

B 6 KA 7/99 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
-

Datum
02.12.1998
2. Instanz
-

Aktenzeichen
-

Datum
-

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

B 6 KA 7/99 R

Datum

08.03.2000

Kategorie

Urteil

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 2. Dezember 1998 wird zurückgewiesen. Der Kläger hat der Beklagten die außergerichtlichen Kosten des Revisionsverfahrens zu erstatten. Im übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

Gründe:

I

Umstritten ist die Höhe des vertragsärztlichen Honorars im Quartal III/1997.

Mit Bescheid vom 25. Februar 1998 setzte die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) das Honorar des als Kinderarzt an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Klägers für das Quartal III/1997 auf 61.560,53 DM fest. Sie wandte dabei die zum 1. Juli 1997 in Kraft getretene Regelung des Abschnitts A I, Teil B des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) über die Praxisbudgets und ihren ebenfalls zum 1. Juli 1997 neu gefaßten Honorarverteilungsmaßstab (HVM) an. Im Vergleich zum Vorjahresquartal ging das Honorar des Klägers bei leicht erhöhter Fallzahl um 24,9 % zurück; der Rückgang beim Fallwert belief sich auf 26,3 % und beim Leistungsbedarf in Punkten auf 24,3 %.

Mit seinem Widerspruch machte der Kläger geltend, für die Einführung von Praxisbudgets im EBM-Ä sei eine erforderliche gesetzliche Grundlage nicht vorhanden, da die Neufassung des [§ 87 Abs 2a](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) durch das 2. Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz - 2. GKV-NOG) vom 23. Juni 1997 erst am 1. Juli 1997 und damit nach Beschlussfassung des Bewertungsausschusses im November 1996 und März 1997 in Kraft getreten sei. Im übrigen sei die Honorarverteilung der Beklagten fehlerhaft. Diese habe bei der Bildung des Fachgruppentopfes für die Kinderärzte nicht berücksichtigt, daß der Bewertungsausschuß die Vorsorge- und Früherkennungsleistungen bei Kindern zum 1. Januar 1996 höher bewertet habe. Diese Höherbewertungen seien bei der Bemessung des an den Abrechnungsergebnissen der Jahre 1994 und 1995 orientierten Honorarkontingents der Kinderärzte außer acht gelassen worden. Zudem habe die Beklagte Impfleistungen entgegen § 9 Abs 1c HVM dem Fachgruppentopf für die nicht budgetierten Leistungen zugeordnet.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit der Begründung zurück, sie sei an die Ausgestaltung der Praxisbudgets im EBM-Ä gebunden und habe die dort enthaltenen Vorgaben im Rahmen ihres HVM korrekt umgesetzt. Bei der Ermittlung des Sollumsatzes für die einzelnen Arztgruppen habe der Bewertungsausschuß bewußt nicht auf das Jahr 1996 abgestellt, weil dieses bei Festlegung der maßgeblichen Umsätze abrechnungsmäßig noch nicht abgeschlossen gewesen sei und im übrigen nicht als repräsentativ habe gelten können. Die Neukonzeption des Bewertungsmaßstabs habe sicherstellen sollen, daß über alle Arztgruppen hinweg bei quantitativ durchschnittlicher Leistungserbringung auch ein durchschnittliches Arzteinkommen zu erzielen sei. Die Höherbewertung der Vorsorgeleistungen im EBM-Ä 1996 habe deshalb im Rahmen der Honorarverteilung nicht zu einer Erhöhung des Kontingents für die Kinderärzte führen können. Im übrigen sei sie - die Beklagte - ihrer Anpassungs- und Beobachtungspflicht hinsichtlich des völlig neuen Honorierungskonzepts nachgekommen und habe beschlossen, die Impfleistungen wegen ihrer großen präventiven Bedeutung ab dem Quartal III/1998 vorab aus der Gesamtvergütung zu honorieren. Verwerfungen zwischen den einzelnen Arztgruppen seien im übrigen dadurch ausgeschlossen, daß nach ihrem HVM das Honorarkontingent der Kinderärzte nicht unter 97% des dieser Arztgruppe im Jahre 1995 zugeflossenen Anteils der zu verteilenden Gesamtvergütung absinken dürfe.

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen. Die Einführung der Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 sei nicht zu beanstanden. Dasselbe gelte für die Regelungen des HVM der Beklagten. Entgegen der Auffassung des Klägers seien die Impfleistungen keine gemäß § 9 Abs 1 HVM

vorab zu vergütenden Leistungen, weil sie nicht zu den in § 9 Abs 1c HVM genannten Kostenpauschalen für Dialysen und andere Kostenerstattungen zu rechnen seien.

Die Klage habe auch keinen Erfolg, soweit sie sich gegen die Berechnung des Honoraranteils der Kinderärzte an der Gesamtvergütung richte. Die Höhe des für die Kinderärzte zur Verfügung stehenden Honorarkontingents werde bestimmt durch den Sollumsatz dieser Arztgruppe im Jahre 1994, durch den für sie bundeseinheitlich festgelegten Kostensatz sowie durch die Zahl der in dieser Arztgruppe abrechnenden Ärzte. Wegen der Bezugnahme auf das Jahr 1994 habe die Höherbewertung der Kindervorsorgeleistungen (Nrn 142 bis 149 EBM-Ä) zum 1. Januar 1996 nicht berücksichtigt werden können. Diese Leistungen seien nicht budgetiert, so daß bei den Kinderärzten der Anteil der unbudgetierten Leistungen möglicherweise höher sei als in anderen Arztgruppen. Dies könne jedoch den Honoraranteil der Kinderärzte nicht beeinflussen. Im übrigen bestünden keine Anhaltspunkte für eine Benachteiligung dieser Arztgruppe (Urteil vom 2. Dezember 1998).

Mit seiner Sprungrevision rügt der Kläger eine Verletzung materiellen Rechts dadurch, daß seine Impfleistungen nicht vorab aus der Gesamtvergütung honoriert worden seien. Das Bundesministerium für Gesundheit habe ausdrücklich die Auffassung vertreten, auf der Grundlage des [§ 85 Abs 3a Satz 7 SGB V](#) seien Präventionsleistungen, zu denen auch Impfleistungen zählten, mit einem stabilen und ggf steigenden Punktwert zu vergüten. Das ergebe sich aus dem Zweck dieser Norm, Präventionsleistungen besonders zu fördern; zudem habe der EBM-Ä die Präventions- und Impfleistungen dem nicht budgetierten Bereich aller Arztgruppen zugeordnet. Nur bei formaler Betrachtungsweise habe der HVM der Beklagten an dieser bundesrechtlichen Vorgabe nichts geändert. In der Wirklichkeit führe die Bildung eines Fachgruppentopfes für den budgetierten wie für den unbudgetierten Bereich dazu, daß Ausweitungen im unbudgetierten Bereich - ua durch Präventions- und Impfleistungen - zu Lasten des Punktwerts im budgetierten Bereich gingen. Die mit der Ausgliederung der Impfleistungen aus dem budgetierten Bereich verbundene Anreizfunktion gehe damit wieder verloren, weil die jeweilige Arztgruppe die dafür erforderlichen Vergütungsanteile faktisch durch einen Rückgang des Punktwerts im budgetierten Bereich zu finanzieren habe. Das sei mit [§ 85 Abs 3a Satz 7 SGB V](#) unvereinbar. Deshalb müßten Impfleistungen vorab wie Pauschalleistungen honoriert werden, wie dies in § 9 Abs 1 Buchst i des HVM idF vom 25. Juni 1998 mit Wirkung vom Quartal III/1998 auch vorgesehen sei.

