B 6 KA 6/10 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Gotha (FST)
Aktenzeichen
S 7 KA 646/03 u. S 7 KA 3216/03
Datum
25.07.2007
2. Instanz
Thüringer LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 1284/07 u. L 4 KA1285/07
Datum
17.12.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 6/10 R
Datum
23.03.2011
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Bei der Aufteilung der Gesamtvergütungsanteile auf einzelne Arztgruppen sind die tatsächlichen Vergütungsanteile dieser Gruppen zugrunde zu legen. Eine Berücksichtigung der angeforderten Punktzahlen kommt nur ausnahmsweise in Betracht und erfordert eine nachvollziehbare Begründung, warum dies zur Erreichung bestimmter legitimer Steuerungszwecke geboten ist.

Auf die Revision des Klägers werden das Urteil des Thüringer Landessozialgerichts vom 17. Dezember 2008 aufgehoben und die Berufungen der Beklagten gegen die Urteile des Sozialgerichts Gotha vom 25. Juli 2007 zurückgewiesen. Die Beklagte trägt die Kosten des Berufungs- und Revisionsverfahrens.

Gründe:

I

1

Im Streit steht die Höhe vertragsärztlichen Honorars für die Quartale IV/2001, I/2002 und II/2002.

2

Der Kläger ist als fachärztlicher Internist mit kardiologischer Ausrichtung zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Mit Wirkung zum 1.1.2001 teilte die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) den auf die fachärztliche Versorgung entfallenden Gesamtvergütungsanteil, der bis dahin in fachgruppenbezogene Honorarkontingente gegliedert war, in zwei Bereiche auf, nämlich in einen für die nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) budgetierten und in einen für die nicht budgetierten Fachgruppen. Leitzahl 602b des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) der Beklagten bestimmte hierzu:

3

"Das Aufteilungsverhältnis zwischen budgetierten und nicht budgetierten Fachgruppen an der Gesamtvergütung wird auf der Basis des prozentualen Anteils des Leistungsbedarfs ohne Berücksichtigung der Praxis- und Zusatzbudgets (angeforderte Punktzahl) des Jahres 1999 an der fachärztlichen Gesamtpunktzahlanforderung, vermindert um die in den Punkten 1-3 definierten Punktzahlanforderungen, ermittelt".

4

Gegen die auf dieser Rechtsgrundlage ergangenen Honorarbescheide für die strittigen Quartale erhob der - den nicht budgetierten Fachgruppen zugeordnete - Kläger erfolglos Widersprüche. Im nachfolgenden Klageverfahren hat das SG die Honorarbescheide aufgehoben und die Beklagte zur Neubescheidung verurteilt (Urteile vom 25.7.2007). Bei der Bestimmung des Aufteilungsverhältnisses dürfe nur das Honorar berücksichtigt werden, das den Fachgruppen im Einklang mit den Regelungen des EBM-Ä zugestanden habe. Die Einbeziehung darüber hinausgehender Honoraranforderungen in die für das Aufteilungsverhältnis maßgebliche Bezugsgröße stelle eine sachlich nicht zu rechtfertigende Privilegierung der budgetierten zu Lasten der nicht budgetierten Fachgruppen dar.

5

Auf die Berufungen der Beklagten hat das LSG - nach Verbindung der Verfahren - die Urteile des SG aufgehoben und die Klagen abgewiesen (Urteil vom 17.12.2008). Zur Begründung hat es ausgeführt, die Beklagte dürfe grundsätzlich auf der Basis des HVM Aufteilungskriterien festlegen. Die umstrittene Regelung stelle keine Privilegierung der budgetierten Fachgruppen zu Lasten der nicht budgetierten dar, sondern orientiere sich zulässigerweise am tatsächlichen Leistungsgeschehen. Bei der Bestimmung des Aufteilungsverhältnisses handle es sich lediglich um eine virtuelle Berechnungsgröße für den jeweils zur Verfügung stehenden Honoraranteil, die allein die Ebene der Honorarverteilung und - anders als die Regelungen des EBM-Ä über die Praxis- und Zusatzbudgets - nicht die der Leistungsbewertung betreffe. Die nicht budgetierten Fachgruppen hätten keinen Anspruch darauf, auch im Rahmen der Honorarverteilung gegenüber den budgetierten Fachgruppen privilegiert zu werden. Vielmehr sei zwischen beiden Gruppen ein Ausgleich dergestalt vorzunehmen, dass für alle Fachgruppen ein wirtschaftliches Arbeiten möglich sei. Es seien keine zweckgerichteten Manipulationen erkennbar, zumal auch der in der Vergangenheit liegende Referenzzeitraum eine Einflussnahme ausschließe.

