

---

## S 3 KA 405/03

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	6
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Kassenärztliche Vereinigung Punktwertstützung von bestimmten fachärztlichen Leistungen Entnahme von Beträgen aus Honorarkontingent für fachärztliche Versorgung
Leitsätze	Seit der gesetzlich vorgeschriebenen Trennung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung darf die Kassenärztliche Vereinigung die Beträge für eine Stützung des Punktwertes für die Vergütung bestimmter fachärztlicher Leistungen nur dem Honorarkontingent für die fachärztliche Versorgung entnehmen ob die Stützungsnotwendigkeit auch durch das Überweisungsverhalten von Hausärzten begründet worden ist, ist insoweit ohne Bedeutung.
Normenkette	SGB V <a href="#">§ 85 Abs 4 S 1</a> F: 1999-12-22 SGB V <a href="#">§ 85 Abs 4a S 1</a> F: 1999-12-22 SGB V <a href="#">§ 87 Abs 1 S 1</a>
<b>1. Instanz</b>	
Aktenzeichen	S 3 KA 405/03
Datum	30.06.2004
<b>2. Instanz</b>	
Aktenzeichen	-
Datum	-
<b>3. Instanz</b>	
Datum	22.03.2006

---

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 30. Juni 2004 wird zurückgewiesen.

Der Kläger hat auch die Kosten des Revisionsverfahrens zu tragen.

Gründe:

I

Die Beteiligten streiten über die Höhe der vertragsärztlichen Vergütung.

Der in Hamburg als Arzt für Orthopädie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Kläger wendet sich gegen den Honorarbescheid der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) für das Quartal III/2002. Für dieses Quartal bewilligte die Beklagte dem Kläger ein Honorar von 18.906,02 EUR. Gegenüber dem Quartal III/2001 entsprach das einem Rückgang um 23,7 %. Im Verhältnis zum Quartal III/2001 waren der Fallwert des Klägers um 12,5 %, seine Fallzahl um 12,8 %, sein Leistungsbedarf in Punkten um 12,6 % und der durchschnittliche arztindividuelle Punktwert um 12,9 % zurückgegangen. Die Fallzahl des Klägers unterschritt mit 427 budgetrelevanten Fällen den Fachgruppendurchschnitt um 75 %.

Mit seinem Widerspruch gegen den Honorarbescheid machte der Kläger geltend, die Honorarverluste bei den Fachärzten und damit auch bei ihm hätten sich unzumutbar erhöht. Das beruhe in erster Linie darauf, dass auf Grund der Regelungen des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) der Beklagten Leistungen aus den Bereichen der Radiologie bzw Histologie gestützt und die dafür erforderlichen Beträge allein dem Honorarkontingent der Fachärzte entnommen worden seien.

Widerspruch und Klage sind erfolglos geblieben. Das Sozialgericht (SG) hat die Entnahme der Beträge, die für die Stützung der Punktwerte in den Leistungsbereichen Radiologie und Histologie bzw Zytologie benötigt wurden, allein aus dem Honoraranteil der Fachärzte als rechtmäßig beurteilt. Nach der vom Gesetz vorgegebenen Trennung der vertragsärztlichen Versorgung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung und der weiterhin vorgeschriebenen Trennung der Honorarkontingente für diese beiden Bereiche sei es ausgeschlossen, fachärztliche Leistungen mit Mitteln aus dem Honorarkontingent der Hausärzte zu stützen (Urteil vom 30. Juni 2004).

Der Kläger rügt mit seiner Sprungrevision eine Verletzung des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit ([§ 85 Abs 4](#) fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)) sowie des Gleichbehandlungsgebotes nach [Art 3](#) Grundgesetz. Gegen diese Vorschriften sei verstoßen worden, weil die Beklagte zur Stützung des Punktwertes in den Leistungsbereichen Radiologie sowie Histo- und Zytologie allein das fachärztliche Honorarkontingent belastet habe. Wäre auch das hausärztliche Honorarkontingent zu diesem Zweck herangezogen worden, wäre der Punktwert für seine Leistungen höher gewesen mit der