Weiterhin sei zu beanstanden, daß als Folge der Honorarverteilung der Beklagten die Höherbewertung der Vorsorgeleistungen gegenüber Kindern im EBM-Ä 1996 den Kinderärzten ab dem Quartal III/1997 nicht zugute gekommen sei. Zutreffend habe das SG entgegen dem Vorbringen der Beklagten eindeutig bestätigt, daß diese Bewertungskorrektur infolge der Aufteilung der Gesamtvergütung in gruppenspezifische Honorarkontingente durch den HVM ins Leere gegangen sei. Das SG habe indessen verkannt, daß eine KÄV im Rahmen der Honorarverteilung an die strukturellen Vorgaben des EBM-Ä gebunden sei. Da die Höherbewertung der Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen im Hinblick auf das Gebot der leistungsproportionalen Vergütung eine wichtige Vorgabe des EBM-Ä für die Honorarverteilung enthalte, müsse die begünstigte Arztgruppe kraft Bundesrechts davon auch nach Einführung des Praxisbudgets profitieren können.

Das Bemühen der Beklagten, durch die Bildung von arztgruppenbezogenen Honorarkontingenten Mengenausweitungen zu Lasten bestimmter Arztgruppen zu verhindern, rechtfertige die Regelung im HVM nicht. Vorsorgeuntersuchungen seien nicht nach der Entscheidung des Arztes ausweit- bzw vermehrbare, sondern ihrem Wesen nach mengenmäßig begrenzt. Das SG erkenne, daß mengensteuernde Maßnahmen im Rahmen der Honorarverteilung nicht die aus übergeordneten Gründen erforderliche und tatsächlich im EBM-Ä bereits realisierte Höherbewertung von Leistungen zunichte machen dürften. Die Beklagte hätte deshalb das Honorarkontingent für die Kinderärzte genau um den sich aus der Aufwertung der Vorsorgeleistungen zum 1. Januar 1996 ergebenden Betrag aufstocken müssen, wie sie dies für die fachärztlichen Internisten mit der Teilgebietsbezeichnung "Kardiologie" getan habe.

Der Kläger beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 2. Dezember 1998 aufzuheben, den Abrechnungsbescheid der Beklagten für das Quartal III/1997 vom 25. Februar 1998 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 19. August 1998 abzuändern und die Beklagte zu verpflichten, ihn, den Kläger, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Die Einwände des Klägers gegen ihre Honorarverteilung im Quartal III/1997 seien nicht gerechtfertigt. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) verbiete [§ 85 Abs 3a Satz 7 SGB V](#) den KÄVen nicht, die dort vom Gesetzgeber privilegierten Leistungen in mengenbegrenzende Regelungen wie etwa fachgruppenbezogene Honorarkontingente einzubeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit habe im übrigen nur gefordert, Impfleistungen dem unbudgetierten Bereich zuzuordnen. Daran habe sich der Bewertungsausschuß gehalten. Im übrigen habe sie - die Beklagte - nach Vorlage der Abrechnungsergebnisse der beiden letzten Quartale des Jahres 1997 zum 3. Quartal 1998 ihren HVM geändert und eine Vorabhonorierung von Impfleistungen mit einem privilegierten Punktwert beschlossen (§ 9 Abs 3 Buchst i des HVM in der ab 1. Juli 1998 geltenden Fassung).

Die Intention bei der Einführung der Praxisbudgets sei nicht dahin gegangen, einzelnen Arztgruppen für bestimmte Leistungen ein höheres Honorar zukommen zu lassen, sondern jedem Arzt die Erreichung einer bestimmten durchschnittlichen, für die Arztgruppe typischen und unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten ausreichenden Punktzahl zu ermöglichen, für die er ggf weniger leisten müsse als in der Vergangenheit. Entscheidende Größe bei der Berechnung des Praxisbudgets sei der durch den EBM-Ä selbst vorgegebene Sollumsatz der einzelnen Arztgruppen, der der Berechnung der Honorarkontingente zugrunde gelegt worden sei. Zahlreiche Leistungspositionen des EBM-Ä, die für verschiedene Arztgruppen von erheblicher Bedeutung seien, seien 1996 umgestaltet und zum Teil höher bewertet worden. Das habe bei der Orientierung des Praxisbudgets an dem Sollumsatz der einzelnen Arztgruppen im Jahre 1994 keine Rolle spielen können, weil die Vergütungsbedingungen des Jahres 1996 nicht hätten fortgeschrieben werden sollen. Im übrigen hätte sie - die Beklagte - sich in Widerspruch zu den bindenden Vorgaben des EBM-Ä gesetzt, wenn sie das Honorarkontingent der Kinderärzte höher festgesetzt hätte als es sich unter Heranziehung des Sollumsatzes dieser Arztgruppe 1994 ergab. Damit wäre den Kinderärzten ein höherer Überschuß je Arzt als allen anderen budgetierten Arztgruppen zugestanden worden. Soweit sich der Kläger auf die Sonderbehandlung der Kardiologen berufe, sei deren Situation mit derjenigen der Kinderärzte nicht vergleichbar, weil die Kardiologen zu den nicht budgetierten Arztgruppen gehörten. Für die Forderung, die unbudgetierten Leistungen aller der Budgetierung unterliegenden Arztgruppen von der Honorarverteilung nach

Fachgruppen auszunehmen und aus einem einheitlichen Vergütungstopf mit einem (dann notwendig schwankenden) Punktwert zu vergüten, bestehe keine Rechtsgrundlage.

Eine besondere Benachteiligung der Kinderärzte sei im übrigen durch die Regelung des § 9 Abs 3 Buchst e HVM verhindert worden. Dort sei geregelt, daß der Honoraranteil einer Gruppe an der zu verteilenden Gesamtvergütung im Vergleich zu deren Anteil im Jahre 1995 nicht niedriger als 97 % sein dürfe. Davon hätten insbesondere die Kinderärzte profitiert. Im übrigen werde ab dem 1. Juli 1998 die hausärztliche Grundvergütung für alle hausärztlich tätigen Ärzte unter Einfluß der Kinderärzte mit einem gemeinsamen Punktwert honoriert.

Die Beigeladenen äußern sich im Revisionsverfahren nicht.

II

Die Revision des Klägers hat keinen Erfolg. Das SG hat zu Recht entschieden, daß die angefochtenen Honorarbescheide der Beklagten rechtmäßig sind.

Die Beklagte hat bei der Honorarabrechnung des Klägers für das Quartal III/1997 die zum 1. Juli 1997 eingeführten Bestimmungen über die Praxisbudgets im EBM-Ä angewandt. Diese sind, soweit der Senat darüber auf Grund der Revisionsrügen des Klägers (vgl [§§ 162, 164 Abs 2 Satz 3 SGG](#)) zu entscheiden hat, mit höherrangigem Recht vereinbar und von der Beklagten in ihrem HVM korrekt umgesetzt worden.

Mit Beschlüssen vom 19. November 1996 und 11. März 1997 hat der Bewertungsausschuß den EBM-Ä, Allgemeine Bestimmungen A I., Teil B, neu gefaßt (Deutsches Ärzteblatt (DÄ) 1997, C 654 ff). Die im EBM-Ä enthaltenen ärztlichen Leistungen unterliegen danach nach Maßgabe näherer Bestimmungen je Arztpraxis und Abrechnungsquartal für die nach Nr 1.5 aaO aufgeführten Arztgruppen einer fallzahlabhängigen Budgetierung. Die in den Budgets enthaltenen Leistungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal jeweils nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl abrechnungsfähig. Die Höhe der Budgets ergibt sich aus dem Produkt der Fallpunktzahl und der Zahl der Fälle gemäß Nr 1.4 aaO. Diese Regelung hat zum Ziel, die Auswirkungen des seit Jahren zu beobachtenden Punktwertverfalls zu begrenzen und den Vertragsärzten mehr Kalkulationssicherheit zu geben. Der einzelne Arzt soll wissen können, welches Punktzahlvolumen rechnerisch für die fachgruppentypischen Leistungen pro Behandlungsfall zur Verfügung steht. Da eine vermehrte Erbringung und Abrechnung der vom Praxisbudget erfaßten Leistungen über den praxisindividuellen Grenzbetrag hinaus keine Erhöhung des Honorars zur Folge hat, wird der Anreiz zur Ausweitung der Leistungsmenge begrenzt. Da wiederum der Punktwert für die ärztlichen Leistungen (auch) von der Anzahl der zu vergütenden Punkte abhängt, bewirkt eine Begrenzung dieser Punktmenge eine Stabilisierung des Punktwertes. Im Idealfall weiß dann der einzelne Arzt nicht nur, wie hoch sein Punktzahlenkontingent für die budgetierten Leistungen bei konstanter Fallzahl ist, sondern kennt auch annäherungsweise den Punktwert für diese Leistungen und damit das Honorarvolumen für den überwiegenden Teil seiner Behandlungsleistungen.