6

Mit seiner Revision rügt der Kläger die Verletzung von Bundesrecht. Die Beklagte sei nicht berechtigt, bei einer Aufteilung des fachärztlichen Gesamtvergütungsanteils das vor Anwendung der Praxis- und Zusatzbudgets ermittelte Punktzahlvolumen zu berücksichtigen. Vielmehr könne nur das Honorar relevant sein, das den Ärzten rechtmäßig - dh im Einklang mit dem EBM-Ä - zugestanden habe. Dies sei bei der angeforderten Punktmenge vor Anwendung der Praxis- und Zusatzbudgets gerade nicht der Fall, da diese Leistungsanteile enthalte, auf deren Vergütung die betroffenen Ärzte infolge der von den KÄVen zwingend anzuwendenden Praxis- und Zusatzbudgets keinen Anspruch gehabt hätten. Die Ärzte der nicht budgetierten Fachgruppen seien im Hinblick auf ihren angeforderten Leistungsbedarf nicht frei. Sie würden vorwiegend hoch spezialisierte Leistungen erbringen, die vornehmlich nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden könnten; eine Leistungsausweitung sei nur in Grenzen möglich.

7

Der Kläger beantragt, das Urteil des Thüringer Landessozialgerichts vom 17. Dezember 2008 aufzuheben und die Berufungen der Beklagten gegen die Urteile des Sozialgerichts Gotha vom 25. Juli 2007 zurückzuweisen.

8

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

9

Die Beklagte hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Sie habe mit der streitgegenständlichen Regelung im Rahmen ihres Gestaltungsspielraums sachlich gerechtfertigte Ziele verfolgt, nämlich die Schaffung einer gleichwertigen Ausgangslage von budgetierten und nicht budgetierten Fachgruppen bei der Ermittlung des Aufteilungsverhältnisses. Hierin liege weder eine Privilegierung der budgetierten Fachgruppen noch eine "Aushebelung" der Praxisbudgetierung. Die Regelung bedeute auch nicht, dass zu Gunsten der budgetierten Fachgruppen Leistungen vergütet würden, auf die die abrechnenden Ärzte keinen Anspruch hätten. Es sei zu berücksichtigen, dass die für die budgetierten Fachgruppen abrechenbaren Punktmengen in Folge der Praxisbudgets stets begrenzt gewesen seien. Eine Ermittlung des Aufteilungsverhältnisses auf der Grundlage des anerkannten Leistungsbedarfes hätte aufgrund eines geringeren Anteils am fachärztlichen Gesamtvergütungsanteil sowie der Wirkung der Praxisbudgetierung zu einer doppelten Benachteiligung der budgetierten Fachärzte geführt.

10

Bei der Bestimmung des Aufteilungsverhältnisses sei nicht zwingend das gesetzliche - rechtmäßig zustehende - Honorar relevant, sondern es könne das tatsächliche Leistungsgeschehen zugrunde gelegt werden. Es habe dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit entsprochen, für beide Gruppen auf die gleiche Ausgangsbasis abzustellen. Es dürfe auch nicht außer Betracht bleiben, dass auch für die nicht budgetierten Fachgruppen eine "Budgetierung" Anwendung gefunden habe, nämlich eine Individualbudgetierung nach Leitzahl 506 HVM. Schließlich sei zu berücksichtigen, dass die von den Ärzten der budgetierten Fachgruppen über den Grenzbetrag hinaus erbrachten Leistungen keinesfalls rechtswidrig bzw nicht ordnungsgemäß abgerechnet worden seien, sondern lediglich keine Erhöhung des Honorars zur Folge gehabt hätten.

11

11

Die - auf die Rechtmäßigkeit des Aufteilungsverhältnisses zwischen den fachärztlichen Gruppen beschränkte - Revision des Klägers ist begründet. Das LSG hat zu Unrecht die Urteile des SG aufgehoben und die Klagen abgewiesen.