---

Folge, dass ihm ein höheres Honorar zugestanden hätte. Sinn und Zweck der Aufgliederung der vertragsärztlichen Versorgung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Bereich könnten nicht dazu zwingen, Stützungsmaßnahmen ausschließlich entweder aus dem hausärztlichen oder dem fachärztlichen Teil der Gesamtvergütung zu finanzieren. Die Trennung der Vergütungskontingente für die beiden Versorgungsbereiche verfolge auch das Ziel, die Ausweitung der Leistungsmengen zu begrenzen. Diese Wirkung sei aber nur erzielbar, soweit eine Mengenausweitung im fachärztlichen Bereich auf einer fachärztlichen Leistungserbringerentscheidung beruhe und die Mengenausweitung nicht unmittelbar aus dem hausärztlichen Bereich resultiere. Hinsichtlich der Radiologie und der Histo- bzw. Zytologie sei aber vor allem das Anforderungsverhalten der Hausärzte für die Mengenausweitung in diesen fachärztlichen Leistungsbereichen verantwortlich. Deshalb hätte sich die Beklagte mit diesem Gesichtspunkt bei Erlass des HVM befassen und im Rahmen ihrer Gestaltungsfreiheit bei der Honorarverteilung darauf eingehen müssen. Da sie sich zu Unrecht an einer Berücksichtigung des Überweisungsverhaltens der Hausärzte gehindert gesehen habe, liege zumindest ein Fall des Ermessensnichtgebrauchs vor.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 30. Juni 2004 sowie den Honorarbescheid der Beklagten für das Quartal III/2002 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Juni 2003 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihn dem Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Auf Grund der gesetzlichen Aufteilung der Gesamtvergütungen in feste Anteile für hausärztliche und fachärztliche Leistungen seien nicht nur laufende reguläre Honorarzahlgungen getrennt zu vergüten, sondern es sei auch bei punktwertausgleichenden Stützungsmaßnahmen zwischen der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung zu trennen. Eine Beteiligung von Hausärzten an Punktwertstützungen in den Bereichen Radiologie und Zytologie hätte somit gegen die Vorschriften über die Trennung der Versorgungsbereiche und der Gesamtvergütungskontingente verstoßen.

II

Die Revision des Klägers hat keinen Erfolg. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, weil der Honorarbescheid der Beklagten nicht rechtswidrig ist und den Kläger nicht iS von [§ 54 Abs 1 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) beschwert.

Gesetzliche Grundlage des angefochtenen Honorarbescheides der Beklagten für das Quartal III/2002 ist [§ 85 Abs 4 Satz 1 SGB V](#) (idF des zum 1. Januar 2000 in Kraft getretenen Art 1 Nr 36 Buchst d des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 (GKVRefG 2000) vom 22. Dezember 1999 â BGBl I 2626). Danach verteilt die K in der vertragsärztlichen Versorgung die Gesamtvergütungen an die

---

Vertragsärzte getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung iS des [Â§ 73 SGB V](#). Nach [Â§ 85 Abs 4a Satz 1 SGB V](#) (idF des Art 1 Nr 36 Buchst e des GKVRefG 2000) bestimmt der Bewertungsausschuss ([Â§ 87 Abs 1 Satz 1 SGB V](#)) erstmalig bis zum 28. Februar 2000 Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen nach Abs 4 aaO, insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung sowie für deren Anpassung an solche Veränderungen der vertragsärztlichen Versorgung, die bei der Bestimmung der Anteile der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung an der Gesamtvergütung zu beachten sind. In Ausführung dieses gesetzlichen Auftrags hat der Bewertungsausschuss (Beschluss vom 16. Februar 2000 – DÄB 2000, A-556, abgedruckt auch bei Engelmann [Hrsg], Gesetzliche Krankenversicherung – Soziale Pflegeversicherung, Nr 766) erstmalig für das Jahr 2000 Vorgaben für die Berechnung der Vergütungsanteile für den hausärztlichen und den fachärztlichen Bereich getroffen und für das Jahr 2002 modifiziert (Beschluss des Bewertungsausschusses in der 72. Sitzung, DÄB 2002, A-146, abgedruckt aaO, Nr 767a).

