

---

-

## Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	6
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

### 1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	02.12.1998

### 2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

### 3. Instanz

Datum	08.03.2000
-------	------------

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 % zurÃ¼ck; der RÃ¼ckgang beim Fallwert belief sich auf 26,3 % und beim Leistungsbedarf in Punkten auf 24,3 %.

Mit seinem Widerspruch machte der KlÃ¤ger geltend, fÃ¼r die EinfÃ¼hrung von Praxisbudgets im EBM-Ã sei eine erforderliche gesetzliche Grundlage nicht vorhanden, da die Neufassung des [Ã 87 Abs 2a](#) FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) durch das 2. Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz â 2. GKV-NOG) vom 23. Juni 1997 erst am 1. Juli 1997 und damit nach Beschlussfassung des Bewertungsausschusses im November 1996 und MÃrz 1997 in Kraft getreten sei. Im Ãbrigen sei die Honorarverteilung der Beklagten fehlerhaft. Diese habe bei der Bildung des Fachgruppentopfes fÃ¼r die KinderÃrzte nicht berÃ¼cksichtigt, daÃ der BewertungsausschuÃ die Vorsorge- und FrÃ¼herkennungsleistungen bei Kindern zum 1. Januar 1996 hÃ¶her bewertet habe. Diese HÃ¶herbewertungen seien bei der Bemessung des an den Abrechnungsergebnissen der Jahre 1994 und 1995 orientierten Honorarkontingents der KinderÃrzte auÃer acht gelassen worden. Zudem habe die Beklagte Impfleistungen entgegen Ã 9 Abs 1c HVM dem Fachgruppentopf fÃ¼r die nicht budgetierten Leistungen zugeordnet.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit der BegrÃ¼ndung zurÃ¼ck, sie sei an die Ausgestaltung der Praxisbudgets im EBM-Ã gebunden und habe die dort enthaltenen Vorgaben im Rahmen ihres HVM korrekt umgesetzt. Bei der Ermittlung des Sollumsatzes fÃ¼r die einzelnen Arztgruppen habe der BewertungsausschuÃ bewÃt nicht auf das Jahr 1996 abgestellt, weil dieses bei Festlegung der maÃgeblichen UmsÃtze abrechnungsmÃÃig noch nicht abgeschlossen gewesen sei und im Ãbrigen nicht als reprÃsentativ habe gelten kÃ¶nnen. Die Neukonzeption des BewertungsmaÃstabs habe sicherstellen sollen, daÃ Ã¼ber alle Arztgruppen hinweg bei quantitativ durchschnittlicher Leistungserbringung auch ein durchschnittliches Arzteinkommen zu erzielen sei. Die HÃ¶herbewertung der Vorsorgeleistungen im EBM-Ã 1996 habe deshalb im Rahmen der Honorarverteilung nicht zu einer ErhÃ¶hung des Kontingents fÃ¼r die KinderÃrzte fÃ¼hren kÃ¶nnen. Im Ãbrigen sei sie â die Beklagte â ihrer Anpassungs- und Beobachtungspflicht hinsichtlich des vÃ¶llig neuen Honorierungskonzepts nachgekommen und habe beschlossen, die Impfleistungen wegen ihrer groÃen prÃventiven Bedeutung ab dem Quartal III/1998 vorab aus der GesamtvergÃ¼tung zu honorieren. Verwerfungen zwischen den einzelnen Arztgruppen seien im Ãbrigen dadurch ausgeschlossen, daÃ nach ihrem HVM das Honorarkontingent der KinderÃrzte nicht unter 97% des dieser Arztgruppe im Jahre 1995 zugeflossenen Anteils der zu verteilenden GesamtvergÃ¼tung absinken dÃ¼rfe.

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen. Die EinfÃ¼hrung der Praxisbudgets zum 1. Juli 1997 sei nicht zu beanstanden. Dasselbe gelte fÃ¼r die Regelungen des HVM der Beklagten. Entgegen der Auffassung des KlÃ¤gers seien die Impfleistungen keine gemÃÃ Ã 9 Abs 1 HVM vorab zu vergÃ¼tenden Leistungen, weil sie nicht zu den in Ã 9 Abs 1c HVM genannten Kostenpauschalen fÃ¼r 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 Herbewertung 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 beständen 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 [Â§ 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 etwa 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 [Â§ 85 Abs 3a Satz 7 SGB V](#) unvereinbar. Deshalb müssten Impfleistungen vorab wie Pauschalleistungen honoriert werden, wie dies in Â§ 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 Herbewertung 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 Käuf im Rahmen der Honorarverteilung an die strukturellen Vorgaben des EBM-Ä gebunden sei. Da die Herbewertung 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 kÄ¶nnen.

