

B 6 KA 36/06 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Kiel (SHS)
Aktenzeichen
S 14 KA 498/02
Datum
26.11.2003
2. Instanz
Schleswig-Holsteinisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 14/05
Datum
11.07.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 36/06 R
Datum
29.08.2007
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Die Vorgabe des Bewertungsausschusses, bei der Bestimmung des hausärztlichen und des fachärztlichen Vergütungsanteils in den Jahren 2000 und 2001 nur Wechsel von Vertragsärzten von einem Versorgungsbereich in den anderen, nicht aber auf sonstigen Ursachen beruhende Änderungen der Arztzahlen zu berücksichtigen, ist rechtmäßig.

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 11. Juli 2006 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten auch für das Revisionsverfahren.

Gründe:

I

1

Streitig ist die Höhe vertragsärztlichen Honorars und hierbei die Rechtmäßigkeit der Aufteilung der Gesamtvergütungen in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Versorgungsanteil.

2

Der Kläger, ein Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten (Hautarzt), ist in H. zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) bewilligte ihm für seine Tätigkeit in den hier streitbefangenen Quartalen I/2000 bis IV/2001 (ohne Quartal I/2001) bei schwankenden Fallzahlen Honorare zwischen 83.800 DM und 118.300 DM. Mit seinen Widersprüchen gegen die Honorarbescheide machte der Kläger geltend, die in [§ 85 Abs 4a Satz 3 SGB V](#) vorgeschriebene Berücksichtigung der Veränderungen der Verhältniszahlen zwischen den an der hausärztlichen und den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzten sei nicht ordnungsgemäß erfolgt.

3

Die Beklagte wies die Rechtsbehelfe zurück. Sie teile zwar die Auffassung, dass der Bewertungsausschuss in seinem Beschluss zur Trennung der Vergütungsanteile die gesetzlichen Vorgaben nur unzureichend umgesetzt habe, sei aber daran gebunden. Im Rahmen der Honorarverteilung würden die Veränderungen der Arztzahlen bei der Berechnung der Honorarkontingente für die einzelnen Fachgruppen allerdings berücksichtigt. Ob ein entsprechendes Vorgehen bei der Trennung der Vergütungsanteile zu einer Verbesserung der Honorarsituation der Fachärzte führen würde, sei nicht absehbar (Widerspruchsbescheide vom 20.6.2002 und - für das Quartal IV/2001 - vom 31.10.2002).

4

Das Sozialgericht (SG) hat die Beklagte zu erneuter Bescheidung der Honoraransprüche des Klägers verurteilt. Der Beschluss des Bewertungsausschusses sei rechtswidrig, soweit darin Veränderungen in der Zahl der Hausärzte nur insoweit Rechnung getragen worden sei, als Ärzte von der hausärztlichen in die fachärztliche Versorgung und umgekehrt gewechselt hätten, andere Veränderungen - etwa infolge von Neuzulassungen oder aufgrund Verzichts oder einer Entziehung von Zulassungen - jedoch außer Acht geblieben seien. Gesichtspunkte, die eine Nichtberücksichtigung solcher Veränderungen rechtfertigten, seien nicht erkennbar (Urteil vom 26.11.2003).

5

Mit ihrer Berufung hat die Beklagte geltend gemacht, das SG habe es auf der Grundlage seiner - von ihr geteilten - Rechtsauffassung zu Unrecht unterlassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KÄBV) sowie die Bundesverbände der Krankenkassen notwendig beizuladen. Zudem hätte das SG den Bewertungsausschuss zu erneuter Beschlussfassung verpflichten müssen, da ein Gesetzesverstoß des Bewertungsausschusses nur mit Wirkung auch gegen diesen festgestellt werden könne. Die Beklagte hat gleichwohl die Aufhebung des SG-Urteils und Klageabweisung beantragt, da der von ihr kritisierte Beschluss des Bewertungsausschusses nicht offensichtlich rechtswidrig und deshalb von ihr umzusetzen sei. Der Kläger hat zunächst nur die Zurückweisung der Berufung der Beklagten begehrt. Nach Erörterung der prozessualen Situation in der mündlichen Verhandlung vor dem Landessozialgericht (LSG) hat er jedoch Anschlussberufung eingelegt und nunmehr eine Abänderung des erstinstanzlichen Urteils dahingehend erstrebt, dass im Rahmen erneuter Bescheidung nicht nur die Zu- und Abgänge aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich zu berücksichtigen seien, sondern vielmehr die Entwicklung des gesamten Zahlenverhältnisses zwischen den an der hausärztlichen und an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten.