Diese bundesrechtlichen Vorgaben hat die Beklagte in ihrem HVM umgesetzt. Nach [Â§ 9 Abs 1 Satz 3](#) des HVM in der 2002 geltenden Fassung wird der nach Verminderung um bestimmte Abzugsbeträge verbleibende Anteil der Gesamtvergütungen in einen hausärztlichen Anteil ([Â§ 12](#) HVM) und einen fachärztlichen Anteil getrennt. Nach [Â§ 15 Satz 1](#) HVM können Rückstellungen ua zur Punktwertsetzung gebildet werden. Satz 2 aaO schreibt vor, dass diese Rückstellungen getrennt für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung zu bilden sind.

In Anwendung dieser Regelung des HVM hat die Beklagte nach den Feststellungen des SG (vgl. [Â§ 163 SGG](#)) im Quartal III/2002 den Punktwert für radiologische bzw. zyto- und histologische Leistungen aus Rückstellungen gestützt, die sie zu diesem Zweck aus dem Honorarkontingent für die fachärztliche Versorgung bereitgestellt hat. Der Kläger beanstandet, dass diese Leistungen nicht ausschließlich bzw. zumindest auch aus dem entsprechenden Rückstellungskontingent für die hausärztlichen Leistungen gestützt worden sind, und ist der Auffassung, deswegen sei der Punktwert, mit dem seine Leistungen im streitbefangenen Quartal honoriert wurden, zu niedrig. Dem ist nicht zu folgen. Es steht bereits nicht fest, ob die Stützungen der Punktwerte für die genannten Leistungsbereiche im streitbefangenen Quartal überhaupt Auswirkungen auf den Punktwert der Orthopäden – und wenn ja, ggf. außerhalb des Promillebereichs – gehabt haben; denn das SG hat weder Feststellungen zu der Frage, ob diese aus Rückstellungen entnommen wurden, die gerade aus Gesamtvergütungsanteilen für das Quartal III/2002 gebildet worden sind, noch zur Höhe der Stützungsbeträge getroffen. Indessen bedarf es einer Zurückverweisung der Sache an das SG zur Nachholung entsprechender Feststellungen nicht. Denn selbst wenn die Stützung lediglich aus dem fachärztlichen Honorarkontingent für das Quartal III/2002 erfolgte wäre und sich auf den Punktwert für die fachärztlichen und speziell die orthopädischen Leistungen ausgewirkt hätte, wäre dies nicht zu beanstanden. Denn die Beklagte

---

war nicht nur berechtigt, sondern sogar verpflichtet, ggf von ihr fÄ¼r notwendig gehaltene StÄ¼tzungen der Punktwerte fÄ¼r bestimmte fachÄ¼rztliche Leistungen ausschlie¼lich aus dem Honorarkontingent fÄ¼r die VergÄ¼tung der fachÄ¼rztlichen Leistungen zu finanzieren. [Ä§ 85 Abs 4 Satz 1 SGB V](#) steht jedem anderen Vorgehen entgegen.

Die Regelung des [Ä§ 85 Abs 4 Satz 1 SGB V](#) Ä¼ber die Verteilung der GesamtvergÄ¼tungen getrennt fÄ¼r die Bereiche der hausÄ¼rztlichen und der fachÄ¼rztlichen Versorgung ist durch das GKVRefG 2000 eingefÄ¼hrt worden. Im ursprÄ¼nglichen Gesetzentwurf eines GKVRefG 2000 ([BT-Drucks 14/1245](#), BR-Drucks 454/99) war die Regelung Bestandteil eines [Ä§ 87a SGB V](#). In der BegrÄ¼ndung der Bundesregierung zu der Ä¼ mit [Ä§ 85 Abs 4 Satz 1 SGB V](#) Ä¼bereinstimmenden Ä¼ Vorschrift des [Ä§ 87a Abs 1 SGB V](#) des Entwurfs (E-SGB V) ist ausgefÄ¼hrt, bei der (damals noch geplanten) Vereinbarung des HVM bestimmten die Vertragspartner den Anteil, der fÄ¼r die VergÄ¼tungen von Leistungen der hausÄ¼rztlichen Versorgung zu verwenden ist, und den Anteil fÄ¼r die VergÄ¼tung von Leistungen der fachÄ¼rztlichen Versorgung. Die Festlegung der Anteile erfolge nach Ma¼gabe der von den Vertragspartnern auf Bundesebene im Bewertungsausschuss fÄ¼r die Honorarverteilung vorgegebenen Kriterien (BR-Drucks 454/99, S 73, Zu Nr 45, Zu Ä§ 87a, Zu Abs 1). Durch die spÄ¼ter als [Ä§ 85 Abs 4a SGB V](#) der Sache nach unverÄ¼ndert Gesetz gewordene Vorschrift des [Ä§ 87a Abs 3 E-SGB V](#) sollte sichergestellt werden, dass die VergÄ¼tungsanteile fÄ¼r die hausÄ¼rztliche und fÄ¼r die fachÄ¼rztliche Versorgung in den Vertragsregionen auf der Grundlage einheitlicher Vorgaben bestimmt werden. Diese Vorschrift sollte zugleich die Abstimmung der mengensteuernden Regelungen des Einheitlichen Bewertungsma¼stabs (EBM-Ä¼) mit den entsprechenden Regelungen der HVMe sicherstellen. Damit sollte erreicht werden, dass ein angemessener Anteil der GesamtvergÄ¼tung fÄ¼r die hausÄ¼rztliche Versorgung zur VerfÄ¼gung steht. FÄ¼r die erstmalige Bestimmung der VergÄ¼tungsanteile fÄ¼r die haus- und fachÄ¼rztliche Versorgung wurde das im Jahre 1996 abgerechnete anteilige Punktzahlvolumen als BezugsgrÄ¼e vorgegeben (BR-Drucks, aaO, S 73/74, Zu Abs 3).