Das BemÄ¶hen 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 mengenmÄ¶Ä¶ig begrenzt. Das SG verkenne, daÄ¶ mengensteuernde MaÄ¶nahmen im Rahmen der Honorarverteilung nicht die aus Ä¶bergeordneten GrÄ¶nden erforderliche und tatsÄ¶chlich im EBM-Ä¶ bereits realisierte HÄ¶herbewertung von Leistungen zunichte machen dÄ¶rften. Die Beklagte hÄ¶tte deshalb das Honorarkontingent fÄ¶r die KinderÄ¶rzte genau um den sich aus der Aufwertung der Vorsorgeleistungen zum 1. Januar 1996 ergebenden Betrag aufstocken mÄ¶ssen, wie sie dies fÄ¶r die fachÄ¶rztlichen Internisten mit der Teilgebietsbezeichnung "Kardiologie" getan habe.

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

Die Beklagte beantragt,  
die Revision zurÄ¶ckzuweisen.

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

Die Intention bei der EinfÄ¶hrung der Praxisbudgets sei nicht dahin gegangen, einzelnen Arztgruppen fÄ¶r bestimmte Leistungen ein hÄ¶heres Honorar zukommen zu lassen, sondern jedem Arzt die Erreichung einer bestimmten durchschnittlichen, fÄ¶r die Arztgruppe typischen und unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten ausreichenden Punktzahl zu ermÄ¶glichen, fÄ¶r die er ggf weniger leisten mÄ¶sse als in der Vergangenheit. Entscheidende GrÄ¶Ä¶e 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 fÄ¶r 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 Einschluß 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

---

gem. 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-folgendermaßen ausgestaltet. Für die Arztgruppen, die in die Budgetierung einbezogen werden, ist zwischen drei Leistungsbereichen zu unterscheiden. Dem Praxisbudget (größerer 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, das Gegenstand der Senatsentscheidung vom 20. März 1996 gewesen ist ([BSGE 78, 98 = SozR 3-2500 Â§ 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 berücksichtigenden 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 Kassen 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 Kasse 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 Grundversorgung, 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. Da die zum 1. Juli 1997 eingeführten Praxisbudgets im EBM 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 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 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 dürfen die Ausfertigung von Rechtsverordnungen erst nach Inkrafttreten des ermächtigenden Gesetzes erfolgen (vgl. Bauer, in Dreier (Herausgeber) GG, Art 82 RdNr 22). Das ermächtigende Gesetz ist 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" ist dieses Artikels ist.

Diese Anforderungen sind jedoch auf das Verhältnis von ermächtigendem Gesetz zum Erlaß des Bewertungsausschusses nach [Â§ 87 Abs 2 SGB V](#) nicht zu übertragen. Zum einen gilt für den EBM das Gebot, die Rechtsgrundlage anzugeben, nicht. Zum anderen darf der Ordnungsgeber 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 [Â§ 87 Abs 2 SGB V](#) über eine insoweit unbeschränkte Kompetenz zum Erlaß des Bewertungsausschusses. Soweit er für einzelne Regelungen einer über die Generalermächtigung in [Â§ 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 Â§ 135 Nr 9](#) sowie