6

Das Berufungsgericht hat das Urteil des SG aufgehoben und die Klagen abgewiesen. Die Berufung der Beklagten sei begründet, die Anschlussberufung des Klägers, welche im Berufungsverfahren eine umfassende Prüfung der Frage, ob die Regelung in [§ 85 Abs 4a Satz 3 SGB V](#) ordnungsgemäß umgesetzt worden sei, ermöglicht habe, sei hingegen unbegründet. Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses vom 16.2.2000 (mit Wirkung ab 1.1.2000) und vom 20.6.2000 (mit Wirkung ab 1.1.2001) hielten sich im Rahmen der Gestaltungsfreiheit des Normgebers. Seine Entscheidung, bei der Umsetzung von [§ 85 Abs 4a Satz 3 SGB V](#) lediglich Wechsel aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich in den fachärztlichen - und umgekehrt - zu berücksichtigen, nicht jedoch auf anderer Ursache beruhende Veränderungen der Zahl der in den jeweiligen Versorgungsbereichen tätigen Vertragsärzte, stehe in Einklang mit Wortlaut, systematischem Zusammenhang sowie Sinn und Zweck der Vorschrift. Deren eindeutiger Wortlaut stelle allein auf Veränderungen in der Zahl der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte ab, sodass Veränderungen in der Zahl der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, welche nicht auf einem Versorgungsbereichswechsel beruhten, nicht berücksichtigt werden könnten. Die Vorschrift scheide mithin als Grundlage für das Anliegen des Klägers aus, eine Erhöhung des Anteils der Fachärzte an der Gesamtvergütung wegen der seit 1996 gestiegenen Facharztzahlen zu erreichen. Darüber hinaus entspreche das Abstellen allein auf die Zahl der Hausärzte der gesetzgeberischen Intention einer Stärkung der hausärztlichen Versorgung sowie der Sicherung eines diesem Ziel entsprechenden Vergütungsanteils. Die Regelung verstoße auch nicht gegen den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz des [Art 3 Abs 1 GG](#). Es bestehe allerdings eine Reaktionspflicht des Gesetzgebers, wenn die weitere Entwicklung ergeben sollte, dass die gesetzgeberische Zielsetzung gescheitert und die Festschreibung des Anteils der hausärztlichen Versorgung an den Gesamtvergütungen auf das Niveau des Jahres 1996 angesichts der realen Zahlenverhältnisse eine bloße Fiktion sei. Davon könne jedoch für die streitbefangenen Zeiträume der Jahre 2000 und 2001 nicht ausgegangen werden.

7

Eine Rechtswidrigkeit der Beschlüsse des Bewertungsausschusses ergebe sich auch nicht daraus, dass diese allein auf Wechsel zwischen den Versorgungsbereichen abstellten und auf anderen Ursachen beruhende Veränderungen der Zahl an Hausärzten unberücksichtigt ließen. Zwar gestatte der Wortlaut des [§ 85 Abs 4a Satz 3 SGB V](#) eine Berücksichtigung solcher Umstände, dies sei aber nicht zwingend. Die Annahme einer Verpflichtung zur Einbeziehung anderweitig begründeter Veränderungen im Bestand der Hausärzte führe zu einer Belastung der Fachärzte, sofern - etwa durch zusätzliche Zulassungen - die Zahl der Hausärzte steige. Der Kläger sei mithin nur beschwert, falls eine Reduzierung der Zahl der Hausärzte infolge Rückgabe oder Entziehung von Zulassungen eintrete. Wenn damit keine Veränderung im Leistungsspektrum einhergehe, dürfe nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) allein die Arztzahlveränderung nicht zu einer Anpassung der Vergütungsanteile führen (Hinweis auf den Senatsbeschluss vom 22.6.2005 - [B 6 KA 68/04 B](#) - juris). Das spreche für eine einschränkende Interpretation der Norm; die Beschlüsse des Bewertungsausschusses bewegten sich mithin im Rahmen des diesem eröffneten Gestaltungsspielraums. Etwas anderes ergebe sich auch nicht aus dessen Beobachtungs- und Reaktionspflicht, denn die von der Beklagten vorgelegten Zahlen wiesen im Zeitraum von 1996 bis 2004 einen nahezu konstant gebliebenen Bestand an Hausärzten aus (Rückgang von 2.094 auf 2.076 Hausärzte). Eine Beiladung der Partner der Bundesmantelverträge sei nicht veranlasst gewesen, weil es sich insoweit nicht um eine notwendige Beiladung handele (Hinweis auf BSG [SozR 4-2500 § 87 Nr 3](#) RdNr 6).

8

Der Kläger rügt mit seiner Revision eine Verletzung von [§ 85 Abs 4a Satz 3](#) iVm Abs 4 SGB V durch das angefochtene LSG-Urteil. Bei der Umsetzung dieser Bestimmungen durch den Bewertungsausschuss seien nicht nur stattgefundene Wechsel zwischen den Versorgungsbereichen, sondern ebenso alle anderen Veränderungen in der Relation zwischen Haus- und Fachärzten zu berücksichtigen oder zumindest deren Auswirkungen zu prüfen. Die Außerachtlassung des Anstiegs der Zahl der Fachärzte im Vergleich zur gleich gebliebenen Zahl der Hausärzte führe zu einseitiger Belastung sowie zu einer mit [Art 3 Abs 1 GG](#) nicht zu vereinbarenden Ungleichbehandlung der Fachärzte. Die Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärzte dürfe nicht isoliert betrachtet, sondern müsse im Kontext des gesamten Systems der gesetzlichen Krankenversicherung bewertet werden. Dies verdeutliche das am 1.1.2007 in Kraft getretene Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, das fachübergreifende gemeinsame Behandlungen ermögliche und somit eine Verzahnung von hausärztlicher und fachärztlicher Behandlung geradezu propagiere. Auch die dem Bewertungsausschuss obliegende Prüfungs- und Anpassungspflicht erfordere es, alle wesentlichen Faktoren zu berücksichtigen; die Beschränkung auf Versorgungsbereichswechsel als lediglich einem hiervon werde dem nicht gerecht. In verfahrensrechtlicher Hinsicht rügt der Kläger die unterlassene Beiladung des Bewertungsausschusses, die zur Erstreckung der Rechtskraft der Entscheidung auf diesen erforderlich gewesen sei.