Im einzelnen ist die Regelung im EBM-Ä folgendermaßen ausgestaltet. Für die Arztgruppen, die in die Budgetierung einbezogen werden, ist zwischen drei Leistungsbereichen zu unterscheiden. Dem Praxisbudget (grüner Bereich) ist - von Arztgruppe zu Arztgruppe variierend - die Mehrzahl der ärztlichen Leistungen zugeordnet, die das Behandlungsspektrum in der einzelnen Arztgruppe typischerweise abdecken. Der Anteil der Leistungen, die in das Praxisbudget fallen, reicht von 45 % bei den Anästhesisten bis zu 88 % bei den Augenärzten (Ballast, Ersatzkasse 1996, 440, 443). Das Praxisbudget wird - ähnlich wie das Budget für Leistungen des Basislabors nach Abschnitt O I EBM-Ä, das Gegenstand der Senatsentscheidung vom 20. März 1996 gewesen ist ([BSGE 78, 98 = SozR 3-2500 § 87 Nr 12](#)) - durch Multiplikation der arztgruppenspezifischen und nach Versichertenstatus variierenden Fallpunktzahl mit der Zahl der in der Praxis behandelten budgetrelevanten Fälle ermittelt. Diese Multiplikation ergibt ein individuelles, auf die einzelne Praxis bezogenes Budget als Obergrenze von Punktzahlanforderungen für den budgetierten Leistungsbereich. Die für die einzelne Arztgruppe maßgebliche Fallpunktzahl ist so festgesetzt worden, daß zunächst auf der Basis aller verfügbaren Daten ein durchschnittlicher Kostenanteil je Arztgruppe berechnet worden ist. Durch Aufaddierung der Kostenanteile aller in die Budgets einbezogenen Arztgruppen wird ein Kostenbetrag in DM ermittelt und von der auf diese Arztgruppe entfallenden Gesamtvergütung nach Vorwegabzug belegärztlicher Vergütungen abgezogen. Der verbleibende Betrag der Gesamtvergütung wird als Einkommensanteil gleichmäßig auf alle in die Budgetierung einbezogenen Vertragsärzte aufgeteilt. Bei bundesweiter Betrachtung erreichte diese fiktive Einkommensgröße zuletzt 138.000,00 DM, wobei dieser Wert ohne die Einbeziehung der neuen Bundesländer 145.000,00 DM betragen hätte (Ballast aaO). Die Addition der fiktiven Einkommensgröße und die nach Arztgruppen schwankenden Durchschnittskosten ergeben einen Normumsatz. Wird dieser durch die abgerechneten Fälle eines Bezugszeitraums dividiert, ergibt sich ein durchschnittlicher Fallwert in DM, der wiederum in Punkte umgerechnet das Praxisbudget für den budgetierten Leistungsbereich ausmacht.

Bestimmte Leistungspositionen aller Arztgruppen sind nicht Bestandteil des Praxisbudgets, sondern einzelnen Zusatzbudgets (gelber Bereich) zugewiesen, wenn sie eine zusätzliche Qualifikation erfordern, nur von wenigen Ärzten einer Arztgruppe schwerpunktmäßig erbracht werden oder aufgrund eines besonderen Versorgungsbedarfs gesondert zu berücksichtigen sind (Allgemeine Bestimmungen A I, Teil B Nr 4 EBM-Ä). Der danach noch verbleibende, etwa 20 % ausmachende Leistungsbereich bleibt unbudgetiert (roter Bereich). Keine Praxisbudgets gelten für Arztgruppen, die nur auf Überweisung von Vertragsärzten in Anspruch genommen werden können, zB Radiologen, oder für die wegen des hohen Grades an Spezialisierung kein ausreichendes statistisches Material zur Ermittlung der Praxiskosten zur Verfügung stand.

Unterschiede in der Versorgungsstruktur im Bereich der einzelnen KÄVen werden dadurch berücksichtigt, daß die Berechnungsformel für die Bildung von Praxisbudgets bei signifikanter Abweichung von den im EBM-Ä zugrunde gelegten Daten regionalisiert ist und nach den entsprechenden Daten der jeweiligen KÄV schwankt. Lediglich der auf Bundesebene ermittelte durchschnittliche arztgruppenspezifische Praxiskostenanteil bleibt in der Berechnungsformel (Allgemeine Bestimmungen A I, Teil B Nr 3 iVm Anlage 3 EBM-Ä). Der besonderen Kostensituation kleinerer Praxen wird Rechnung getragen, indem eine fallzahldifferenzierte Bewertung der Praxisbudgets durch Zu- bzw Abschläge in drei Fallzahlkategorien eingeführt wird. Dabei wird für Praxen bis zur Hälfte der durchschnittlichen Fallzahl der jeweiligen Arztgruppe die Fallpunktzahl für das Praxisbudget um 10 % angehoben. Bei größeren Praxen erfolgen Abschläge von 10 % bzw bei Fallzahlen von mehr als 150 % gegenüber dem Durchschnitt der Arztgruppe von 20 % (Allgemeine Bestimmungen A I, Teil B Nr 2 EBM-Ä).

Bei Kinderärzten beträgt die bundeseinheitlich geltende Fallpunktzahl für den budgetierten Leistungsbereich ohne Differenzierung nach dem

Versichertenstatus 675 Punkte (Nr 1.5 EBM-Ä aaO). Hausärztlich tätige Kinderärzte können Zusatzbudgets für Allergologie, Sonographie, physikalische Therapie und Psychosomatik, Übende Verfahren beanspruchen. Zusatzbudgets für Kinderkardiologie und für Kinder- und Jugendpsychiatrie kann nur erhalten, wer einen entsprechenden Schwerpunkt nachweist bzw zusätzlich die Weiterbildung zum Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie absolviert hat. Nach Nr 5.1 EBM-Ä aaO sind bestimmte Kostenerstattungen und vertragliche Vereinbarungen wie die hausärztliche Grundvergütung, Schutzimpfungen und ähnliche Leistungen von der Budgetierung ausgenommen.