12

Zwar ist die Bildung von Honorarkontingenten dem Grunde nach zulässig (1.), doch widersprechen die Kriterien, die durch die streitgegenständliche Honorarverteilungsregelung für die Bildung der Honorarkontingente vorgegeben werden, grundlegenden Prinzipien, die bei einer Honorarverteilung auf der Basis von Fachgruppentöpfen zu beachten sind (2.).

13

1. Rechtsgrundlage für den Anspruch des Klägers auf Zahlung höherer vertragsärztlicher Vergütung ist [§ 85 Abs 4 Satz 1 bis 3 SGB V](#) (hier anzuwenden in der ab 1.1.2000 geltenden Fassung des 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 der Art und dem Umfang der von ihm erbrachten und abrechnungsfähigen Leistungen nach Maßgabe der Honorarverteilungsregelungen im HVM zu (st Rspr

des BSG, vgl [SozR 4-2500 § 85 Nr 34](#) RdNr 14). Vertragsärzte, die - wie der Kläger - an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen, können die leistungsproportionale Teilhabe am Honorarkontingent der Fachärzte beanspruchen (BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 34](#) RdNr 14; BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 26](#) RdNr 10).

14

Bei der Ausgestaltung des HVM haben die KÄVen einen Gestaltungsspielraum (st Rspr des Senats, vgl [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#), RdNr 50 mwN; BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 45](#) RdNr 16); diese Gestaltungsfreiheit 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 (BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 40](#) RdNr 17 mwN; BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 45](#) RdNr 16). Der HVM muss jedoch mit der Ermächtigungsgrundlage in Einklang stehen und insbesondere das in [§ 85 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) angesprochene Gebot der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars sowie den aus [Art 12 Abs 1](#) iVm [Art 3 Abs 1 GG](#) herzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit beachten (s u a [BSGE 75, 187](#), 191 f = [SozR 3-2500 § 72 Nr 5](#) S 9; [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#), RdNr 50; zuletzt BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 45](#) RdNr 16).

15

In Anwendung dieser Maßstäbe hat der Senat in ständiger Rechtsprechung auch eine Honorarverteilung unter Bildung von Honorartöpfen bzw Honorarkontingenten für einzelne Fachgruppen und/oder Leistungsbereiche als rechtmäßig angesehen (st Rspr des BSG, vgl [SozR 4-2500 § 85 Nr 40](#) RdNr 18; [SozR 4-2500 § 85 Nr 34](#) RdNr 24; [BSGE 97, 170](#) = [SozR 4-2500 § 87 Nr 13](#), RdNr 50; [SozR 4-2500 § 85 Nr 17](#) RdNr 11; [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#), RdNr 50 f; [BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 12](#), RdNr 15; grundlegend [BSGE 83, 1](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr 26](#)). Die darin liegende Abweichung vom Grundsatz leistungsproportionaler Verteilung ([§ 85 Abs 4 Satz 3 SGB V](#)) wird vor allem durch das Ziel sachlich gerechtfertigt, die Folgen der gesetzlichen Festlegung von Obergrenzen für die Erhöhung der Gesamtvergütungen in den unterschiedlichen Arztgruppen bzw Leistungsbereichen gleichmäßig umzusetzen (BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 34](#) RdNr 24; [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#), RdNr 50; [BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 12](#), RdNr 15). Es soll dadurch verhindert werden, dass sich der Anteil einer Arztgruppe an den Gesamtvergütungen trotz konstant bleibenden Behandlungsbedarfs ihrer Patienten nur deshalb verändert, weil andere Arztgruppen mit Hilfe medizinisch nicht gerechtfertigter Mengenausweitungen ihre Anteile am insgesamt abgerechneten Leistungsvolumen erhöhen (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 48](#) S 408 f; BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 34](#) RdNr 24; [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#), RdNr 50; [BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 12](#), RdNr 15).