---

BSG [SozR 3-2500 Â§ 72 Nr 8](#) S 19), ist es ausreichend, wenn diese zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der ermÃchtigungsbedÃrftigen Vorschriften des EBM-Ã ihrerseits in Kraft getreten ist. Bedenken unter dem Gesichtspunkt der Rechtssicherheit kÃnnen gegen dieses Ergebnis nicht erhoben werden. Die gegenteilige Auffassung wÃrde im Ãbrigen dazu fÃhren, daÃ eine aus SachgrÃnden erforderliche Koordinierung des Normsetzungsprozesses zwischen parlamentarischem Gesetzgeber und untergesetzlichem Normgeber â hier dem BewertungsausschuÃ â nicht mÃglich wÃre und der untergesetzliche Normgeber erst zu einem spÃteren Zeitpunkt auf gesetzliche ErmÃchtigungen bzw Vorgaben reagieren kÃnnte. Hier kannten die am BewertungsausschuÃ beteiligten Partner der BundesmantelvertrÃge das Vorhaben des Gesetzgebers, ausdrÃcklich zur EinfÃhrung von Praxisbudgets zu ermÃchtigen. Zum Zeitpunkt der (ersten) Beschlussfassung des Bewertungsausschusses Ãber die EinfÃhrung von Praxisbudgets am 19. November 1996 lag nÃmlich bereits der Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 8. November 1996 fÃr das 2. GKV-NOG vor (BR-Drucks 822/96 vom 8. November 1996), dessen Art 1 Nr 24 die spÃter Gesetz gewordene ErgÃnzung des [Â§ 87 Abs 2a SGB V](#) enthielt. Damit war fÃr den BewertungsausschuÃ wÃhrend des Normsetzungsprozesses deutlich, daÃ der Gesetzgeber unabhÃngig davon, ob dies verfassungsrechtlich geboten war, eine spezielle gesetzliche Grundlage fÃr die geplante EinfÃhrung der Praxisbudgets zur VerfÃgung stellen wÃrde.

Die Regelungen des EBM-Ã Ãber die Praxisbudgets ab dem Quartal III/1997 stehen â soweit hier darÃber zu entscheiden ist â mit hÃherrangigem Recht in Einklang. [Â§ 87 Abs 2a Satz 8 SGB V](#) stellt eine verfassungskonforme BerufsausÃbungsregelung im Sinne des [Art 12 Abs 1 Satz 2 GG](#) dar. Die EinfÃhrung von Praxisbudgets beruht auf der EinschÃtzung der Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ãrzten und Krankenkassen auf Bundesebene, daÃ ein globales Ausgabenbudget der Krankenkassen fÃr die GesamtvergÃftung der vertragsÃrztlichen Versorgung auch nur in Form von Budgets an die VertragsÃrzte weitergegeben werden kann, wenn der kontinuierliche RÃckgang der Auszahlungspunktwerte verhindert werden soll. Durch Praxisbudgets und ergÃnzende MaÃnahmen der Honorarverteilung soll das insgesamt abgerechnete Punktzahlvolumen reduziert werden mit der Folge, daÃ unter dem globalen Budget (Betrag der von allen Krankenkassen fÃr die vertragsÃrztliche Versorgung gezahlten GesamtvergÃftungen) der Punktwert stabil bleibt bzw wieder ansteigt. Auf diese Weise soll dem Vertragsarzt durch stabilisierte Punktwerte vor der Leistungserbringung eine ausreichende Kalkulation seiner Praxiseinnahmen ermÃglicht werden. Gleichzeitig soll der unter einem globalen Budget bestehende Ãkonomische Druck auf den einzelnen Arzt, zur Existenzsicherung das eigene Leistungsvolumen immer weiter auszudehnen (sog Hamsterradefekt), durch die Stabilisierung der Punktwerte beendet werden (vgl ErlÃuterungen zur EinfÃhrung der Praxisbudgets, DÃ 1997, C-647). Die sich seit Jahren immer schneller drehende Leistungsspirale, die auch durch die EinfÃhrung von Teilbudgets im EBM-Ã 1996 nicht hat gestoppt werden kÃnnen, kann nach EinschÃtzung der Partner des Bewertungsausschusses einerseits durch die Einbeziehung des GroÃteils abrechnungsfÃhiger Leistungen in Budgets und andererseits durch wirksame HonorarverteilungsmaÃnahmen gegen eine