Rechtsgrundlage für die Einführung von Praxisbudgets ist zunächst [§ 87 Abs 2 Satz 1 iVm Abs 2a Sätze 1 und 2 SGB V](#). Danach bestimmt der Einheitliche Bewertungsmaßstab den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Die im EBM-Ä aufgeführten Leistungen sind zu Leistungskomplexen zusammenzufassen. Soweit dies medizinisch erforderlich ist, können Einzelleistungen vorgesehen werden. Seit dem 1. Juli 1997 schreibt [§ 87 Abs 2a Satz 8 SGB V](#) idF des 2. GKV-NOG vom 23. Juni 1997 ([BGBl I 1520](#)) zusätzlich vor, daß für die Menge von Leistungen oder von Gruppen von Leistungen, die von einer Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbar sind, Obergrenzen vorgesehen werden können; diese können für die Arztgruppen unterschiedlich festgesetzt werden. Daß die zum 1. Juli 1997 eingeführten Praxisbudgets im EBM-Ä nach Wortlaut und Zielsetzung dieser gesetzlichen Vorgabe entsprechen, ist nicht zweifelhaft und vom Kläger im Klageverfahren auch nicht in Abrede gestellt worden (vgl Landessozialgericht Niedersachsen (LSG), Beschluss vom 22. Oktober 1998 - [L 5 KA 33/98 ER](#) -; SG Mainz, Urteil vom 10. Februar 1999 - S 1 KA 521/98 -, Der Arzt und sein Recht, 1999, S 178 ff; SG Dortmund, Urteil vom 3. Mai 1999 - S 26 KR 224/98 -, Der Arzt und sein Recht, 1999, S 180 ff). Der im Klageverfahren auch vom Kläger vertretenen Ansicht, die Vorschriften im EBM-Ä über die Praxisbudgets seien nichtig, weil zum Zeitpunkt der Beschlussfassung durch den Bewertungsausschuß noch keine ausreichende gesetzliche Ermächtigungsgrundlage existiert habe (so Schnapp, NZS 1997, 152, 153), folgt der Senat nicht. Es kommt nicht darauf an, wann der Bewertungsausschuß die Beschlüsse zur Einführung des EBM-Ä gefaßt hat. Entscheidend ist vielmehr, ob zu dem Zeitpunkt, in dem diese Beschlüsse für die Honorarabrechnung des einzelnen Arztes Wirksamkeit erlangen, eine hinreichend bestimmte gesetzliche Ermächtigungsgrundlage vorhanden ist. Das war der Fall.

Die Rechtslage weicht insoweit von derjenigen ab, die für Rechtsverordnungen nach [Art 80 GG](#) gilt. Nach [Art 80 Abs 1 Satz 1 GG](#) können die Bundesregierung oder ein Bundesminister durch Gesetz ermächtigt werden, Rechtsverordnungen zu erlassen. Dabei müssen Inhalt, Zweck und Ausmaß der erteilten Ermächtigungen im Gesetz bestimmt werden. Die Rechtsgrundlage ist in der Verordnung anzugeben (Satz 3 aaO; vgl zum Zitiergebot Axer, Normsetzung der Exekutive in der Sozialversicherung, 1999, S 396). Aus dieser Vorschrift wird geschlossen, aus Gründen der Rechtssicherheit dürfe die Ausfertigung von Rechtsverordnungen erst nach Inkrafttreten des ermächtigenden Gesetzes erfolgen (vgl Bauer, in Dreier (Herausgeber) GG, Art 82 RdNr 22). Das ermächtigende Gesetz iS des [Art 80 Abs 1 GG](#) muß im Zeitpunkt der Verkündung der Rechtsverordnung wirksam sein, wobei es ausreicht, wenn das ermächtigende Gesetz am Tag der Ordnungsverkündung in Kraft tritt (Bauer, aaO, Art 80 RdNr 36). Dem Zitiergebot des [Art 80 Abs 1 Satz 3 GG](#) kann nicht dadurch entsprochen werden, daß eine Norm zitiert wird, die noch gar nicht "Gesetz" iS dieses Artikels ist.

Diese Anforderungen sind jedoch auf das Verhältnis von ermächtigendem Gesetz zum Erlaß des Bewertungsmaßstabes nach [§ 87 Abs 2 SGB V](#) nicht zu übertragen. Zum einen gilt für den EBM-Ä das Gebot, die Rechtsgrundlage anzugeben, nicht. Zum anderen darf der Verordnungsgeber nach [Art 80 Abs 1 GG](#) stets nur im Rahmen einer speziellen Ermächtigung, die auf ein bestimmtes, nach Inhalt, Zweck und Ausmaß vorgegebenes Regelungsziel ausgerichtet ist, normsetzend tätig werden. Der Bewertungsausschuß hingegen verfügt gemäß [§ 87 Abs 2 SGB V](#) über eine insoweit unbeschränkte Kompetenz zum Erlaß des Bewertungsmaßstabes. Soweit er für einzelne Regelungen einer über die Generalmächtigung in [§ 87 Abs 2](#) bzw Abs 2a Sätze 1 und [2 SGB V](#) hinausgehenden ausdrücklichen gesetzlichen Ermächtigung bedarf (vgl zu den Normsetzungsbefugnissen der Partner der Bundesmantelverträge bei statusrelevanten Regelungen [BSGE 82, 55](#), 59 = [SozR 3-2500 § 135 Nr 9](#) sowie [BSG SozR 3-2500 § 72 Nr 8](#) S 19), ist es ausreichend, wenn diese zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der ermächtigungsbedürftigen Vorschriften des EBM-Ä ihrerseits in Kraft getreten ist. Bedenken unter dem Gesichtspunkt der Rechtssicherheit können gegen dieses Ergebnis nicht erhoben werden. Die gegenteilige Auffassung würde im übrigen dazu führen, daß eine aus Sachgründen erforderliche Koordinierung des Normsetzungsprozesses zwischen parlamentarischem Gesetzgeber und untergesetzlichem Normgeber - hier dem Bewertungsausschuß - nicht möglich wäre und der untergesetzliche Normgeber erst zu einem späteren Zeitpunkt auf gesetzliche Ermächtigungen bzw Vorgaben reagieren könnte. Hier kannten die am Bewertungsausschuß beteiligten Partner der Bundesmantelverträge das Vorhaben des Gesetzgebers, ausdrücklich zur Einführung von Praxisbudgets zu ermächtigen. Zum Zeitpunkt der (ersten) Beschlussfassung des Bewertungsausschusses über die Einführung von Praxisbudgets am 19. November 1996 lag nämlich bereits der Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 8. November 1996 für das 2. GKV-NOG vor (BR-Drucks 822/96 vom 8. November 1996), dessen Art 1 Nr 24 die später Gesetz gewordene Ergänzung des [§ 87 Abs 2a SGB V](#) enthielt. Damit war für den Bewertungsausschuß während des Normsetzungsprozesses deutlich, daß der Gesetzgeber unabhängig davon, ob dies verfassungsrechtlich geboten war, eine spezielle gesetzliche Grundlage für die geplante Einführung der Praxisbudgets zur Verfügung stellen würde.

Die Regelungen des EBM-Ä über die Praxisbudgets ab dem Quartal III/1997 stehen - soweit hier darüber zu entscheiden ist - mit höherrangigem Recht in Einklang. [§ 87 Abs 2a Satz 8 SGB V](#) stellt eine verfassungskonforme Berufsausübungsregelung im Sinne des [Art 12 Abs 1 Satz 2 GG](#) dar. Die Einführung von Praxisbudgets beruht auf der Einschätzung der Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen auf Bundesebene, daß ein globales Ausgabenbudget der Krankenkassen für die Gesamtvergütung der vertragsärztlichen Versorgung auch nur in Form von Budgets an die Vertragsärzte weitergegeben werden kann, wenn der kontinuierliche Rückgang der Auszahlungspunktwerte verhindert werden soll. Durch Praxisbudgets und ergänzende Maßnahmen der Honorarverteilung soll das insgesamt abgerechnete Punktzahlvolumen reduziert werden mit der Folge, daß unter dem globalen Budget (Betrag der von allen Krankenkassen für die vertragsärztliche Versorgung gezahlten Gesamtvergütungen) der Punktwert stabil bleibt bzw wieder ansteigt. Auf diese Weise soll dem Vertragsarzt durch stabilisierte Punktwerte vor der Leistungserbringung eine ausreichende Kalkulation seiner Praxiseinnahmen ermöglicht werden. Gleichzeitig soll der unter einem globalen Budget bestehende ökonomische Druck auf den einzelnen Arzt, zur Existenzsicherung das eigene Leistungsvolumen immer weiter auszudehnen (sog Hamsterradeneffekt), durch die Stabilisierung der Punktwerte beendet werden (vgl Erläuterungen zur Einführung der Praxisbudgets, DÄ 1997, C-647). Die sich seit Jahren immer schneller drehende Leistungsspirale, die auch durch die Einführung von Teilbudgets im EBM-Ä 1996 nicht hat gestoppt werden können, kann nach Einschätzung der Partner des Bewertungsausschusses einerseits durch die Einbeziehung des Großteils abrechnungsfähiger Leistungen in Budgets und andererseits durch wirksame Honorarverteilungsmaßnahmen gegen eine übermäßige Fallzahlentwicklung gebremst werden (DÄ, aaO). Daß damit vernünftige und wichtige Erwägungen des Allgemeinwohls angesprochen worden sind, unterliegt keinem Zweifel. Dasselbe gilt für die Notwendigkeit, dieses Steuerungsinstrument einheitlich für das Bundesgebiet zu normieren, was eine Regelung im EBM-Ä rechtfertigt (vgl [BSGE 78, 98](#), 104 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 12](#)).