16

Bei der Bildung von Honorarkontingenten kann auch an die Verhältnisse in einem früheren Quartal angeknüpft werden (BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 40](#) RdNr 18; BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 34](#) RdNr 24; [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#), RdNr 50; [BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 12](#), RdNr 15; [BSGE 90, 111](#), 117 f = [SozR 3-2500 § 85 Nr 49](#) S 421; BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 48](#) S 409). Auch steht der Zuordnung zu einem Honorarkontingent nicht entgegen, dass Leistungen betroffen sind, die überweisungsgebunden sind; es können auch Leistungen erfasst werden, die einer Mengenausweitung nicht zugänglich sind (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 48](#) S 409; BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 45](#) RdNr 18; BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 40](#) RdNr 18; [BSGE 97, 170](#) = [SozR 4-2500 § 87 Nr 13](#), RdNr 50; [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#), RdNr 50; [BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 12](#), RdNr 15, 30). Ebenso können Fachgruppen einem Honorarkontingent zugeordnet werden, deren Angehörige vorwiegend oder ausschließlich auf Überweisung tätig werden (vgl zB BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 45](#) RdNr 18 f - Anästhesisten; [BSGE 97, 170](#) = [SozR 4-2500 § 87 Nr 13](#), RdNr 50 - Laborärzte; BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 24](#) S 164 - Laborärzte).

17

2. Ist die Bildung von Honorarkontingenten somit dem Grunde nach zulässig, widersprechen jedoch die für die Bestimmung des Aufteilungsverhältnisses zwischen den Gruppen der budgetierten und der nicht budgetierten Fachärzte maßgeblichen Vorgaben im HVM der Beklagten den in der Rechtsprechung des Senats für die Bildung von Honorarkontingenten aufgestellten Anforderungen. Die streitgegenständliche Honorarverteilungsregelung verstößt in ihrer konkreten Ausgestaltung gegen den Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung in Verbindung mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ([Art 12 Abs 1](#) iVm [Art 3 Abs 1 GG](#)), ohne dass hierfür eine sachliche Rechtfertigung erkennbar ist. Sie barg die Gefahr in sich, dass es in den streitbefangenen Quartalen zu einer konkreten Besserstellung der budgetierten Fachgruppen und gleichzeitig zu einer entsprechenden Benachteiligung der nicht budgetierten Fachgruppen kommen konnte.

18

a) Der im streitgegenständlichen Zeitraum maßgebliche HVM der Beklagten sah für den fachärztlichen Versorgungsbereich ab dem Jahr 2001 die Bildung je eines Honorarkontingents für die budgetierten Fachgruppen sowie für die unbudgetierten Fachgruppen vor. Nach Leitzahl 602b HVM bestimmte sich der in diesen Honorarkontingenten jeweils für die Honorarverteilung zur Verfügung stehende Anteil an den Gesamtvergütungen anhand des Aufteilungsverhältnisses, das sich aus den von beiden Gruppen im Bezugszeitraum 1999 angeforderten Punktzahlen ohne Berücksichtigung der Auswirkungen von Praxis- und Zusatzbudgets ergab. Mithin wurden auf Seiten der budgetierten Arztgruppen auch Punkte berücksichtigt, die im Referenzzeitraum nicht mit einem Zugewinn an Honorar unterlegt waren, weil deren Abrechnung den Ärzten als Folge der Anwendung der Vorschriften über die Praxis- und Zusatzbudgets kein zusätzliches Honorar mehr eingebracht hat.

19

Indem die Beklagte die Aufteilung zwischen budgetierten und nicht budgetierten Arztgruppen nicht nach den tatsächlichen Vergütungsanteilen dieser beiden Gruppen im Referenzzeitraum, sondern nach der Anzahl der angeforderten Punkte vorgenommen hat, hat sie zumindest in Kauf genommen, dass es zu Verschiebungen zu Lasten der unbudgetierten Gruppen kommen konnte, wie sich aus Folgendem ergibt:

20

Die beanstandete Regelung wirkt sich entgegen der Auffassung des Berufungsgerichts nicht lediglich "virtuell" aus, sondern sie führt im Ergebnis dazu, dass die Höhe der für die Vergütung im aktuellen Quartal maßgeblichen Punktwerte beider Gruppen durch das Verhalten der Mitglieder der budgetierten Fachgruppen in der Vergangenheit mitbestimmt wird. Der (gruppenspezifische) Auszahlungspunktwert bestimmt sich maßgeblich nach dem Verhältnis der zu verteilenden Gesamtvergütungen - dh der zur Verteilung zur Verfügung stehenden Geldmenge - zur (berücksichtigungsfähigen) Gesamtpunktzahlanforderung aller teilhabeberechtigten Vertragsärzte. Je höher der Gesamtvergütungsanteil einer der beiden Gruppen ist, desto höher ist (grundsätzlich) auch der für sie maßgebliche Auszahlungspunktwert.

