

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 6 RKa 61/94

.....,

Kläger und Revisionsbeklagter,

Prozeßbevollmächtigter:,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen,
Hannover, Berliner Allee 22,

Beklagte und Revisionsklägerin.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 7. Februar 1996 durch die Richter Dr. E n g e l m a n n - Vorsitzender -, S t e e g e und Dr. W e n n e r sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. O t t m e r s und Prof. Dr. S e n n e für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 14. September 1994 aufgehoben. Die Klage gegen den Honorarbescheid der Beklagten für das Quartal I/93 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. Dezember 1993 wird abgewiesen.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



Der Kläger hat der Beklagten deren Aufwendungen für das Klage- und Revisionsverfahren zu erstatten.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Gründe:

I

Der als Arzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Kläger beansprucht eine höhere Vergütung für die in den Quartalen I/93 bis I/94 bei ambulanten Operationen erbrachten Leistungen. Er beanstandet, daß infolge einer im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Beklagten angeordneten Begrenzung des für den Komplex "ambulantes Operieren" zur Verfügung stehenden Honorarvolumens die seit 1993 vermehrt erbrachten Operationsleistungen mit einem deutlichen niedrigeren Punktwert vergütet worden sind als seine übrigen ärztlichen Leistungen.

Der HVM der Beklagten sah in der vom 1. Januar 1993 bis zum 31. Dezember 1994 geltenden Fassung (Niedersächsisches Ärzteblatt Nr 6/93) für den Primärkassenbereich eine Aufteilung der Gesamtvergütung grundsätzlich nach Arztgruppen vor. Als Ausnahme von dieser Verteilungsregel bestimmte § 8 Abs 2c HVM, daß die Leistungen, für die von den Krankenkassen Vergütungspauschalen mit gesonderten Steigerungssätzen gezahlt werden (Prävention, ambulantes Operieren) gesondert und unabhängig von der Fachgruppenzugehörigkeit nach einem einheitlichen schwankenden Punktwert vergütet werden. In Anwendung dieser "Topfbildung" ergaben sich für die mit einem floatenden Punktwert honorierten allgemeinen Leistungen der Arztgruppe der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen in den Quartalen I/93 bis I/94 im Primärkassenbereich Auszahlungspunktwerte von 8,60 Pf, 8,34 Pf, 7,31 Pf, 7,62 Pf und 9,81 Pf, während die Leistungen des ambulanten Operierens mit 7,33 Pf, 8,06 Pf, 7,21 Pf, 8,19 Pf und 6,35 Pf honoriert wurden.

Den mit Hinweis auf einen "Punktwertverfall" begründeten Widerspruch des Klägers gegen den Honorarbescheid für das Quartal I/93 wies die Beklagte mit der Begründung zurück, die geringeren Punktwerte für die ambulanten Operationen und Anästhesien seien die Folge der gesetzlich festgelegten Anknüpfung des Budgets an den Basiszeitraum 1991 und der starken Ausweitung der ambulanten operativen Leistungen ab dem ersten Quartal 1993 (Widerspruchsbescheid vom 6. Dezember 1993).

Das Sozialgericht (SG) hat den Honorarbescheid für das Quartal I/93 idF des Widerspruchsbescheides sowie "die bisher ergangenen weiteren Honorarbescheide bis zum Quartal I/94" aufgehoben und die Beklagte zu einer neuen Entscheidung über die Vergütungsansprüche des Klägers verpflichtet (Urteil vom 14. September 1994). Es hat die Bildung eines speziellen Honorarbudgets für Leistungen des ambulanten Operierens als Verstoß gegen den Grundsatz der gleichmäßigen Honorarverteilung gewertet. Diese Regelung sei ursächlich dafür, daß der Punktwert für die ambulanten Operationen infolge der starken Mengenausweitung in diesem Bereich unter den Punktwert der übrigen



dynamischen Leistungen der einzelnen Fachgruppen abgesunken sei. Sachliche Gründe für eine gesonderte Honorierung der Operationsleistungen seien nicht erkennbar. Die Beklagte könne sich insofern nicht auf § 85 Abs 3a Satz 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) berufen. Zwar erfordere diese Regelung zur Berechnung der Gesamtvergütung ua für das ambulante Operieren die Bildung eines gesonderten Vergütungstopfes, verpflichte die Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) aber nicht, bei der Verteilung des Honorars für diesen Leistungsbereich von der ansonsten praktizierten arztgruppenbezogenen Honorarverteilung abzuweichen. Mit der Vorschrift des § 85 Abs 3a Satz 6 SGB V habe der Gesetzgeber das ambulante Operieren fördern wollen; diese Intention spreche dafür, daß die Operationsleistungen jedenfalls nicht schlechter als die anderen ärztlichen Leistungen einer Fachgruppe vergütet werden dürften, weil sonst der Anreiz verloren gehe, häufig ambulant zu operieren. Die Beklagte sei gehalten, die Regelung in § 8 Abs 2c HVM durch eine verfassungskonforme Regelung zu ersetzen. Dabei müsse sie sich vom Grundsatz der prinzipiell gleichmäßigen Honorarverteilung nach § 85 Abs 4 SGB V leiten lassen. Diesen Regeln entspreche es, wenn zunächst ein einheitlicher dynamischer Punktwert für jede Fachgruppe berechnet werde, der anschließend für die Operationsleistungen um den Betrag zu erhöhen sei, der sich aus der Division des Steigerungsbetrages nach § 85 Abs 3a S 6 SGB V durch die Punktzahl der Leistungen nach den Abschnitten B VI und B VII des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) ergebe.