---

Übermäßige Fallzahlentwicklung gebremst werden (DÄ, aaO). Da 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 rechtfertigt (vgl [BSGE 78, 98](#), 104 = [SozR 3-2500 Â§ 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, daß die KV 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 zu schließen, vgl zuletzt BSG [SozR 3-2500 Â§ 72 Nr 8](#) S 17). In Nr 4 dieser Vereinbarung ist bestimmt, die Regelung in Abschnitt A I, Teil B, Nr 4.3 EBM dahin auszulegen, daß die KV 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 KV 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 Beschlusse der Vertreterversammlung vom 19. Juni 1997 wird den Vorgaben des EBM gerecht und steht soweit hier darüber zu entscheiden ist mit höherrangigem Recht in Einklang. Nach Â§ 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 (Â§ 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 Grundlohnsumme, 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](#)

---

â□□ im AnschluÃ□ an die Urteile vom 7. Februar 1996 ([BSGE 77, 279](#), 284 ff = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 10](#) S 59 ff und BSG [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 12](#) S 78 ff â□□ ambulantes Operieren -) ausgefÃ¼hrt, daÃ□ der KÃ¶V zur Umsetzung der Verpflichtung aus [Â§ 85 Abs 3a Satz 7 SGB V](#) iVm [Â§ 85 Abs 4a Satz 3 SGB V](#) ein Gestaltungsspielraum zur VerfÃ¼gung steht, der es ausschlieÃ¼t, sie zu einer bestimmten Form der Honorierung zu verpflichten. Es ist lediglich sicherzustellen, daÃ□ die gesetzlich festgelegten ZuschlÃ¤ge zur GesamtvergÃ¼tung ausschlieÃ¼lich fÃ¼r die Verbesserung der Honorierung der in [Â§ 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 Â§ 9 Abs 1 HVM dahin geÃ¤ndert, daÃ□ Impfleistungen nach den VertrÃ¤gen Ã¼ber Schutzimpfungen mit 130 % des durchschnittlichen allgemeinen Punktwertes des Vorquartals, hÃ¶chstens jedoch mit 8 Pfennig bzw dem durchschnittlichen allgemeinen Punktwert des Vorquartals, falls dieser hÃ¶her ist als 8 Pfennig, zu vergÃ¼ten 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-Ã¶, Teil B, wonach ua die VergÃ¼tungen fÃ¼r Schutzimpfungen nicht von der Budgetierung betroffen sind, trÃ¤gt der HVM der Beklagten Rechnung. Die Impfleistungen sind nicht dem "grÃ¼nen", budgetierten Leistungsbereich der KinderÃ¤rzte zugeordnet und mit der Fallpunktzahl von 675 abgegolten, sondern gehÃ¶ren zum "roten", unbudgetierten Bereich.

Soweit der KlÃ¤ger geltend macht, die Vorsorge- und FrÃ¼herkennungsleistungen nach den Nrn 140 bis 149 EBM-Ã¶ dÃ¼rften nicht in die Verteilung der GesamtvergÃ¼tung einbezogen und vor allem nicht aus dem festen Honorarkontingent der KinderÃ¤rzte fÃ¼r die unbudgetierten Leistungen honoriert werden, kann dem nicht gefolgt werden. Richtig ist allerdings, daÃ□ die Regelung in Â§ 9 Abs 3 Buchst b und c HVM zur Folge hat, daÃ□ auch die Vorsorge- und FrÃ¼herkennungsleistungen mit einem floatenden Punktwert vergÃ¼tet werden. Dessen HÃ¶he ist davon abhÃ¤ngig, wieviele dem unbudgetierten Bereich zugeordnete Leistungen die KinderÃ¤rzte im jeweiligen Quartal erbringen. Ein Anstieg der Vorsorge- und FrÃ¼herkennungsleistungen kann danach zu einem RÃ¼ckgang des Punktwertes fÃ¼r alle nicht budgetierten Leistungen der Arztgruppe der KinderÃ¤rzte fÃ¼hren. Diese (mÃ¶gliche) Folge zieht jedoch nicht die Rechtswidrigkeit der von der Beklagten im streitbefangenen Quartal praktizierten Honorarverteilung nach sich.