21

Die Höhe der jeweiligen Gesamtvergütungsanteile der budgetierten bzw der nicht budgetierten Gruppen (das Honorarkontingent) wiederum hängt nach der hier angewandten HVM-Regelung davon ab, in welchem Umfang die budgetierten Fachgruppen im Bezugszeitraum ihr Leistungs- und Abrechnungsverhalten an die durch den EBM-Ä vorgegebenen Praxis- und Zusatzbudgets angepasst haben. Je größer das Ausmaß der Überschreitung der vorgegebenen Budgets im Bezugszeitraum war, desto höher ist aktuell der Gesamtvergütungsanteil der budgetierten Fachgruppen in den streitbefangenen Quartalen, während umgekehrt der Anteil der nicht budgetierten Fachgruppen entsprechend sinkt. Im Ergebnis kann durch eine an die abgerechneten Leistungen anknüpfende HVM-Regelung eine Besserstellung der budgetierten Fachgruppen bewirkt werden, soweit diese erheblich mehr Punkte abgerechnet haben, als unter Budgetbedingungen tatsächlich honoriert worden sind.

22

Unterstellt, beide Gruppen hätten im Referenzzeitraum identische Anteile an den Gesamtvergütungen erhalten, wobei die unbudgetierten Arztgruppen ihren Anteil mit 10 Mio Punkten zu 3 Cent "verdient" hätten, während die budgetierten Gruppen im Budget 9 Mio Punkte zu 3,33 Cent vergütet bekommen haben und weitere 2 Mio Punkte sich nicht mehr vergütungserhöhend auswirken konnten, dann wandelt sich das Verhältnis von 1:1 im Referenzzeitraum zu einem von 10:11 im aktuellen Zeitraum um, wenn die Anteile nunmehr allein nach der Zahl der Punkte berechnet werden.

23

Dabei ist ohne Bedeutung, ob der in der Vergangenheit liegende Referenzzeitraum eine Einflussnahme ausgeschlossen hat. Auch wenn die budgetierten Fachgruppen im Referenzjahr 1999 noch keinerlei Kenntnis von der ab 2001 geltenden HVM-Regelung gehabt haben können, ändert dies nichts daran, dass ihr damaliges Verhalten dazu geführt haben dürfte, dass sich in den streitgegenständlichen Quartalen ihr Anteil zu Lasten der anderen Gruppen erhöhte. Derartige Auswirkungen wären nur dann ausgeschlossen, wenn alle Fachärzte, die im Bezugsjahr 1999 den Regelungen des EBM-Ä über Praxis- und Zusatzbudgets unterlagen, die Budgetgrenzen eingehalten hätten. Dies erscheint jedoch in der Lebenswirklichkeit ausgeschlossen.

24

b) Eine die dargestellten Honorarverschiebungen zulassende Honorarverteilungsregelung ist mit den Grundsätzen des Vertragsarztrechts nicht vereinbar.

25

aa) Die grundsätzliche Zulässigkeit der Bildung von Honorarkontingenten enthebt die KÄV nicht von ihrer Verpflichtung, bei der Bemessung der Kontingente das in [§ 85 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) angesprochene Gebot der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars sowie den aus [Art 12 Abs 1](#) iVm [Art 3 Abs 1 GG](#) herzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit zu beachten. Das Gebot der leistungsproportionalen Verteilung besagt, dass vertragsärztliche Leistungen prinzipiell gleichmäßig zu vergüten sind (st Rspr, vgl [BSGE 73, 131](#), 136 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 4](#) S 24; [BSGE 83, 205](#), 211 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 29](#) S 218; BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 38](#) S 311). Der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ist - im Sinne einer unzulässigen Gleichbehandlung - verletzt, wenn vom Prinzip der gleichmäßigen Vergütung abgewichen wird, obwohl zwischen den betroffenen Ärzten oder Arztgruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass eine ungleiche Behandlung gerechtfertigt ist (st Rspr, vgl [BSGE 77, 288](#), 294 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 11](#) S 69 f; [BSGE 83, 52](#), 58 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 28](#) S 207; vgl auch BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 58 RdNr 29](#)). Eine von Fachgruppe zu Fachgruppe unterschiedliche Vergütung ist verfassungsrechtlich nur zu begründen, wenn sie einen legitimen Zweck verfolgt (in diesem Sinne schon [BSGE 77, 288](#), 294 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 11](#) S 70; zur sachlichen Rechtfertigung s auch [BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 12](#) RdNr 10).