Den mit jeder notwendig typisierenden und generalisierenden Regelung im Einzelfall möglicherweise einhergehenden Verwerfungen tragen die Vorschriften über die Praxisbudgets angemessen Rechnung. So bestimmt Nr 4.3 der Allgemeinen Bestimmungen, Teil B EBM-Ä, daß die KÄV auf Antrag eines Vertragsarztes im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Erweiterung der Praxisbudgets und/oder Zusatzbudgets gewähren kann. Hinsichtlich dieser Regelung haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung am 19. November 1996 eine Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets als Bestandteil der Bundesmantelverträge beschlossen (DÄ 1997, A-403; zur Befugnis der Partner der Bundesmantelverträge, Vereinbarungen zur Umsetzung des EBM-Ä zu schließen, vgl zuletzt BSG [SozR 3-2500 § 72 Nr 8 S 17](#)). In Nr 4 dieser Vereinbarung ist bestimmt, die Regelung in Abschnitt A I, Teil B, Nr 4.3 EBM-Ä dahin auszulegen, daß die KÄV auf Antrag des Vertragsarztes die Budgets insbesondere dann erweitern oder aussetzen kann, wenn nachfolgend genannte Krankheitsfälle oder spezifische Betreuungsleistungen den Schwerpunkt der Praxistätigkeit darstellen: "Betreuung von HIV-Patienten, onkologische Erkrankungen, Diabetes, Mukoviszidose, Schmerztherapie (für Teilnehmer an der Schmerztherapie-Vereinbarung), kontinuierliche Patientenbetreuung in beschützenden Einrichtungen, erheblich über dem Arztgruppendurchschnitt liegender Überweisungsanteil". Aufgrund dieser differenzierten Ausnahme- und Sonderregelung ist eine flexible Handhabung der Praxis- und Zusatzbudgets durch die einzelne KÄV möglich, die verhindert, daß durch die Anwendung der notwendigerweise schematisierenden Vorschriften über das Praxisbudget der Versorgungsauftrag der Vertragsärzte nicht mehr angemessen wahrgenommen werden kann. Im übrigen macht der Kläger Bedenken gegen die konkrete Ausgestaltung des für ihn im Quartal III/1997 geltenden Praxisbudgets nicht geltend, so daß weitergehende Ausführungen nicht veranlaßt sind.

Der HVM der Beklagten in der hier maßgeblichen, ab dem 1. Juli 1997 geltenden Fassung der Beschlüsse der Vertreterversammlung vom 19. Juni 1997 wird den Vorgaben des EBM-Ä gerecht und steht - soweit hier darüber zu entscheiden ist - mit höherrangigem Recht in Einklang. Nach § 9 Abs 3 HVM wird "vor dem Hintergrund der ab dem 1.7.1997 ... eingeführten arztgruppenbezogenen fallzahlabhängigen Praxisbudgets ..." die Honorarverteilung so vorgenommen, daß die nach Vornahme bestimmter Abzüge (§ 9 Abs 1 HVM) verbleibende Gesamtvergütung zunächst in Honorarkontingente für die budgetierten und die unbudgetierten Arztgruppen aufgeteilt wird. Maßgeblich sind dabei die Vergütungsanteile beider Gruppen im Jahre 1995 (aaO Buchst a). Das Honorarkontingent der budgetierten Gruppen, zu denen auch die Kinderärzte zählen, wird sodann in Kontingente für die einzelnen Arztgruppen unterteilt; diese werden durch Multiplikation des Sollumsatzes der jeweiligen Gruppe nach dem EBM-Ä mit der Zahl der der Gruppe angehörenden Ärzte am 1. Januar 1997 gebildet (aaO Buchst b). Innerhalb des Honorarkontingentes für jede budgetierte Gruppe werden zwei Vergütungsanteile festgelegt, und zwar für die vom Praxisbudget und eventuellen Zusatzbudgets erfaßten Leistungen (grüner und gelber Bereich) einerseits und für die nichtbudgetierten Leistungen (roter Bereich) andererseits (aaO Buchst c). Bei den Kinderärzten beträgt der Anteil für Leistungen in Praxis- und Zusatzbudgets 80,12%, der Anteil für nicht budgetierte Leistungen entsprechend 19,88% (Anlage F zu Buchst c, aaO).

Soweit der Kläger rügt, die Impfleistungen hätten nach § 9 Abs 1 Buchst c HVM vorab, dh vor Anwendung der Regeln des Abs 3 über die Verteilung der Gesamtvergütung, vergütet werden müssen, trifft dies nicht zu. Das SG hat in Anwendung des nicht revisiblen Rechts des HVM ([§ 162 SGG](#)) dargelegt, daß die Impfleistungen nicht zu den vorab zu vergütenden "Kostenpauschalen für Dialysen und andere Kostenerstattungen bzw Pauschalen nach EBM, Verträgen oder HVM" iSd § 9 Abs 1 Buchst c HVM zählen. Die vergütungsrechtliche Behandlung von Impfleistungen als ärztliche Leistungen und ihre Honorierung mit einem ggf schwankenden Punktwert ist mit Bundesrecht vereinbar. Nach [§ 85 Abs 3a Satz 7 SGB V](#), eingefügt mit Wirkung vom 1. Januar 1993 durch Art 1 Nr 43 Buchst f Gesundheitsstrukturgesetz (GSG), ist der Teil der Gesamtvergütung, der auf die ärztlichen Leistungen nach den [§§ 25](#) und [26 SGB V](#), die ärztlichen Leistungen der Schwangerschafts- und Mutterschaftsvorsorge im Rahmen des § 196 Abs 1 Reichsversicherungsordnung (RVO) sowie die ärztlichen Leistungen im Rahmen der von den Krankenkassen satzungsgemäß übernommenen Schutzimpfungen entfällt, zusätzlich zu den in [§ 85 Abs 3a Satz 1 SGB V](#) festgelegten Veränderungen in den Jahren 1993, 1994 und 1995 um jeweils 6 vH zu erhöhen. Gemäß [§ 85 Abs 4a Satz 3 2. Halbsatz SGB V](#) idF des GSG ist der nach Abs 3a Satz 7 zusätzlich zu entrichtende Vergütungsanteil nur zur Vergütung der Leistungen nach Abs 3a Satz 7 zu verwenden. Die Regelungen bezweckten, die genannten Präventionsleistungen aus der strikten Anbindung an den Anstieg der Gesamtvergütungen herauszunehmen (vgl Bericht des BT-Ausschusses für Gesundheit, [BT-Drucks 12/3937, S 13](#), zu Art 1 Nr 41 Buchst d) und sicherzustellen, daß die zusätzlichen Vergütungsanteile für die Prävention bei der Honorarverteilung nur diesen Leistungen zugute kommen (BT-Drucks, aaO, S 13, zu Art 1 Nr 41 Buchst g). Diese Bestimmungen erfassen das hier streitbefangene Quartal III/1997 nicht, weil sie - ebenso wie die anderen Regelungen des [§ 85 Abs 3a SGB V](#) - nur den Zeitraum der vom Gesetz verpflichtend vorgegebenen Begrenzung des Anstiegs der vertraglich zu vereinbarenden Gesamtvergütung auf die Steigerung der Grundlohnsomme, also die Jahre 1993 bis 1995, betreffen. Für das Jahr 1997 waren die Krankenkassen nicht gehalten, den auf die in [§ 85 Abs 3a Satz 7 SGB V](#) genannten Leistungen entfallenden Anteil der Gesamtvergütungen weiter zu erhöhen. Entsprechend kommt von vornherein eine Verpflichtung der KÄV, die Präventionsleistungen in einem gesonderten Vergütungstopf zu erfassen und ggf mit einem festen bzw vereinbarten Punktwert zu honorieren, nicht in Betracht.