Die KÃ¶V ist im Rahmen der ihr nach [Â§ 85 Abs 4 SGB V](#) obliegenden Honorarverteilung grundsÃ¤tzlich berechtigt, die GesamtvergÃ¼tung nach festen, arztgruppenbezogenen Kontingenten zu verteilen (vgl [BSGE 77, 288](#) = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 11](#); stRspr) oder gesonderte VergÃ¼tungskontingente fÃ¼r bestimmte Leistungen zu bilden ([BSGE 83, 1](#) = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 2b](#); stRspr). Insoweit ist die KÃ¶V allerdings an die gesetzlichen Vorgaben und auch an die Bestimmungen des EBM-Ã¶ gebunden. Der auf der Grundlage des [Â§ 85 Abs 4 Satz 2 SGB V](#) als Satzung zu beschlieÃ¼ende HVM einer KÃ¶V darf nicht gegen die Vorschriften des auf der Grundlage des [Â§ 87 Abs 2 SGB V](#) erlassenen BewertungsmaÃstabes verstÃ¶Ã¶en. Dieser ist nach [Â§ 87 Abs 1 SGB V](#) Bestandteil des

---

Bundemantelvertrages-Ärzte, der wiederum in seiner Rechtsqualität Vorrang vor regionalen Gesamtverträgen und den Satzungen der KÄV hat (vgl Hess in: Kasseler Komm Hess, [Â§ 82 SGB V](#) RdNr 4). Das ergibt sich im Übrigen auch aus [Â§ 81 Abs 3 SGB V](#). Danach müssen die Satzungen der KÄVen Bestimmungen darüber enthalten, daß u.a die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abzuschließenden Verträge für sie wie für ihre Mitglieder verbindlich sind. Ein HVM, der sich in Widerspruch zu verbindlichen Vergütungsangaben des EBM-Ä setzt, ist deshalb rechtswidrig und nichtig da es sich um eine Norm handelt nichtig (zur regelmäßigen Rechtsfolge der Nichtigkeit vgl [BSGE 83, 218, 222 = SozR 3-2500 Â§ 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 [Â§ 82 Abs 1 SGB V](#) bzw [Â§ 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 Â§ 87 Nr 12](#)). Daran hat der Gesetzgeber durch die Ergänzung des [Â§ 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 [Â§ 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 [Â§ 87 Abs 2a Satz 4 SGB V](#) die nach [Â§ 87 Abs 2 SGB V](#) abrechnungsfähigen Leistungen der hausärztlichen oder der fachärztlichen Versorgung iSd [Â§ 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 einbezieht, 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 ([Â§ 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 Einföhrung der Praxisbudgets im EBM-Ä sei die Verantwortung der KÄV fÄr eine den gesetzlichen Vorgaben des [Ä§ 85 Abs 4 SGB V](#) genÄgende Honorarverteilung aufgehoben oder verdrÄngt worden. Vor allem hat die Einföhrung von Praxisbudgets im EBM-Ä zum 1. Juli 1997 nichts an der insgesamt begrenzten GesamtvergÄtung fÄr alle vertragsÄrztlichen Leistungen iS des [Ä§ 85 Abs 1 SGB V](#) geÄndert. Nach wie vor besteht die Situation, daÄ ein begrenzter Geldbetrag fÄr die VergÄtung aller von den VertragsÄrzten in einem bestimmten Zeitraum erbrachten und abgerechneten Leistungen zur VerfÄgung steht, was wiederum zur Folge hat, daÄ 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 fÄr die Leistungen des budgetierten Bereichs allein durch das Produkt aus arztgruppenbezogener Fallpunktzahl und Zahl der BehandlungsfÄlle bestimmt wird. Da aber auch fÄr die Leistungen des "grÄnen" (budgetierten) Bereichs keine festen bzw vereinbarten Punktwerte gelten, andererseits aber gerade die Stabilisierung des Punktwertes ein maÄgebliches Ziel bei der Einföhrung der Praxisbudgets war, ist es auch nach dem 1. Juli 1997 Aufgabe der KÄV, im Rahmen der Honorarverteilung das Notwendige und MÄgliche zur GewÄhrleistung ausreichender Punktwerte zu tun und auf regionaler Ebene eintretende unerwÄnschte 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 VerfÄgung, die der Senat in der mit Urteil vom 29. September 1993 ([BSGE 73, 131 = SozR 3-2500 Ä§ 85 Nr 4](#)) begrÄndeten und zuletzt in seinen Urteilen vom 9. September 1998 ([BSGE 83, 1 = SozR 3-2500 Ä§ 85 Nr 26](#)) sowie vom 3. MÄrz 1999 (BSG [SozR 3-2500 Ä§ 85 Nr 31](#)) weiterentwickelten Rechtsprechung fÄr zulÄssig gehalten hat, soweit die Bestimmungen Äber die Praxisbudgets im EBM-Ä keine abweichenden Vorgaben enthalten.