Aus dem Wortlaut des [Ä§ 85 Abs 4 Satz 1](#) und des [Ä§ 85 Abs 4a Satz 1 SGB V](#) (idF des GKVRefG 2000) sowie aus der wiedergegebenen GesetzesbegrÄ¼ndung zu [Ä§ 87a SGB V](#) des ursprÄ¼nglichen Gesetzentwurfs ergibt sich, dass die KÄ¼V vor DurchfÄ¼hrung der eigentlichen Honorarverteilung feste Anteile der zur Verteilung stehenden GesamtvergÄ¼tungen fÄ¼r den hausÄ¼rztlichen und den fachÄ¼rztlichen Versorgungsbereich bilden muss. Das Gesetz geht zur Absicherung der VergÄ¼tung der hausÄ¼rztlichen Versorgung (vgl Begr des Gesetzentwurfs eines GKVRefG 2000, BR-Drucks, aaO, S 73/74, Zu Abs 3) von einer strikten Trennung der VergÄ¼tung fÄ¼r hausÄ¼rztliche und fÄ¼r fachÄ¼rztliche Leistungen aus. Daraus folgt zwangslÄ¼ufig, dass zur VergÄ¼tung der hausÄ¼rztlichen Leistungen nur das Honorarkontingent fÄ¼r den hausÄ¼rztlichen Versorgungsbereich zur VerfÄ¼gung steht, wÄ¼hrend umgekehrt fachÄ¼rztliche Leistungen nur aus dem Honorarkontingent fÄ¼r die fachÄ¼rztliche Versorgung finanziert werden dÄ¼rfen. Das stellt Ä¼ soweit ersichtlich Ä¼ auch der KIÄ¼ger nicht in Frage. Er ist aber der Auffassung, die Trennung der VergÄ¼tungsbereiche

---

erfasse Stützungsmaßnahmen nicht. Dieser Rechtsauffassung ist in  
Äbereinstimmung mit dem SG nicht zu folgen.

Die die Stützungsregelungen betreffende Vorschrift des Â§ 15 Satz 2 HVM schreibt die Trennung (auch) der Rückstellungen zur Punktwertstützung für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung vor. Damit dürfen nach der Satzungsregelung der Beklagten Stützungsmaßnahmen für fachärztliche Leistungen nur aus Rückstellungen aus dem Honorarkontingent des fachärztlichen Versorgungsbereichs finanziert werden. Â§ 15 Satz 2 HVM setzt um, was sich ohnehin zwingend aus [Â§ 85 Abs 4 Satz 1 SGB V](#) ergibt. Denn bei der Stützung von Punktwerten, die im HVM einer KÄV vorgeschrieben oder dem Vorstand zur näheren Regelung übertragen werden, handelt es sich ebenfalls um eine Verteilung der Gesamtvergütung iS des [Â§ 85 Abs 4 Satz 1 SGB V](#). Sie erfolgt notwendigerweise aus den gemäß der genannten Vorschrift für den Bereich der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung zu trennenden jeweiligen Gesamtvergütungskontingenten. Zur Stützung fachärztlicher Leistungen dürfen somit nur Beträge aus dem Honorarkontingent der Fachärzte, zur Stützung hausärztlicher Leistungen nur Beträge aus dem Vergütungskontingent der Hausärzte verwandt werden. Punktwertausgleichende Stützungsmaßnahmen zwischen beiden Versorgungsbereichen sind mithin rechtlich nicht zulässig (vgl Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, Stand August 2005, K Â§ 85 RdNr 205k).