9

Der Kläger beantragt, die Urteile des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 11.7.2006 und des Sozialgerichts Kiel vom 26.11.2003 abzuändern und die Beklagte unter teilweiser Änderung der Honorarbescheide für die Quartale I/2000 bis IV/2000 und II/2001 bis IV/2001 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 20.6.2002 sowie vom 31.10.2002 zu verpflichten, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut über seine - des Klägers - Honoraransprüche zu entscheiden.

10

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

11

Sie hält die angefochtene Entscheidung für rechtsfehlerfrei, selbst wenn sie eine weniger restriktive Anwendung von [§ 85 Abs 4a Satz 3 SGB V](#) befürworte. Ihr seien jedoch aufgrund des vom Bewertungsausschuss gesetzten übergeordneten Rechts, das nach den zutreffenden Ausführungen des LSG in Einklang mit der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage stehe, die Hände gebunden.

II

12

Die Revision hat keinen Erfolg. Das LSG hat zutreffend entschieden, dass der Kläger eine erneute Entscheidung der Beklagten über die ihm für die Jahre 2000 und 2001 zustehenden vertragsärztlichen Honorare nicht beanspruchen kann, denn er ist durch die in den angefochtenen Honorarbescheiden jeweils enthaltene Ablehnung höherer Vergütung nicht in rechtswidriger Weise beschwert ([§ 54 Abs 2 Satz 1 SGG](#)). Die den Honorarbescheiden zugrunde liegenden Regelungen zur Berücksichtigung von Veränderungen in der Zahl an der hausärztlichen Versorgung teilnehmender Vertragsärzte in den Jahren nach 1996 sind rechtmäßig, soweit ihre Überprüfung im vorliegenden Rechtsstreit veranlasst ist.

13

1. Rechtsgrundlage für einen Anspruch des Klägers auf Zahlung höheren vertragsärztlichen Honorars ist [§ 85 Abs 4 SGB V](#) (hier anzuwenden in der ab 1.1.2000 geltenden Fassung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 (GKVRefG 2000) vom 22.12.1999 - [BGBl I 2626](#)). Danach steht jedem Vertragsarzt ein Anspruch auf Teilhabe an den von den Krankenkassen an seine KÄV entrichteten Gesamtvergütungen entsprechend Art und Umfang der von ihm erbrachten und abrechnungsfähigen Leistungen nach Maßgabe der Verteilungsregelungen im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) zu. Gemäß dem durch das GKVRefG 2000 mit Wirkung vom 1.1.2000 eingefügten zweiten Halbsatz des [§ 85 Abs 4 Satz 1 SGB V](#) hat die KÄV die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung iS von [§ 73 Abs 1 bis 1c SGB V](#) zu verteilen. Dies bedeutet, wie der Senat im Urteil vom 22.3.2006 (BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 24](#)) näher dargelegt hat, dass zur Vergütung hausärztlicher Leistungen nur das Honorarkontingent für den hausärztlichen Versorgungsbereich zur Verfügung steht und fachärztliche Leistungen ausschließlich aus dem strikt getrennten Honorarkontingent für die fachärztliche Versorgung finanziert werden dürfen. Punktwertausgleichende Stützungsmaßnahmen zwischen beiden Versorgungsbereichen sind nicht zulässig (BSG, aaO, RdNr 15 f). Vertragsärzte, die - wie der Kläger - an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen, können mithin nur die leistungsproportionale Teilhabe am Honorarkontingent der Fachärzte beanspruchen (zum Vorstehenden s auch BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 26](#) RdNr 10).

14

Die Aufteilung der von den Krankenkassen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung mit befreiender Wirkung entrichteten, nicht nach Versorgungsbereichen differenzierten Gesamtvergütungen ([§ 85 Abs 1 SGB V](#) - s hierzu [BSGE 95, 86](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 21](#), jeweils RdNr 17) in ein hausärztliches und ein fachärztliches Honorarkontingent nimmt die KÄV auf der Grundlage ihres HVM vor. Sie hat dabei die vom Bewertungsausschuss ([§ 87 Abs 3 ff SGB V](#)) bundeseinheitlich bestimmten Kriterien zur Festlegung des hausärztlichen bzw fachärztlichen Vergütungsanteils zu beachten ([§ 85 Abs 4a Satz 1 SGB V](#); für die ab 1.1.2004 zwischen KÄV und Krankenkassen zu vereinbarenden Honorarverteilungsverträge s nunmehr auch [§ 85 Abs 4 Satz 10 SGB V](#) idF des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) vom 14.11.2003 - [BGBl I 2190](#)). Der Bewertungsausschuss hat solche Vorgaben zur Trennung der Vergütungsanteile mit Beschluss vom 16.2.2000 festgelegt (DÄ 2000, A-556, abgedruckt auch bei Engelmänn [Hrsg], Gesetzliche Krankenversicherung - Soziale Pflegeversicherung, Nr 766) und mit Beschluss vom 20.6.2000 (DÄ 2000, A-1920, abgedruckt bei Engelmänn, aaO, Nr 767) für den Zeitraum ab 1.1.2001 modifiziert. Die Beklagte hat nach den Feststellungen des LSG diese Vorgaben des Bewertungsausschusses in § 12 Nr 4 ihres HVM unverändert übernommen und bei der Berechnung der hausärztlichen und der fachärztlichen Honorarkontingente im hier streitigen Zeitraum zutreffend umgesetzt. Das wird auch vom Kläger nicht in Frage gestellt. Ein Anspruch des Klägers auf erneute Bescheidung seiner Honoraransprüche könnte sich mithin nur ergeben, wenn die vom Bewertungsausschuss beschlossenen Vorgaben für die Trennung der Vergütungsanteile mit höherrangigem Recht nicht vereinbar wären. Dies ist jedoch nicht der Fall.