Weder den gesetzlichen Vorschriften noch den Bestimmungen des EBM-Ä Äber die Praxisbudgets kann entnommen werden, daÄ die Vorsorge- und FrÄherkennungsleistungen nach den Nrn 140 bis 149 EBM-Ä vollstÄndig von steuernden Regelungen der Honorarverteilung freigestellt werden mÄÄten. Das Gesetz enthÄlt einen Rechtssatz des Inhalts, daÄ die Untersuchungen von Kindern zur FrÄherkennung von Krankheiten wegen ihrer gesundheitspolitischen Bedeutung aus der GesamtvergÄtung vor Durchföhrung der Honorarverteilung zu honorieren sind, fÄr den hier maÄgeblichen 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](#)) fÄr das Jahr 1999 getroffen. Danach sind ua vertragsÄrztliche Leistungen nach den [Ä§Ä§ 25 und 26 SGB V](#) von den Krankenkassen auÄerhalb der nach [Art 14 Abs 1 GKV-SolG](#) vereinbarten GesamtvergÄtungen zu honorieren. Zu den Leistungen nach [Ä§ 26 SGB V](#) gehÄren die Untersuchungen von Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres sowie nach Vollendung des 10. Lebensjahres auf das Vorliegen von Krankheiten, die ihre kÄrperliche oder geistige Entwicklung in nicht

---

geringfügigem Maße gefördert; diese Leistungen sind in den Nrn 140 ff EBM-ÄÄ verzeichnet. Auch der EBM-ÄÄ 1997 enthält keine weitergehenden Vorgaben für die Honorierung dieser ärztlichen Leistungen. Sie sind nach Nr 5 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM-ÄÄ, 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 Ä§ 85 Nr 12](#)) im einzelnen dargestellt, wie gesetzgeberische Regelungen zur Förderung bestimmter Leistungsbereiche im Rahmen der Honorarverteilung umzusetzen 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 [Ä§ 85 Abs 4a Satz 1 SGB V](#) hingewiesen, wonach die KVen im HVM sicherstellen müssen, daß die Ausweitung der Zahl der abgerechneten Leistungen keine Auswirkungen auf den Punktwert der hausärztlichen Grundversorgung nach [Ä§ 87 Abs 2a SGB V](#) hat ([BSGE 77, 287](#) = [SozR 3-2500 Ä§ 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-ÄÄ vorgenommen. Deshalb ist die KV, 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 Herabwertung der Leistungen nach den Nrn 140 ff EBM-ÄÄ leerlaufen und stelle deshalb einen Verstoß des HVM gegen zwingende Vorgaben des EBM-ÄÄ dar, trifft nicht zu. Zunächst hat der HVM an der Herabwertung 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, da sie die Herbewertung der Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern im EBM- 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- 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- insoweit überhaupt zu Korrekturen berechtigt gewesen wäre. Dagegen spricht, da dies notwendigerweise zur Folge gehabt hätte, da 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, da 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 Â§ 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 Â§ 85 Nr 24](#) S 168 mit Hinweis auf eine Korrekturverpflichtung der KÄV, soweit Laborleistungen nach Abschnitt O III EBM- verstrkt nicht mehr von der Fachgruppe erbracht werden, der sie ursprünglich aufgrund des Leistungsverhaltens der Ärzte zugerechnet waren). Diesen Umständen steht die Herbewertung bestimmter ärztlicher Leistungen im EBM-, 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, da 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, da 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 Â§ 85 Nr 26 S 186](#)).

Da durch die Ermittlung des Honorarkontingentes der Kinderärzte ohne Berücksichtigung der Höhe der Bewertung der Leistungen nach Nrn 140 ff EBM 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 Ärzterschuldenentwicklung 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 (D 2000, C-150). Da ab dem 1. Juli 1997 nach den Vorgaben des EBM 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 [Â§ 193 Abs 1 und 4 SGG](#).

Erstellt am: 28.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024