26

bb) Diesen Anforderungen entspricht die streitgegenständliche HVM-Regelung nicht, weil sie - wie dargestellt - zur Folge haben konnte und auch gehabt hat, dass es zu einer Honorarverschiebung zugunsten der budgetierten Gruppen kommt. Eine daraus resultierende Besserstellung in Form höherer Punktwerte und damit einer besseren Vergütung von durch den EBM-Ä gleich bewerteten Leistungen stellt sich nicht als legitime Folge der Bildung von Honorarkontingenten dar, sondern resultiert allein aus der konkreten Regelung zum Aufteilungsverhältnis im HVM der Beklagten.

27

Die mit der Bildung von Honorarkontingenten verbundene Abweichung von den Grundsätzen der leistungsproportionalen Verteilung und der Honorarverteilungsgerechtigkeit rechtfertigt sich vor allem durch deren Ziel, Honorarverschiebungen zu Lasten anderer Arztgruppen zu verhindern (s.o.). Ihre Bildung dient somit dem Zweck, den Status quo zu erhalten. Die hierdurch legitimierten Auswirkungen bestehen darin, dass es in der Folgezeit - entsprechend der jeweiligen Mengenentwicklung - in den den Honorarkontingenten unterworfenen

Fachgruppen zu unterschiedlich hohen Auszahlungspunktwerten und damit zu Unterschieden in der Vergütung von durch den EBM-Ä gleich bewerteten Leistungen kommen kann. Der Zweck der Kontingentierung würde jedoch in sein Gegenteil verkehrt, wenn bereits die Bildung von Honorarkontingenten als solche dazu führt, dass die Honoraranteile bestimmter Arztgruppen zu Lasten anderer Arztgruppen verändert würden.

28

Ist die Regelung des Aufteilungsverhältnisses zwischen budgetierten und unbudgetierten Fachgruppen somit nicht bereits durch den der Honorarkontingentierung an sich zugrundeliegenden Zweck legitimiert, bedarf die hieraus (voraussichtlich) resultierende ungleiche Vergütung und damit die Abweichung von den genannten Grundsätzen einer eigenständigen Rechtfertigung. Eine sachliche Rechtfertigung lässt sich jedoch weder aus der streitgegenständlichen Regelung selbst entnehmen noch ist sie sonst erkennbar. Die vom Berufungsgericht angeführten Gründe - die Orientierung am tatsächlichen Leistungsgeschehen, die (vermeintliche) Privilegierung der nicht budgetierten Gruppen bzw die Schaffung eines Ausgleiches, um für alle Fachgruppen ein wirtschaftliches Arbeiten zu ermöglichen - sind nicht tragfähig. So ist weder erkennbar noch substantiiert vorgetragen, dass es - über die bloße Freistellung von den Regelungen über die Praxis- und Zusatzbudgets hinaus - zu einer Privilegierung der nicht budgetierten Gruppen gekommen ist oder dass den budgetierten Gruppen ein wirtschaftliches Arbeiten ohne die umstrittene Aufteilungsregelung nicht möglich wäre.

