996 vorgenommen hat.

23

Die Beklagte hat zunächst in den streitbefangenen Quartalen unmittelbar das Honorarkontingent für die F-Leistungen im Primärkassenbereich durch die im gesamten Zeitraum erfolgte Stützung des Punktwerts dieser Leistungen so erhöht, dass er jeweils 75 % des landesdurchschnittlichen Anforderungspunktwertes betragen hat, und das Honorarkontingent auf der Grundlage des erhöhten Umfangs fortgeschrieben. Dadurch sind tatsächlich höhere Vergütungen ausgezahlt worden, als es dem ursprünglich konzipierten Umfang des Honorarkontingentes entsprach. Die für diese Stützung erforderlichen Beträge sind vorab aus der Gesamtvergütung entnommen und damit von allen niedersächsischen Vertragsärzten finanziert worden. Aus diesem Grund trifft die Kritik der Klägerin, die Folgen des Fallzahlenanstiegs bei den Anästhesisten seien allein von dieser Arztgruppe zu tragen gewesen, nicht zu. Hinzu kommt, dass bei ambulanten Operationen ein großer Teil der Leistungen - nach den Feststellungen des LSG bei der Fachgruppe der Anästhesisten knapp 50 % - im Primärkassenbereich aus dem Honorarkontingent für AO-Leistungen und eben nicht aus dem der F-Leistungen mit der Folge deutlich höherer Punktwerte vergütet wurde. Die Beklagte hat einen weiteren Schritt zur Anhebung des Honorarniveaus der Anästhesisten unternommen, nämlich ab dem Quartal I/1997 für AO-Leistungen im Primärkassenbereich einen Mindestpunktwert von 8 Pfennigen eingeführt, wobei in diesem Quartal tatsächlich ein Punktwert von 9,0426 Pfennig gezahlt wurde. Dieser lag knapp 42 % über dem landesdurchschnittlichen Anforderungspunktwert.

24

Auch die Vergütung der "übrigen Leistungen" im Ersatzkassenbereich, die bei einer Gesamtbetrachtung der Vergütungssituation nicht außer

Acht gelassen werden kann, spricht gegen die Annahme, dass die Beklagte auf Grund der Punktwertentwicklung der F-Leistungen im Primärkassenbereich mit einer (weiteren) Punktwertstützung hätte reagieren müssen. Die Punktwerte der "übrigen Leistungen" lagen deutlich über denen der F-Leistungen im Primärkassenbereich und in allen streitbefangenen Quartalen auch oberhalb des landesdurchschnittlichen Anforderungspunktwertes.

25

Zu berücksichtigen ist schließlich in diesem Zusammenhang ein weiterer Gesichtspunkt. Durch den zum 1.1.1996 in Kraft getretenen EBM-Ä sind die Punktzahlbewertungen für die anästhesistischen Leistungen wesentlich angehoben worden. Dies sollte, wie die Klägerin zu Recht ausführt, zu einer Verbesserung der Vergütung der Anästhesisten führen. Das ist insoweit umgesetzt worden, als diese Leistungen in das Honorarkontingent der AO-Leistungen fielen, das einer zusätzlichen Stützung unterlag. Die Beklagte durfte in dieser Situation abwarten, wie sich die EBM-Ä-Reform auf die Honorarsituation der Anästhesisten auswirkt.

26

Aus den dargestellten Gesamtmaßnahmen erschließt sich auch die positive Entwicklung des durchschnittlichen Honorarniveaus der Anästhesisten in den Jahren 1990 bis 1995 trotz eines dauerhaft niedrigen Punktwertes für deren F-Leistungen im Primärkassenbereich. Die durchschnittlichen Quartalshonorare je Anästhesist sind in diesem Zeitraum um 23 % von 60.861 DM auf 74.590 DM gestiegen, obwohl im selben Zeitraum die Vertragsärzte im Bereich der Beklagten eine Minderung des durchschnittlichen Quartalshonorars von 74.955 DM auf 69.939 DM haben hinnehmen müssen.

27

Die gebotene Gesamtbetrachtung der Abrechnungsergebnisse lässt damit erkennen, dass die Honorarverteilung der Beklagten selbst unter Berücksichtigung der vom LSG festgestellten Steigerung der Arzt- und Fallzahlen im Bereich der anästhesistischen Begleitung ambulanter Operationen (von 34,25 Anästhesisten im Jahr 1990 auf durchschnittlich 81,5 Anästhesisten im Jahr 1995 und von 8.752,75 Fällen je Quartal 1990 auf 25.586,25 Fälle je Quartal in 1995) einen dem höheren Leistungsumfang entsprechenden Anstieg des vertragsärztlichen Honorarumsatzes in der Fachgruppe der Anästhesisten zuließ.