Im übrigen hat der Senat in seinem Urteil vom 3. März 1999 - [B 6 KA 51/97 R](#) - im Anschluß an die Urteile vom 7. Februar 1996 ([BSGE 77, 279](#), 284 ff = [SozR 3-2500 § 85 Nr 10 S 59 ff](#) und BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 12 S 78 ff](#) - ambulantes Operieren -) ausgeführt, daß der KÄV zur Umsetzung der Verpflichtung aus [§ 85 Abs 3a Satz 7 SGB V](#) iVm [§ 85 Abs 4a Satz 3 SGB V](#) ein Gestaltungsspielraum zur Verfügung steht, der es ausschließt, sie zu einer bestimmten Form der Honorierung zu verpflichten. Es ist lediglich sicherzustellen, daß die gesetzlich festgelegten Zuschläge zur Gesamtvergütung ausschließlich für die Verbesserung der Honorierung der in [§ 85 Abs 3a Satz 7 SGB V](#) verzeichneten Leistungen verwendet werden. Des weiteren hat die Vertreterversammlung der Beklagten ab dem Quartal III/1998 die Vorschrift des § 9 Abs 1 HVM dahin geändert, daß Impfleistungen nach den Verträgen über Schutzimpfungen mit 130 % des durchschnittlichen allgemeinen Punktwertes des Vorquartals, höchstens jedoch mit 8 Pfennig bzw dem durchschnittlichen allgemeinen Punktwert des Vorquartals, falls dieser höher ist als 8 Pfennig, zu vergüten sind. Eine rechtliche Pflicht der Beklagten, eine entsprechende Regelung bereits ab dem 1. Juli 1997 vorzuschreiben, hat nicht bestanden. Der Vorgabe der Nr 5.1 der Allgemeinen Bestimmung zum EBM-Ä, Teil B, wonach ua die Vergütungen für Schutzimpfungen nicht von der Budgetierung betroffen sind, trägt der HVM der Beklagten Rechnung. Die Impfleistungen sind nicht dem "grünen", budgetierten Leistungsbereich der Kinderärzte zugeordnet und mit der Fallpunktzahl von 675 abgegolten, sondern gehören zum "roten", unbudgetierten Bereich.

Soweit der Kläger geltend macht, die Vorsorge- und Früherkennungsleistungen nach den Nrn 140 bis 149 EBM-Ä dürften nicht in die Verteilung der Gesamtvergütung einbezogen und vor allem nicht aus dem festen Honorarkontingent der Kinderärzte für die unbudgetierten Leistungen honoriert werden, kann dem nicht gefolgt werden. Richtig ist allerdings, daß die Regelung in § 9 Abs 3 Buchst b und c HVM zur Folge hat, daß auch die Vorsorge- und Früherkennungsleistungen mit einem floatenden Punktwert vergütet werden. Dessen Höhe ist davon abhängig, wieviele dem unbudgetierten Bereich zugeordnete Leistungen die Kinderärzte im jeweiligen Quartal erbringen. Ein Anstieg der

Vorsorge- und Früherkennungsleistungen kann danach zu einem Rückgang des Punktwertes für alle nicht budgetierten Leistungen der Arztgruppe der Kinderärzte führen. Diese (mögliche) Folge zieht jedoch nicht die Rechtswidrigkeit der von der Beklagten im streitbefangenen Quartal praktizierten Honorarverteilung nach sich.

Die KÄV ist im Rahmen der ihr nach [§ 85 Abs 4 SGB V](#) obliegenden Honorarverteilung grundsätzlich berechtigt, die Gesamtvergütung nach festen, arztgruppenbezogenen Kontingenten zu verteilen (vgl [BSGE 77, 288 = SozR 3-2500 § 85 Nr 11](#); stRspr) oder gesonderte Vergütungskontingente für bestimmte Leistungen zu bilden ([BSGE 83, 1 = SozR 3-2500 § 85 Nr 2b](#); stRspr). Insoweit ist die KÄV allerdings an die gesetzlichen Vorgaben und auch an die Bestimmungen des EBM-Ä gebunden. Der auf der Grundlage des [§ 85 Abs 4 Satz 2 SGB V](#) als Satzung zu beschließende HVM einer KÄV darf nicht gegen die Vorschriften des auf der Grundlage des [§ 87 Abs 2 SGB V](#) erlassenen Bewertungsmaßstabs verstoßen. Dieser ist nach [§ 87 Abs 1 SGB V](#) Bestandteil des Bundesmantelvertrages-Ärzte, der wiederum in seiner Rechtsqualität Vorrang vor regionalen Gesamtverträgen und den Satzungen der KÄV hat (vgl Hess in: Kasseler Komm Hess, [§ 82 SGB V RdNr 4](#)). Das ergibt sich im übrigen auch aus [§ 81 Abs 3 SGB V](#). Danach müssen die Satzungen der KÄVen Bestimmungen darüber enthalten, daß ua die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abzuschließenden Verträge für sie wie für ihre Mitglieder verbindlich sind. Ein HVM, der sich in Widerspruch zu verbindlichen Vergütungsvorgaben des EBM-Ä setzt, ist deshalb rechtswidrig und - da es sich um eine Norm handelt - nichtig (zur regelmäßigen Rechtsfolge der Nichtigkeit vgl [BSGE 83, 218, 222 = SozR 3-2500 § 87 Nr 21 S 112](#)). Soweit demgegenüber die Auffassung vertreten wird, die Satzungsautonomie der KÄV sei allein durch "übergeordnete Rechtsvorschriften" wie etwa die Grundrechte, nicht aber durch Verträge nach [§ 82 Abs 1 SGB V](#) bzw [§ 87 Abs 1 SGB V](#) eingeschränkt (so Schneider, MedR 1997, 1, 4 unter Hinweis auf denselben, Handbuch des Kassenarztrechts, 1994, RdNr 728 ff), trifft das nicht zu.