Für die Vorstellung des Klägers, das Honorarkontingent der Hausärzte solle für die Stützung der radiologischen bzw histologischen Leistungen in dem Maße herangezogen werden, wie hausärztliche Überweisungen für die Mengenentwicklungen in diesen Leistungsbereichen verantwortlich sind, bietet das Gesetz keine Anhaltspunkte. Würde dieser Vorstellung gefolgt, wäre das klare Ziel des Gesetzes, für die hausärztliche Versorgung ein festes Honorarkontingent zur Verfügung zu stellen (BR-Drucks 454/99, aaO, S 73, Zu Abs 3), nicht mehr erreichbar. Es ist notwendiger Bestandteil der hausärztlichen Versorgung, dass Hausärzte Patienten zur Durchführung spezifisch fachärztlicher Leistungen an Vertragsärzte aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich überweisen. Wenn der Gesetzgeber die strikte Trennung der Honorarkontingente für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung vorschreibt, hat er in Kauf genommen, dass der Punktwert für die hausärztlichen Leistungen davon unabhängig ist, wie sich der Punktwert im Bereich der fachärztlichen Leistungen entwickelt, obwohl letzterer über die Entwicklung der Leistungsmenge mittelbar teilweise auch vom Überweisungsverhalten der Hausärzte abhängt. Verfassungsrechtliche Bedenken dagegen, wie sie der Kläger andeutet, sind nicht gerechtfertigt.

Die vom Kläger angenommene Berechtigung der KÄV, mit der Stützung der Punktwerte für bestimmte fachärztliche Leistungen auch das Gesamtvergütungskontingent für die hausärztliche Versorgung zu belasten, besteht schließlich auch wegen der vorrangigen Kompetenz des Bewertungsausschusses nicht. Dieser hat nach [Â§ 85 Abs 4a Satz 1 SGB V](#) ua Kriterien für die Anpassung der Vergütungsanteile an solche Veränderungen

---

der hausärztlichen Versorgung zu bestimmen, die bei der Ermittlung der Anteile der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung an der Gesamtvergütung zu beachten sind. Das erfasst etwa die Verschiebung von bestimmten Leistungen aus dem einen in den anderen Versorgungsbereich (vgl dazu Nr 3, 4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in der 63. Sitzung, DÄBl 2000, A-1920, mit Wirkung vom 1. Januar 2001; abgedruckt aaO, Nr 767). Ohne entsprechende Vorgaben des Bewertungsausschusses ist die einzelne KÄV nicht befugt, kraft ihrer im maßgeblichen Zeitpunkt (noch) bestehenden generellen Befugnis zum Erlass des HVM ([Â§ 84 Abs 4 Satz 1 SGB V](#) idF des GKVRefG 2000) Eingriffe in den Zuschnitt der Gesamtvergütungskontingente beider Versorgungsbereiche vorzunehmen. Das vom Kläger fäher bedeutsam gehaltene Kriterium der Veranlasserbezogenheit von Leistungsausweitungen kann im übrigen ggf Anlass fäher vergütungsbezogene Regelungen im EBM-Ä sein, aber nicht dazu fähren, die Gesamtvergütungsanteile fäher den hausärztlichen und den fachärztlichen Versorgungsbereich, deren Bemessung durch [Â§ 85 Abs 4a Satz 2 SGB V](#) vorgegeben ist, neu zu bestimmen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 197a SGG](#) iVm [Â§ 154 Abs 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Erstellt am: 07.08.2006

Zuletzt verändert am: 20.12.2024