15

2. Die Regelungen des Bewertungsausschusses zur Berücksichtigung der Veränderungen in der Zahl der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte in den Jahren nach 1996 sind rechtmäßig.

16

Nach diesen Regelungen waren die ab 1.1.2000 maßgeblichen Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung, die ihrerseits zuvor nach bestimmten Vorgaben ermittelt wurden (s hierzu ausführlich BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 26](#) RdNr 16 ff; bereits in diesem Rahmen waren gemäß Abschnitt A Teil I Nr 1.1.2 und Anlage 1 - dort Schritt 5 und 6 des Beschlusses vom 16.2.2000 - Versorgungsbereichswechsel in den Jahren 1997 bis 1999 zu berücksichtigen), quartalsweise um diejenigen Honorarbeträge zu "bereinigen", die auf die in dem betreffenden Zeitraum von der hausärztlichen in die fachärztliche Versorgung überwechselnden Vertragsärzte (oder umgekehrt) entfielen. Ein Honorartransfer vom hausärztlichen in den fachärztlichen Vergütungstopf fand auf dieser Grundlage nur statt, wenn die Summe der Honoraranteile, die Hausärzte bei einem Wechsel in die fachärztliche Versorgung mitnahmen, größer war als die transferierten Honorarvolumina der in die hausärztliche Versorgung wechselnden Fachärzte. Hingegen hatte es keinen Einfluss auf den Honorarumfang des Hausarzt- bzw Facharzttopfes, wenn die Zahl der Haus- bzw Fachärzte aufgrund anderer Umstände zu- oder abnahm - sei es durch Zulassungsentziehung, Tod, Zulassungsverzicht, Erreichen der Altersgrenze ohne Nachbesetzung oder infolge zusätzlicher

Zulassungen. Mithin musste sowohl die Gruppe der Hausärzte als auch die Gruppe der Fachärzte einen Anstieg der Zahl der Leistungserbringer in ihrem Bereich grundsätzlich innerhalb des eigenen Honorartopfs bewältigen; dasselbe Honorarvolumen war dann auf eine größere Zahl von Ärzten zu verteilen. Lediglich Versorgungsbereichswechsel von Vertragsärzten, die bereits einem der Bereiche zugehörten, führten zu einem Ausgleich zwischen den für den jeweiligen Versorgungsbereich zur Verfügung stehenden Honorartöpfen. Dabei verblieben jedoch Honorare für die hausärztliche Grundvergütung stets im hausärztlichen Honorartopf und - ab 1.1.2001 - Honorare für spezifisch fachärztliche Leistungen, die in der hausärztlichen Versorgung nicht vergütungsfähig sind (sog "KO-Leistungen"), stets im fachärztlichen Honorartopf, waren also im Falle von Versorgungsbereichswchseln vom Honorartransfer ausgenommen.

17

Bei der gerichtlichen Überprüfung dieser Regelungen ist zu beachten, dass es sich um untergesetzliche Rechtsnormen handelt, mit deren Erlass der parlamentarische Gesetzgeber in zulässiger Weise ein Gremium der funktionalen Selbstverwaltung beauftragt hat ([§ 85 Abs 4a SGB V](#) - s hierzu BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 26](#) RdNr 13-17). Dem Bewertungsausschuss kommt bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe - wie jedem Normgeber - ein von den Gerichten zu beachtender Gestaltungsspielraum zu (BSG, Urteil vom 11.10.2006 - [B 6 KA 46/05 R](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr 13](#) RdNr 24, zur Veröffentlichung auch in BSGE vorgesehen; zur Gestaltungsfreiheit des Normgebers bei der Ausformung von Honorarverteilungsregelungen s auch BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 32](#) RdNr 15 sowie [BSGE 89, 259, 264](#) = [SozR 3-2500 § 87 Nr 34](#) S 192). Die gerichtliche Kontrolle von Entscheidungen des Bewertungsausschusses ist deshalb im Wesentlichen auf die Prüfung beschränkt, ob sich die untergesetzliche Norm auf eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage stützen kann und ob die Grenzen des Gestaltungsspielraums eingehalten sind (vgl [BSGE 96, 261](#) = [SozR 4-2500 § 92 Nr 5](#), jeweils RdNr 68; [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#), jeweils RdNr 86). Der Bewertungsausschuss überschreitet den ihm eröffneten Gestaltungsspielraum, wenn seine Entscheidungen von sachfremden Erwägungen getragen sind (BSG [SozR 4-2500 § 87 Nr 9](#) RdNr 17, mwN) oder wenn es im Lichte von [Art 3 Abs 1 GG](#) keinerlei vernünftige Gründe für die Gleichbehandlung von wesentlich Ungleichem bzw für die unterschiedliche Behandlung von im Wesentlichen gleich gelagerten Sachverhalten gibt (vgl BSG [SozR 4-2500 § 87 Nr 1](#) RdNr 18; [BSGE 92, 87](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 8](#), jeweils RdNr 19).