Der Senat hat mehrfach entschieden, daß im EBM-Ä Vergütungsstrukturen vorgegeben werden dürfen, die notwendigerweise bundeseinheitlich geregelt werden müssen (zB [BSGE 78, 98, 106 = SozR 3-2500 § 87 Nr 12](#)). Daran hat der Gesetzgeber durch die Ergänzung des [§ 87 Abs 2a SGB V](#) im 2. GKV-NOG angeknüpft und für die hier relevanten Praxisbudgets klarstellend eine "tragfähige Rechtsgrundlage" geschaffen (vgl Begr des Entwurfs zum 2. GKV-NOG, [BT-Drucks 13/6087 S 28](#), zu Nr 24). Mit dem zum 1. Januar 2000 in Kraft getretenen Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. Dezember 1999 ([BGBl I 2626](#)) sind Umfang und Tragweite der im EBM-Ä zu regelnden Vergütungsstrukturen noch erheblich ausgeweitet worden. Nach [§ 85 Abs 4a SGB V](#) hat der Bewertungsausschuß die Kriterien für die Verteilung der Gesamtvergütungen und insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung zu bestimmen. Ferner hat er nach [§ 87 Abs 2a Satz 4 SGB V](#) die nach [§ 87 Abs 2 SGB V](#) abrechnungsfähigen Leistungen der hausärztlichen oder der fachärztlichen Versorgung iSd [§ 73 Abs 1 SGB V](#) zuzuordnen. Die mit dieser Normsetzungskompetenz des Bewertungsausschusses verbundenen Ziele können nur erreicht werden, wenn die KÄVen im Rahmen der Honorarverteilung an die Vorgaben des EBM-Ä gebunden sind. Sie dürfen deshalb weder Arztgruppen von der Budgetierung ausnehmen, die der EBM-Ä einbezogen, noch die Bereiche der budgetierten und der nicht budgetierten Leistungen anders als im EBM-Ä festlegen. In diesem Sinne sind die Budgetierungsregelungen im EBM-Ä vorgreiflich und verbindlich gegenüber Maßnahmen der Honorarverteilung (vgl Schirmer, MedR 1997, 437, 445).

Indessen hat die Existenz verbindlicher Honorierungsvorgaben wie der Praxisbudgets im EBM-Ä grundsätzlich nichts daran geändert, daß die KÄV kraft ihrer Gestaltungsfreiheit im Rahmen der Honorarverteilung mengensteuernde Regelungen treffen darf, um ihrer Verantwortung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ([§ 75 Abs 1 Satz 1 SGB V](#)) gerecht zu werden. Allein der Umstand, daß einzelne Arztgruppen von den Praxisbudgets nicht erfaßt werden und Ärzte aller Arztgruppen in mehr oder weniger großem Umfang unbudgetierte Leistungen erbringen, schließt die Annahme aus, mit der Einführung der Praxisbudgets im EBM-Ä sei die Verantwortung der KÄV für eine den gesetzlichen Vorgaben des [§ 85 Abs 4 SGB V](#) genügende Honorarverteilung aufgehoben oder verdrängt worden. Vor allem hat die Einführung von Praxisbudgets im EBM-Ä zum 1. Juli 1997 nichts an der insgesamt begrenzten Gesamtvergütung für alle vertragsärztlichen Leistungen iS des [§ 85 Abs 1 SGB V](#) geändert. Nach wie vor besteht die Situation, daß ein begrenzter Geldbetrag für die Vergütung aller von den Vertragsärzten in einem bestimmten Zeitraum erbrachten und abgerechneten Leistungen zur Verfügung steht, was wiederum zur Folge hat, daß der "Preis" der einzelnen ärztlichen Leistung erst feststeht, wenn bekannt ist, wieviele Leistungen welcher Art und damit wieviele Punkte insgesamt von den Vertragsärzten abgerechnet werden. Praxisbudgets reduzieren lediglich den Anreiz zur immer weiteren Vermehrung der abrechenbaren Leistungen, weil das Honorar des Arztes für die Leistungen des budgetierten Bereichs allein durch das Produkt aus arztgruppenbezogener Fallpunktzahl und Zahl der Behandlungsfälle bestimmt wird. Da aber auch für die Leistungen des "grünen" (budgetierten) Bereichs keine festen bzw vereinbarten Punktwerte gelten, andererseits aber gerade die Stabilisierung des Punktwertes ein maßgebliches Ziel bei der Einführung der Praxisbudgets war, ist es auch nach dem 1. Juli 1997 Aufgabe der KÄV, im Rahmen der Honorarverteilung das Notwendige und Mögliche zur Gewährleistung ausreichender Punktwerte zu tun und auf regionaler Ebene eintretende unerwünschte Verwerfungen zwischen einzelnen Arztgruppen und auch innerhalb einer Arztgruppe zu verhindern. Daher stehen der KÄV auch nach dem 1. Juli 1997 im Grundsatz alle diejenigen Honorarverteilungsregelungen zur Verfügung, die der Senat in der mit Urteil vom 29. September 1993 ([BSGE 73, 131 = SozR 3-2500 § 85 Nr 4](#)) begründeten und zuletzt in seinen Urteilen vom 9. September 1998 ([BSGE 83, 1 = SozR 3-2500 § 85 Nr 26](#)) sowie vom 3. März 1999 (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 31](#)) weiterentwickelten Rechtsprechung für zulässig gehalten hat, soweit die Bestimmungen über die Praxisbudgets im EBM-Ä keine abweichenden Vorgaben enthalten.

Weder den gesetzlichen Vorschriften noch den Bestimmungen des EBM-Ä über die Praxisbudgets kann entnommen werden, daß die Vorsorge- und Früherkennungsleistungen nach den Nrn 140 bis 149 EBM-Ä vollständig von steuernden Regelungen der Honorarverteilung freigestellt werden müßten. Das Gesetz enthält einen Rechtssatz des Inhalts, daß die Untersuchungen von Kindern zur Früherkennung von Krankheiten wegen ihrer gesundheitspolitischen Bedeutung aus der Gesamtvergütung vor Durchführung der Honorarverteilung zu honorieren sind, für den hier maßgeblichen Zeitraum des Jahres 1997 nicht. Eine entsprechende Festlegung hat erstmals Art 14 Abs 4 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes (GKV-SolG) vom 19. Dezember 1998 ([BGBl I 3853](#)) für das Jahr 1999 getroffen. Danach sind ua vertragsärztliche Leistungen nach den [§§ 25](#) und [26 SGB V](#) von den Krankenkassen außerhalb der nach Art 14 Abs 1 GKV-SolG vereinbarten Gesamtvergütungen zu honorieren. Zu den Leistungen nach [§ 26 SGB V](#) gehören die Untersuchungen von Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres sowie nach Vollendung des 10. Lebensjahres auf das Vorliegen von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden; diese Leistungen sind in den Nrn 140 ff EBM-Ä verzeichnet. Auch der EBM-Ä 1997 enthält keine weitergehenden Vorgaben für die Honorierung dieser ärztlichen Leistungen. Sie sind nach Nr 5 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM-Ä, Teil B, von der Anrechnung auf die Praxisbudgets ausgenommen. Dem hat die Beklagte durch ihre Zuordnung zum unbudgetierten Bereich des Honorarkontingents der Kinderärzte Rechnung getragen und sich damit an die Vorgaben des Bewertungsmaßstabes gehalten.

Die Beklagte war ebenfalls nicht verpflichtet, Früherkennungs-Leistungen generell von mengenbegrenzenden Maßnahmen, wie sie die

Zuordnung zu fachgruppen- oder leistungs-komplexbezogenen Kontingenten darstellen kann, auszunehmen. Der Senat hat in der Entscheidung vom 7. Februar 1996 hinsichtlich der Honorierung der Leistungen des ambulanten Operierens ([BSGE 77, 279, 287 = SozR 3-2500 § 85 Nr 12](#)) im einzelnen dargestellt, wie gesetzgeberische Regelungen zur Förderung bestimmter Leistungsbereiche im Rahmen der Honorarverteilung umgesetzt sind. Er hat dabei aus der Tatsache, daß kraft Gesetzes das Ausgabevolumen für den Leistungsbereich des ambulanten Operierens erhöht worden ist, nicht abgeleitet, daß dieser Leistungsbereich von jeder Mengensteuerung freizustellen wäre oder daß dort eine Mengenausweitung ohne Rücksicht auf den Punktwertverfall in anderen Leistungsbereichen begünstigt werden dürfte. Zur Begründung hat der Senat ua auf die Vorschrift des [§ 85 Abs 4a Satz 1 SGB V](#) hingewiesen, wonach die KÄVen im HVM sicherstellen müssen, daß die Ausweitung der Zahl der abgerechneten Leistungen keine Auswirkungen auf den Punktwert der hausärztlichen Grundvergütung nach [§ 87 Abs 2a SGB V](#) hat (BSGE 77, 287 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 12](#) S 80). Eine vergleichbare Privilegierung des Mengenzuwachses hat der Gesetzgeber bis zum 31. Dezember 1998 weder für das ambulante Operieren noch für die Kinder-Vorsorgeuntersuchungen nach den Nrn 140 ff EBM-Ä vorgenommen. Deshalb ist die KÄV, soweit sie die gesetzlichen Vorgaben über Zuschläge zu den Vergütungsanteilen für diese Leistungen korrekt umsetzt, nicht verpflichtet, Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Honorarverteilung so zu privilegieren, daß sich Punktwertrückgänge auf die Honorierung dieser Leistungen nicht auswirken können.