28

Aus den Reformvorgaben im EBM-Ä zum 1.1.1996 kann die Klägerin ebenfalls keine Handlungspflicht der Beklagten im Hinblick auf das Honorarkontingent für F-Leistungen im Primärkassenbereich herleiten. Die Vertragspartner des EBM-Ä haben zum 1.1.1996 tiefgreifende Veränderungen der Vergütungsstrukturen in der ambulanten Versorgung eingeleitet (zu den Einzelheiten vgl. Fischer, ErsK 1995, 442). Dies hat ua zu einer Trennung zwischen den Leistungen der Schmerztherapie und denen der Anästhesie sowie zu teilweise erheblichen Punktzahlhebungen bei den Anästhesieleistungen geführt. Diese zielten auf die vom Gesetzgeber bereits in [§ 85 Abs 3a Satz 6 SGB V](#) eingeleitete Verlagerung von Operationen vom stationären in den ambulanten Sektor. Die Beklagte ist im Rahmen der ihr nach [§ 85 Abs 4 Satz 4 SGB V](#) obliegenden Honorarverteilung an diese Regelungen gebunden und darf sich nicht in Widerspruch zu den verbindlichen Vergütungsvorgaben setzen (vgl. [BSGE 86, 16, 25 = SozR 3-2500 § 87 Nr 23 S 124](#)). Allerdings lässt sich weder den gesetzlichen Vorschriften noch den zum 1.1.1996 reformierten Bestimmungen des EBM-Ä entnehmen, dass die vertragsärztlichen Leistungen der Fachärzte für Anästhesiologie vollständig von mengensteuernden Regelungen der Honorarverteilung, wie sie die Zuordnung zu fachgruppen- oder leistungsbezogenen Kontingenten darstellen kann, freigestellt werden müssten. Der Senat hat bereits früher zum Leistungsbereich des ambulanten Operierens klargestellt (vgl. [BSGE 77, 279, 287 = SozR 3-2500 § 85 Nr 10 S 59](#) und [SozR 3-2500 § 85 Nr 12 S 79 f](#)), dass ein solcher Rückschluss auch nicht aus der Tatsache hergeleitet werden kann, dass kraft Gesetzes in [§ 85 Abs 3a Satz 6 SGB V](#) das Ausgabenvolumen für diesen Leistungsbereich erhöht worden ist. Eine unmittelbar gesetzlich vorgegebene Punktwertgarantie hat sich aus [§ 85 Abs 4a Satz 1 SGB V](#) (idF des 4. SGB V-Änderungsgesetz vom 4.12.1995, [BGBl I 1558](#)) ergeben, wonach die KÄVen im Rahmen ihrer Honorarverteilung sicherstellen mussten, dass die Ausweitungen der Zahl der abgerechneten Leistungen keine Auswirkungen auf den Punktwert der hausärztlichen Grundvergütung nach [§ 87 Abs 2a SGB V](#) aF hatte. Eine vergleichbar strikte Förderungsverpflichtung hat der Gesetzgeber für Leistungen des ambulanten Operierens nicht normiert.

29

Entgegen der Auffassung der Klägerin hat die Honorarverteilung der Beklagten im Bereich der anästhesistischen Begleitung ambulanter Operationen die dargelegten Reformvorgaben des EBM-Ä auch nicht konterkariert. Vielmehr hat die KÄV - wie bereits oben angesprochen - durch ihre Verteilungsregelungen den über die EBM-Reform ua vermittelten Anreiz, Operationsleistungen vermehrt ambulant durchzuführen, wesentlich gestützt. Für die Fachgruppe der Anästhesisten wird das daran deutlich, dass die zum 1.1.1996 neu eingeführte und mit 950 Punkten relativ hoch bewertete Nr 462 EBM-Ä aF für eine Vollnarkose sowie die von 550 auf 1500 Punkte aufgestockte Zuschlagsziffer Nr 90 EBM-Ä aF für ambulante Operationen kassenartenübergreifend als AO-Leistungen bewertet und dementsprechend in allen streitbefangenen Quartalen mit einem Punktwert vergütet worden sind, der deutlich über demjenigen für F-Leistungen der Fachgruppe im Primärkassenbereich gelegen hat. Insoweit hat die Beklagte davon ausgehen können, ihre entsprechende Honorarkontingentierung werde im Rahmen einer Gesamtbetrachtung nicht zu Lasten des Punktwertes für die überweisungsabhängigen Anästhesieleistungen gehen. Auch vor diesem Hintergrund ist es nicht zu beanstanden, dass die KÄV eine Anpassung ihrer Honorarverteilungsregelungen erst nach dem hier streitbefangenen Zeitraum vorgenommen hat.

30

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs 1 und 4 SGG](#) in der bis zum 1.1.2002 geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 116 Nr 24 S 115 ff](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD
Saved
2008-01-14