18

Nach diesen Maßstäben ist die Vorgabe in den Beschlüssen des Bewertungsausschusses vom 16.2.2000 und vom 20.6.2000, im Zusammenhang mit Veränderungen in der Zahl der Hausärzte nur Versorgungsbereichswechsel zu berücksichtigen, nicht zu beanstanden.

19

Die Regelung in [§ 85 Abs 4a SGB V](#) enthält eine mit den Vorschriften des GG vereinbare Ermächtigungsgrundlage für den Bewertungsausschuss zur normativen Festlegung von Kriterien zur Aufteilung der Gesamtvergütungen in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Anteil. Der Senat hat das bereits im Urteil vom 6.9.2006 ([SozR 4-2500 § 85 Nr 26](#) RdNr 13 ff) näher dargelegt. Weitere Ausführungen hierzu erübrigen sich, zumal das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) die gegen diese Entscheidung erhobene Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung angenommen hat (BVerfG (Kammer), Beschluss vom 10.5.2007 - [1 BvR 442/07](#)).

20

Der Bewertungsausschuss hat mit seiner Regelung die Grenzen des ihm vom parlamentarischen Gesetzgeber in [§ 85 Abs 4a Satz 3 SGB V](#) eröffneten Gestaltungsspielraums nicht überschritten. Diese Vorschrift steht in innerem Zusammenhang mit dem in Satz 1 aaO vorgegebenen grundlegenden Auftrag an den Bewertungsausschuss, Kriterien nicht nur für die erstmalige Festlegung der Vergütungsanteile für den hausärztlichen und den fachärztlichen Bereich, sondern auch für deren Anpassung an relevante Veränderungen der vertragsärztlichen Versorgung zu bestimmen. Satz 3 aaO legt als weitere Konkretisierung des Normprogramms - und Einschränkung des Gestaltungsspielraums des untergesetzlichen Normgebers - fest, dass Veränderungen in der Zahl der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in den Jahren nach 1996 zu berücksichtigen sind. Veränderungen solcher Art werden mithin als in jedem Falle für die Anpassung der Honoraranteile bedeutsam vorgegeben; dem Bewertungsausschuss bleibt damit insoweit nur noch, das "wie" von deren Berücksichtigung festzulegen und erforderlichenfalls weitere Merkmale für strukturelle Veränderungen in der vertragsärztlichen Versorgung als Auslöser einer Anpassung der Honoraraufteilung zwischen hausärztlichem und fachärztlichem Versorgungsbereich zu beschreiben. Die Vorgabe, Veränderungen in der Zahl der Hausärzte "in den Jahren nach 1996" zu berücksichtigen, führt außerdem dazu, dass bereits im Rahmen der erstmaligen Trennung der hausärztlichen und fachärztlichen Vergütungsanteile - also für das Quartal I/2000 - diesem Umstand Rechnung zu tragen war (vgl Abschnitt A Teil I Nr 1.1.2 des Beschlusses vom 16.2.2000).

21

Es ist mit höherrangigem Recht vereinbar, dass der Bewertungsausschuss in seinen Regelungen für die Jahre 2000 und 2001 - nur diese sind hier entscheidungserheblich - lediglich Versorgungsbereichswechsel als für die Versorgungssituation und deshalb auch für die Honoraraufteilung relevante strukturelle Veränderung in der Zahl der Hausärzte anerkennt, andere denkbare Anlässe für Veränderungen der Zahl an Hausärzten oder der Relation zwischen Haus- und Fachärzten hingegen unberücksichtigt gelassen hat. Hierfür sprechen sachliche Gründe, die geeignet sind, diese Regelung zu rechtfertigen.