Die Auffassung des Klägers, die Berechnung des Honorarkontingentes der Kinderärzte an der Gesamtvergütung einerseits sowie die Zuordnung der Vorsorgeuntersuchungen zu dem nicht budgetierten Bereich dieser Arztgruppe andererseits lasse die zum 1. Januar 1996 erfolgte Höherbewertung der Leistungen nach den Nrn 140 ff EBM-Ä leerlaufen und stelle deshalb einen Verstoß des HVM gegen zwingende Vorgaben des EBM-Ä dar, trifft nicht zu. Zunächst hat der HVM an der Höherbewertung der Vorsorgeleistungen für Kinder nichts geändert und hat daran auch rechtlich nichts ändern können. Durch die Zuordnung dieser Leistungen zum unbudgetierten (roten) Bereich ist der Anreiz für den einzelnen Kinderarzt erhalten geblieben, bei möglichst vielen Kindern die von der Alterssituation gebotenen Vorsorgeuntersuchungen durchzuführen. Daß dies Auswirkungen auf den Punktwert für die nicht budgetierten Leistungen der Kinderärzte haben kann, ist eine zwingende Konsequenz der Bildung von arztgruppenbezogenen Honorarkontingenten. Die Honorarverteilung nach festen arztgruppenbezogenen Kontingenten kann immer dann zu einem Rückgang der Punktwerte führen, wenn die Höhe der Gesamtvergütung und der Anteil der jeweiligen Arztgruppe daran unverändert bleiben, die Zahl der von der einzelnen Gruppe abgerechneten Punkte aber steigt. Dieser Konsequenz hätte die Beklagte hier nur dadurch entgehen können, daß sie die Höherbewertung der Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern im EBM-Ä 1996 zum Anlaß einer Erhöhung des Honorarkontingentes der Kinderärzte gegenüber den Ist-Zahlen des Jahres 1994 genommen hätte. Diese Zahlen sind nach der Regelung über die Einführung der Praxisbudgets im EBM-Ä Ausgangspunkt für die Berechnung des arztgruppenindividuellen Sollumsatzes gewesen.

Es kann auf sich beruhen, ob die Beklagte im Hinblick auf ihre Bindung an die Vorgaben der Berechnung für das Praxisbudget im EBM-Ä insoweit überhaupt zu Korrekturen berechtigt gewesen wäre. Dagegen spricht, daß dies notwendigerweise zur Folge gehabt hätte, daß andere Arztgruppen den der Berechnung ihres Praxisbudgets zugrundeliegenden Soll-Umsatz (bezogen auf das Jahr 1994) nicht hätten erreichen können. Jedenfalls war die Beklagte zu einer entsprechenden Veränderung der Honorarkontingente der einzelnen Arztgruppen nicht verpflichtet. Der Senat steht allerdings auf dem Standpunkt, daß die Beschränkung der Auswirkung der Mengenausweitung nur einer der Gesichtspunkte ist, die unter Berücksichtigung einer gebotenen Differenzierung bei der Bildung von fachgruppenbezogenen Teilbudgets zu beachten sind. Der Normgeber ist zur Prüfung verpflichtet, ob andere Umstände als von den Vertragsärzten selbst verursachte Leistungsausweitungen zu einer Veränderung innerhalb der verschiedenen Honorarkontingente führen müssen. Als derartige Umstände können zB gesetzliche oder satzungsgemäße Leistungsausweitungen in Betracht kommen ([BSGE 77, 288, 293 = SozR 3-2500 § 85 Nr 11 S 69](#); Senatsurteil vom 7. Februar 1996 - 6 RKa 83/85 - unter Hinweis auf eine vom Durchschnitt abweichende Fallzahlvermehrung bei den Kinderärzten; BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 24 S 168](#) mit Hinweis auf eine Korrekturverpflichtung der KÄV, soweit Laborleistungen nach Abschnitt O III EBM-Ä verstärkt nicht mehr von der Fachgruppe erbracht werden, der sie ursprünglich aufgrund des Leistungsverhaltens der Ärzte zugerechnet waren). Diesen Umständen steht die Höherbewertung bestimmter ärztlicher Leistungen im EBM-Ä, die durch Maßnahmen der Honorarverteilung nicht aufgehoben wird, sondern in ihren Auswirkungen lediglich auf Verteilungsaspekte innerhalb einer einzelnen Arztgruppe beschränkt bleibt, nicht gleich. Andernfalls wäre eine KÄV stets verpflichtet, Bewertungskorrekturen bei einzelnen Leistungen zum Anlaß für Korrekturen hinsichtlich der Honorarkontingente der einzelnen Arztgruppen zu nehmen, was sachlich nicht gerechtfertigt ist.

Im übrigen hat die Beklagte Vorkehrungen dagegen getroffen, daß das Honorarkontingent der einzelnen Arztgruppe nach Anwendung der Vorschriften über das Praxisbudgets von demjenigen des Jahres 1995 zu weit abweicht. Sie hat durch den HVM sichergestellt, daß zumindest 97% des Anteils der einzelnen Arztgruppe an der zu verteilenden Gesamtvergütung, bezogen auf das Jahr 1995, zur Verfügung steht. Wie die zum 1. Juli 1998 veränderte Honorierung der Impfleistungen zeigt, ist sich die Beklagte weiterhin ihrer Verpflichtung bewußt gewesen, neu eingeführte Regelungen der Honorarverteilung hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Vergütungsansprüche der Vertragsärzte zu überprüfen und ggf zu korrigieren, soweit sich Verwerfungen zeigen, die über den allgemein zu beobachtenden Rückgang der Punktwerte hinausgehen (vgl zur Beobachtungs- und Reaktionspflicht der KÄV im Rahmen der Honorarverteilung [BSGE 83, 1, 4 = SozR 3-2500 § 85 Nr 26 S 186](#)).

Daß durch die Ermittlung des Honorarkontingentes der Kinderärzte ohne Berücksichtigung der Höherbewertung der Leistungen nach Nrn 140 ff EBM-Ä zum 1. Januar 1996 die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gegenüber Kindern im Bereich der Beklagten gefährdet worden ist, hat das SG ausdrücklich nicht festgestellt. Im übrigen haben die Untersuchungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung ergeben, daß 1997 in der Fachgruppe der Kinderärzte der höchste Anstieg der Überschußentwicklung mit einem Plus von 3,1% gegenüber lediglich 1,7% bei den Internisten und 1,1% bei den Allgemeinärzten und Rückgängen zB bei den Urologen um 7,8% und den Orthopäden um 7,1% zu verzeichnen war (DÄ 2000, C-150). Da ab dem 1. Juli 1997 nach den Vorgaben des EBM-Ä auch in anderen KÄV-Bezirken die Honorarverteilung nach festen, arztbezogenen Kontingenten für den budgetierten und unbudgetierten Bereich vorgenommen worden ist, ist in hohem Maße unwahrscheinlich, daß im Bezirk der Beklagten abweichend vom bundesdurchschnittlichen Ergebnis eine signifikante Schlechterstellung der Kinderärzte erfolgt ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs 1 und 4 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-08-28