29

Erst recht rechtfertigt das "tatsächliche Leistungsgeschehen" keine Abweichung der vorliegenden Art, da es nicht zwingend den tatsächlichen Versorgungsbedarf widerspiegelt. Im Gegenteil läuft die streitgegenständliche Regelung den für die Bildung von Honorarkontingenten maßgeblichen Grundsätzen auch deshalb zuwider, weil sie bewirkt, dass den Honorarkontingenten nicht der tatsächliche Versorgungsbedarf zugrunde liegt. Nach der Rechtsprechung des Senats müssen die Anteile der einzelnen Fachgruppentöpfe an den Gesamtvergütungen auf der Grundlage des tatsächlichen medizinischen Versorgungsbedarfs der Patienten in den jeweiligen Fachgebieten bzw Leistungsbereichen bemessen werden (BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 34](#) RdNr 24; BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 48](#) S 409). Die notwendige innere Rechtfertigung für die von einer rein leistungsproportionalen Verteilung abweichenden Vergütung besteht gerade darin, dass damit unabhängig von unterschiedlichen Mengenentwicklungen eine Gleichbehandlung der Arztgruppen nach Maßgabe des von ihnen sicherzustellenden realen medizinischen Versorgungsbedarfs gewährleistet wird (BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 34](#) RdNr 25). Dem entspricht die streitgegenständliche Regelung deshalb nicht, weil sie die Auswirkungen der im Bezugszeitraum geltenden Regelungen über Praxis- und Zusatzbudgets außer Betracht lässt.

30

Die Praxis- und Zusatzbudgets waren - ungeachtet ihrer vorrangigen Orientierung an den Praxiskosten - so bemessen, dass sie - bezogen auf die der Budgetierung unterliegenden Leistungsbereiche - den tatsächlichen medizinischen Versorgungsbedarf abdeckten (zu den Grundstrukturen vgl BSG [SozR 4-2500 § 87 Nr 2](#) RdNr 5 ff und BSG [SozR 4-2500 § 87 Nr 12](#) RdNr 11 ff, jeweils mwN). Dies folgt schon im Umkehrschluss aus der Regelung, dass die Budgets gemäß Nr 4.3 der Allgemeinen Bestimmungen A I., Teil B EBM-Ä zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs erweitert werden konnten (siehe hierzu zB BSG aaO RdNr 15). Eine Honorarverteilungsregelung, die an die angeforderten Punktzahlen anknüpft, lässt diesen Gesichtspunkt außer Betracht.

31

c) Das die Regelung zur Bestimmung des Aufteilungsverhältnisses im HVM der Beklagten nicht im Einklang mit den Vorgaben des Vertragsarztrechts steht, belegt auch eine Hilfsüberlegung: Hätte die Beklagte im Bezugsjahr 1999 eine Honorarverteilungsregelung des Inhalts getroffen, das die Auswirkungen der durch den EBM-Ä vorgeschriebenen Praxis- und Zusatzbudgets bei der Honorarverteilung keine Berücksichtigung finden, wäre ein späteres Anknüpfen an diese (rechtswidrige) Honorarverteilungsregelung unzulässig gewesen. Denn es widerspricht grundlegenden, bei einer Honorarverteilung auf der Basis von Fachgruppentöpfen zu beachtenden Prinzipien, wenn die Honorarverteilung in Anknüpfung an die Ergebnisse einer in einem früheren Zeitraum unter Außerachtlassung des medizinischen Versorgungsbedarfs materiell rechtswidrig vorgenommenen Honorarverteilung erfolgt (BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 34](#) RdNr 23 ff, insbesondere RdNr 25). Mit der Zugrundelegung eines materiell rechtswidrigen - den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit missachtenden - Verteilungsergebnisses würde im späteren Quartal die Topfbildung ihrer Funktion und Legitimation beraubt und wäre nur noch eine Fortführung des Status quo unter Besitzstandswahrung für die im Basisquartal rechtswidrig Begünstigten bei gleichzeitiger Fortschreibung der Belastungen für die benachteiligten Arztgruppen (BSG aaO RdNr 25).

32

Zwar knüpft die strittige HVM-Regelung nicht an eine in der Vergangenheit in rechtswidriger Weise durchgeführte Honorarverteilung an, sondern weicht im Gegenteil vom Ergebnis der im Bezugszeitraum rechtmäßig durchgeführten Honorarverteilung ab. Es macht jedoch keinen Unterschied, ob die zur rechtlichen Überprüfung anstehende Honorarverteilungsregelung unmittelbar an eine vorangegangene rechtswidrige Honorarverteilungsregelung anknüpft oder ob sie statt dessen Abrechnungswerte zugrunde legt, die ebenfalls auf einer rechtswidrigen Regelung beruhen würden, wenn sie das Ergebnis einer entsprechenden Honorarverteilungsregelung gewesen wären.