22

Nicht im Streit steht zwischen den Beteiligten die Befugnis des Bewertungsausschusses, die auf Versorgungsbereichswchseln beruhenden Veränderungen in der Zahl der Hausärzte in der Weise zu berücksichtigen, wie dies in Abschnitt A Teil I Nr 1.1.2 (für die erstmalige Berechnung der Vergütungsanteile) bzw Nr 2.2 (für Versorgungsbereichswechsel ab 1.1.2000) seines Beschlusses vom 16.2.2000 sowie in Abschnitt B Nr 1.2 des Beschlusses vom 20.6.2000 (für Versorgungsbereichswechsel ab 1.1.2001) vorgesehen ist. Hiernach erfolgte ein automatischer Transfer der Honoraranteile eines die Versorgungsbereiche wechselnden Arztes in den jeweils anderen Honorartopf (von Hess in Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, Band 1, Stand 1.3.2007, § 85 RdNr 78, als "Rucksackverfahren" bezeichnet), wobei die hausärztlichen Grundvergütungen und später - ab 1.1.2001 - auch Honoraranteile für KO-Leistungen im hausärztlichen bzw fachärztlichen Bereich verblieben. Diese Regelung steht nicht im Widerspruch zur Rechtsprechung des Senats, nach der es mit dem Grundsatz der

Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht vereinbar ist, wenn allein die Erhöhung der Arztzahl einer Fachgruppe automatisch und unabhängig davon, ob damit eine bedarfsbedingte Veränderung des Leistungsgeschehens in medizinischer Hinsicht einhergeht, eine Steigerung ihres Honorarvolumens zu Lasten anderer nach sich zieht (Senatsbeschlüsse vom 22.6.2005 - [B 6 KA 68/04 B](#) - und vom 23.5.2007 - [B 6 KA 85/06 B](#) - juris). Denn im speziellen Fall des Wechsels von Vertragsärzten aus der hausärztlichen Betreuung in die fachärztliche Versorgung (oder umgekehrt) führt nicht allein die Veränderung der Arztzahlen im hausärztlichen bzw fachärztlichen Versorgungsbereich zu einem Honorartransfer; vielmehr ist hiermit stets auch eine Änderung des realen medizinischen Versorgungsgeschehens verbunden. Der in die fachärztliche Versorgung überwechselnde bisherige Hausarzt nimmt künftig nicht mehr die spezifisch hausärztlichen Betreuungs- und Koordinierungsfunktionen wahr, wird jedoch seine bisherigen Patienten weiterhin behandeln, soweit dies die Notwendigkeit der Beachtung der Fachgebietsgrenzen zulässt. Ein bislang in der fachärztlichen Versorgung tätiger Vertragsarzt kann nach einem Versorgungsbereichswechsel zwar zahlreiche bislang von ihm erbrachte Leistungen des sog KO-Katalogs nicht mehr abrechnen, wird aber seine bisherigen Patienten nunmehr in der hausärztlichen Versorgung weiter betreuen und den Behandlungsumfang darauf abstellen. Wegen dieser Veränderungen im realen Leistungsgeschehen ist der vom Bewertungsausschuss im Falle von Versorgungsbereichswechseln vorgesehene automatische Transfer der Honoraranteile der wechselnden Vertragsärzte (unter Ausklammerung der an einen Versorgungsbereich gebundenen Leistungen) nicht zu beanstanden.

23

Der Bewertungsausschuss war entgegen der Ansicht des Klägers und des SG nicht verpflichtet, bei der Umsetzung des [§ 85 Abs 4a Satz 3 SGB V](#) über Versorgungsbereichswechsel hinaus auch die Zahl neu zugelassener Hausärzte zu berücksichtigen. Das LSG weist in diesem Zusammenhang zunächst zutreffend darauf hin, dass die unterbliebene Berücksichtigung eines zur Erhöhung der Hausärztezahl führenden Umstands bei der Honoraraufteilung zwischen Haus- und Fachärzten den Kläger als Facharzt begünstigt, sodass hieraus eine Rechtsverletzung zu seinen Lasten nicht hergeleitet werden kann. Unabhängig davon wäre eine automatische Erhöhung des hausärztlichen Honoraranteils allein wegen zusätzlich zugelassener - zuvor nicht als Vertragsarzt tätiger - Hausärzte mit dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht vereinbar. Denn der hausärztliche Betreuungsbedarf der Versicherten, dessen Deckung mit einem angemessenen Vergütungsanteil honoriert werden soll, erhöht sich infolge Zulassung zusätzlicher Hausärzte als Leistungserbringer auf der Angebotsseite nicht (vgl die Senatsbeschlüsse vom 22.6.2005 und 23.5.2007, [aaO](#)). Entsprechendes gilt für das Unterlassen der Berücksichtigung einer Reduzierung der Zahl an Hausärzten, die eintritt, wenn Zulassungen für diesen Versorgungsbereich durch Tod, Erreichen der Altersgrenze, Verzicht oder Entziehung der Zulassung enden, ohne dass eine Nachfolgezulassung (vgl [§ 103 Abs 4 SGB V](#)) erteilt wird. In solchen Konstellationen ist offensichtlich, dass sich der hausärztliche Betreuungsbedarf der Versicherten infolge Schließung bestehender Hausarztpraxen nicht verringert, die betroffenen Patienten vielmehr von anderen Hausärzten mit versorgt werden müssen. Dem Bewertungsausschuss wäre es deshalb verwehrt, allein die Erhöhung oder Verminderung der Zahl der Hausärzte zum Anlass für eine Anpassung der hausärztlichen bzw fachärztlichen Vergütungsanteile zu nehmen. Davon abgesehen ist nach den Feststellungen des LSG die Zahl der im Bezirk der Beklagten zugelassenen Hausärzte zwischen 1996 und 2004 ohnehin praktisch konstant geblieben (Rückgang von 2.094 auf 2.076 Hausärzte, dh um 0,86 %), sodass eine vertiefte Erörterung dieses Aspekts nicht veranlasst ist.

24

Weiterhin ist nicht zu beanstanden, dass Änderungen im Zahlenverhältnis zwischen Hausärzten und Fachärzten, die sich aufgrund einer deutlichen Zunahme an Fachärzten ergaben, in den Festlegungen des Bewertungsausschusses für die Bestimmung des hausärztlichen bzw fachärztlichen Vergütungsanteils für die hier maßgeblichen Jahre 2000 und 2001 keine Berücksichtigung gefunden haben.

25

Dem Berufungsgericht ist allerdings nicht zu folgen, soweit es unter Bezugnahme auf Hess ([aaO](#), [§ 85 SGB V](#) RdNr 78) der Vorschrift des [§ 85 Abs 4a Satz 3 SGB V](#) im Umkehrschluss das Verbot einer Berücksichtigung der Entwicklung der Zahl an Fachärzten entnimmt und deshalb im Falle eines deutlichen Fortschreitens der Leistungsmengen- und Arztzahlentwicklung zu Lasten des hausärztlichen Bereichs ein korrigierendes Eingreifen des parlamentarischen Gesetzgebers für erforderlich hält. Diese Argumentation wird dem inneren Zusammenhang der Regelungen in den Sätzen 1 und 3 des [§ 85 Abs 4a SGB V](#) nicht ausreichend gerecht. Diese schreiben - wie bereits ausgeführt - eine Berücksichtigung von Veränderungen in der Zahl der Hausärzte zwingend vor, gestatten aber auch die Anpassung an andere, nicht näher spezifizierte strukturelle Veränderungen in der Versorgungslandschaft (s hierzu Abschnitt B Nr 4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 20.6.2000, [aaO](#)). Deshalb ist der Bewertungsausschuss prinzipiell befugt und gehalten, in der Versorgungsrealität eventuell zu beobachtende strukturelle Leistungsverlagerungen in den fachärztlichen Bereich, die möglicherweise mit einer steigenden Zahl an Fachärzten - auch unabhängig von Versorgungsbereichswchseln - einhergehen, durch entsprechende Vorgaben für die Anpassung der Vergütungsanteile beider Versorgungsbereiche so zu berücksichtigen, dass ein Eingreifen des Gesetzgebers nicht erforderlich wird (s hierzu auch BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 24](#) RdNr 17). Allein der Anstieg der Zahl an Fachärzten kann allerdings einen Honorartransfer von der hausärztlichen in die fachärztliche Versorgung nicht rechtfertigen.

26

Der Bewertungsausschuss hat sich der in [§ 85 Abs 4a Satz 1 SGB V](#) begründeten Verpflichtung, Veränderungen im Versorgungsbedarf und in der Versorgungsstruktur zu beobachten und erforderlichenfalls die Vorgaben für die Trennung der Gesamtvergütungen in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Honoraranteil anzupassen, nicht entzogen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Verpflichtung des Bewertungsausschusses zur Festlegung von Regelungen zur Trennung der Vergütungsanteile erstmals durch das am 29.12.1999 verkündete GKVRefG 2000 geschaffen wurde und kurzfristig bis zum 28.2.2000 umzusetzen war (zur Streichung der Worte "erstmalig bis zum 28. Februar 2000" in [§ 85 Abs 4a Satz 1 SGB V](#) s Art 1 Nr 64 Buchst i) Doppelbuchst aa) GMG). Der Bewertungsausschuss hat die rasch erforderlichen Festlegungen zur erstmaligen Trennung der Vergütungsanteile in seinem Beschluss vom 16.2.2000 bewältigt und sodann in Abschnitt B Nr 4.1 des nachfolgenden Beschlusses vom 20.6.2000 das Programm zur Berücksichtigung von anderen versorgungsbereichsübergreifenden Leistungsverlagerungen bei der Trennung der Gesamtvergütungen konzipiert. Er hat zur Bewältigung dieser Aufgabe die Notwendigkeit einer genaueren Kenntnis der Entwicklungen an den Schnittstellen der Versorgungsbereiche gesehen und deshalb angekündigt, im Jahr 2001 eine repräsentative Auswertung versorgungsbereichsübergreifender Leistungsverlagerungen im Jahr 2000 - also nach erstmalig erfolgter Trennung der Honoraranteile - vorzunehmen, um anschließend auf einer durch ausreichende Daten

gesicherten Grundlage erforderlichenfalls Beschlüsse zu fassen. Entsprechende Beschlüsse wurden sodann vom Bewertungsausschuss mit Wirkung ab 1.1.2002 getroffen (vgl Engelmann, aaO, Nr 767a). Unter Berücksichtigung der Komplexität der Aufgabe, Veränderungen in der Versorgungsstruktur zu erfassen und auf ihre Relevanz für die Trennung der Versorgungsbereiche zu bewerten, ist diese Vorgehensweise nicht zu beanstanden.