33

d) Schließlich bestätigen auch vergleichbare Sachverhalte regelnde gesetzliche wie auch untergesetzliche Normen des Vertragsarztrechts, dass bei der Aufteilung der Gesamtvergütungen in Honorarkontingente nicht das angeforderte Punktzahlvolumen, sondern das rechtmäßig zustehende Honorar zugrunde zu legen ist.

34

So bestimmt [§ 85 Abs 4a Satz 2 Halbsatz 1 SGB V](#), dass bei der erstmaligen Bestimmung der Vergütungsanteile für die hausärztliche

Versorgung nach [§ 85 Abs 4a Satz 1 SGB V](#) der auf die hausärztliche Versorgung entfallende Anteil an der Gesamtheit des innerhalb einer KÄV "abgerechneten" Punktzahlvolumens des Jahres 1996 zugrunde zu legen ist. Der hierfür nach [§ 85 Abs 4a Satz 1 SGB V](#) zuständige Bewertungsausschuss hat diese gesetzliche Regelung dahingehend präzisiert, dass es auf den "zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannten Leistungsbedarfs (nach sachlich-rechnerischer Berichtigung unter Berücksichtigung der zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen Teilbudgets bzw Praxisbudgets)" ankommt (Beschluss vom 16.2.2000, DÄ 2000, A-556, 557 - Anlage 1 Schritt 1; siehe hierzu BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 26](#)).

35

Diese Präzisierung ist nicht zu beanstanden. Entgegen der Auffassung der Beklagten ist der in [§ 85 Abs 4a Satz 2 SGB V](#) verwendete Begriff des "abgerechneten Punktzahlvolumens" auslegungsfähig und -bedürftig. Ihre Interpretation, dass die "angeforderten" Punktzahlen den "abgerechneten" gleichzustellen seien, stellt eine mögliche, aber keineswegs zwingende Auslegung dar. Im Gegenteil liegt es näher, unter dem "abgerechneten" Punktzahlvolumen allein die von der KÄV anerkannten Punktzahlen zu verstehen, da die "Abrechnung" unter Berücksichtigung der vertragsarztrechtlichen Besonderheiten nicht einseitig durch den Vertragsarzt im Wege der Rechnungslegung erfolgt, sondern nach Vorlage der Abrechnungs-Sammelerklärung im Rahmen der Honorarverteilung durch einen Honorarbescheid der KÄV. Auch die Rechtsprechung des BSG geht davon aus, dass bei der Bildung von Honorartöpfen an die in einem früheren Zeitraum "ausbezahlten Abrechnungsvolumina" angeknüpft wird (vgl BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 34](#) RdNr 24; BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 48](#) S 409). "Ausbezahlt" wird das nach den Regelungen des EBM-Ä und des HVM (vorbehaltlich nachträglicher Prüfungen) rechtmäßig zustehende Honorar.

36

Auch der für die Jahre 2009 und 2010 geltende [§ 87c SGB V](#), eine gesetzliche Übergangsregelung zur Einführung des neuen vertragsärztlichen Honorarsystems, stellt bei der (erstmaligen) Festlegung der bundeseinheitlichen Orientierungswerte für die Euro-Gebührenordnung wie auch bei der (erstmaligen) Vereinbarung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütungen auf die "Menge der abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen, jeweils nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen" ab ([§ 87c Abs 1 Satz 6 Halbsatz 2, Abs 4 Satz 3 Halbsatz 1 SGB V](#)).

37

3. Die Beklagte muss daher neu über die Honoraranprüche des Klägers für die streitbefangenen Quartale entscheiden. Wenn sich der Verstoß tatsächlich zu Lasten der unbudgetierten Gruppen auswirkt, worauf die im Termin vorgelegten Musterrechnungen der Beklagten schließen lassen, muss die Beklagte den HVM dahin ergänzen, dass die Aufteilung des fachärztlichen Gesamtvergütungsanteils nicht zu einer Veränderung der im Jahre 1999 bestehenden Relationen führt, oder nachvollziehbar begründen, warum sie nunmehr eine Begünstigung der budgetierten Arztgruppen zur Erreichung bestimmter legitimer Steuerungszwecke für geboten hält.

38

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#) iVm einer entsprechenden Anwendung der [§§ 154 ff VwGO](#). Danach hat die Beklagte auch die Kosten des Berufungs- und Revisionsverfahrens zu tragen ([§ 154 Abs 1 VwGO](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2011-09-19