27

Die Auffassung des Klägers, eine Nichtberücksichtigung der Steigerung der Zahl der Fachärzte im Vergleich zur gleich gebliebenen Zahl der Hausärzte bei der Aufteilung der Gesamtvergütungen auf den hausärztlichen und den fachärztlichen Bereich bewirke eine einseitige Belastung der Fachärzte und damit einen Verstoß gegen [Art 3 Abs 1 GG](#), trifft nicht zu. Der Kläger beanstandet insoweit im Kern, es sei ungerecht, der in etwa gleich bleibenden Zahl von Hausärzten einen konstanten Honoraranteil zu belassen, diese mithin im Ergebnis von den Auswirkungen einer zunehmenden Zahl an Vertragsärzten freizustellen, während die Gruppe der Fachärzte die finanziellen Folgen dieser Entwicklung alleine tragen müsse. Eine Ungleichbehandlung im Wesentlichen gleich gelagerter Sachverhalte liegt jedoch nicht vor. Wie bereits ausgeführt, muss nach den Regelungen in [§ 85 Abs 4](#), 4a SGB V und dem von der Rechtsprechung näher konkretisierten Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit auch die Gruppe der Hausärzte das Risiko einer Arztzahlsteigerung selbst tragen und aus dem für die hausärztliche Versorgung zur Verfügung stehenden Honoraranteil finanzieren. Beiden Leistungsbereichen kommen die regelmäßigen Erhöhungen der Gesamtvergütungen ([§ 85 Abs 3](#) iVm [§ 71 SGB V](#)) entsprechend ihrem Anteil am Versorgungsbedarf gleichermaßen zugute. Hier wie dort können nur festgestellte Veränderungen in der Struktur der Leistungsanspruchnahme durch die Versicherten - dh im medizinischen Bedarf - eine Veränderung des Zuschnitts der jeweiligen Anteile bewirken, nicht aber eine bloße Erhöhung der Zahl der jeweiligen Leistungserbringer im Versorgungsbereich. Auch unter Berücksichtigung des Umstands, dass seit vielen Jahren die Zahl der Hausärzte in etwa konstant bleibt bzw leicht sinkt, während die Zahl der Fachärzte deutlich ansteigt (vgl Tabellen I.5 und I.6 - dort jeweils Zeilen 21 und 22 - in den Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2006, herausgegeben von der KÄBV), ist eine Ungleichbehandlung gleicher Sachverhalte nicht festzustellen. Mit der Definition unterschiedlicher medizinischer Versorgungsfunktionen einer hausärztlichen und einer fachärztlichen Tätigkeit und mit der Trennung der ursprünglich gemeinsam verteilten Gesamtvergütungen zum 1.1.2000 hat der Gesetzgeber in zulässiger Weise eine Differenzierung innerhalb der Arztberufe vorgenommen (vgl [BSGE 80, 256](#) = [SozR 3-2500 § 73 Nr 1](#); s auch BVerfG (Kammer) [SozR 3-2500 § 73 Nr 3](#)). Dies führt dazu, dass eine Entwicklung, die sich auf die Verhältnisse in der Gruppe der Fachärzte beschränkt, keine Ungleichbehandlung im Verhältnis zu der hiervon nicht betroffenen Gruppe der Hausärzte entfalten kann.

28

3. Das nach alledem im Ergebnis zutreffende Urteil des LSG ist auch nicht wegen eines Verfahrensmangels aufzuheben. Der Kläger rügt insoweit, dass der Bewertungsausschuss bzw die Partner der Bundesmantelverträge nicht zu dem Rechtsstreit beigelegt wurden. Nach der Rechtsprechung des Senats ist es allerdings sachgerecht, zu Streitigkeiten, in denen es um die Gültigkeit der vom Bewertungsausschuss beschlossenen untergesetzlichen Normen geht, nicht den Bewertungsausschuss als Vertragsorgan, sondern die Partner der Bundesmantelverträge gemäß [§ 75 Abs 1 SGG](#) einfach beizuladen (vgl BSG [SozR 4-2500 § 87 Nr 3](#) RdNr 6, mwN). Durch eine solche prozessuale Gestaltung wird berücksichtigt, dass die Partner der Bundesmantelverträge durch eine gerichtliche Entscheidung, welche inzident die Gültigkeit einer vom Bewertungsausschuss beschlossenen untergesetzlichen Norm verneint, materiell beschwert werden. Dass das Berufungsgericht von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch gemacht hat, stellt indessen regelmäßig keinen Verfahrensfehler dar (vgl BSG [SozR 3-5520 § 32b Nr 3](#) S 10; ebenso Krasney/Udsching, Handbuch des sozialgerichtlichen Verfahrens, 4. Aufl 2005, Kap VI RdNr 8; anders wohl Littmann in Lütke [Hrsg], Handkommentar zum SGG, 2. Aufl 2006, § 75 RdNr 8). Im Übrigen käme vorliegend schon gemäß [§ 170 Abs 1 Satz 2 SGG](#) eine Zurückverweisung des Rechtsstreits an das LSG zur Nachholung einer unterbliebenen Beiladung nicht in Betracht, da aus Sicht des Revisionsgerichts die Klage in jedem Falle abgewiesen werden muss und sich die Klageabweisung zugunsten des Beizuladenden auswirkt ([BSGE 67, 251](#), 253 = [SozR 3-2500 § 92 Nr 2](#) S 17; Keller/Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 8. Aufl 2005, § 75 RdNr 13c).

29

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#) iVm [§ 154 Abs 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2008-05-20