Mit ihrer vom SG zugelassenen Sprungrevision rügt die Beklagte eine Verletzung des § 85 Abs 4 SGB V. Das SG habe zu Unrecht von einem unter dem Gesichtspunkt der Förderung des ambulanten Operierens unbefriedigenden Ergebnis auf die Rechtswidrigkeit der im HVM angewandten Verteilungsregel geschlossen. Bei der Bildung eines Honorartopfs für Leistungen des ambulanten Operierens habe sie sich an den Vorschriften des § 85 Abs 4a Satz 3 iVm Abs 3a Satz 6 SGB V orientiert und der Tatsache Rechnung getragen, daß der Gesetzgeber zwar die in den Jahren 1993 bis 1995 für ambulante Operationen zur Verfügung stehenden Mittel erhöht, gleichzeitig aber das Ausgabevolumen für die Gesamtheit der von den Krankenkassen zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen begrenzt habe. Der Gesetzgeber habe keinen festen Punktwert für die Leistungen des ambulanten Operierens garantiert, sondern lediglich vorgegeben, daß die auf das Basisjahr 1991 bezogene 10%ige Erhöhung des Anteils der Gesamtvergütung, die für ambulante Operationen aufzuwenden sei, tatsächlich den Ärzten zugute zu bringen sei, die die entsprechenden Leistungen erbringen. Dies gewährleiste die Regelung in § 8 Abs 2c ihres HVM. Weil die als Folge der starken Mengenausweitung eingetretene rückläufige Entwicklung der Punktwerte beim ambulanten Operieren auf Dauer nicht sachgerecht sei, habe ihre Vertreterversammlung im November 1994 mit Wirkung zum 1. Januar 1995 die hier umstrittene Topfbildung aufgehoben und eine Regelung getroffen, die sich derjenigen annähere, die das SG bevorzugt habe ("Prämienlösung"). Daraus dürfe aber nicht der Schluß gezogen werden,



die in § 8 Abs 2c HVM in der 1993/1994 geltenden Fassung gewählte "Separationslösung" sei rechtswidrig gewesen, zumal der Bundesminister für Gesundheit in einem Schreiben vom 21. Oktober 1993 gegenüber der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) ausdrücklich betont habe, die Separationslösung werde der gesetzgeberischen Absicht gerecht. Zumindest für den hier streitbefangenen Zeitraum müsse die Bildung eines gesonderten Topfs für die Leistungen des ambulanten Operierens als Anfangs- und Erprobungsregelung wegen der bestehenden Prognoseunsicherheiten hinsichtlich des Leistungsverhaltens der operierenden Ärzte noch als rechtmäßig angesehen werden.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 14. September 1994 aufzuheben und die Klage abzuweisen

Der Kläger beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Er hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Die Beklagte hätte die Regelung des § 85 Abs 3a Satz 6 SGB V nicht nur auf die Ermittlung der Gesamtvergütung, sondern auch auf die Verteilung der Gesamtvergütung unter die Vertragsärzte anwenden müssen. Mit der Bildung eines Teilbudgets habe die Beklagte dem Gebot der Verteilungsgerechtigkeit nicht hinreichend Rechnung getragen; der Wille des Gesetzgebers zur Förderung des ambulanten Operierens sei in sein Gegenteil verkehrt worden. Dem Gesetzgeber könne nicht unterstellt werden, daß seine Absicht, für das ambulante Operieren auch finanzielle Anreize zu geben, lediglich auf die Ermittlung der Gesamtvergütung gezielt habe, daß sie aber nicht auch auf die für den einzelnen Vertragsarzt entscheidende Honorarverteilung habe durchschlagen sollen. Zu Unrecht gehe die Beklagte davon aus, die starke Mengenausweitung im Bereich des ambulanten Operierens sei nicht vorhersehbar gewesen. Wegen der zum 1. Januar 1993 in Kraft getretenen Zulassungsbeschränkungen habe eine große Zahl von Ärzten im letzten Quartal 1992 und zu Beginn des Jahres 1993 die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung angestrebt und erhalten. Viele dieser Ärzte hätten in ihrer früheren Krankenhaustätigkeit Erfahrungen bei Operationen gesammelt, so daß damit zu rechnen gewesen sei, daß sie nach der Zulassung verstärkt ambulante Operationen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchführen würden, was tatsächlich auch geschehen sei.

II

Die Revision der Beklagten ist begründet.



Gegenstand des Klage- und Revisionsverfahrens ist allein der Honorarbescheid der Beklagten für das Quartal I/93 (Primärkassen) in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. Dezember 1993. Die Annahme des SG, die nicht näher bezeichneten und nicht zu den Akten gelangten Honorarbescheide für die Quartale II/93 bis I/94 seien in entsprechender Anwendung des § 96 Abs 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) Verfahrensgegenstand geworden, trifft nicht zu. Das gilt ungeachtet der bisherigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), nach der die §§ 86 und 96 SGG auch dann eingreifen, wenn ein Honorarbescheid einer KÄV angefochten wird und während des Vorverfahrens oder des Gerichtsverfahrens weitere Bescheide für spätere Quartale ergehen, die den Honoraranspruch des Arztes in derselben Weise regeln und deshalb mit derselben Begründung angegriffen werden (SozR Nr 14 und Nr 19 zu § 96 SGG; BSGE 27, 146, 148; SozR 1500 § 144 Nr 6; SozR 1500 § 96 Nr 14 und Nr 24 S 33 ua). Eine übereinstimmende Regelung in diesem Sinne ist angenommen worden, wenn bei dem ursprünglichen und dem späteren Bescheid "im Kern" über dieselbe Rechtsfrage zu entscheiden war. Bei wiederholten Streitigkeiten über die Auslegung einer bestimmten Gebührenvorschrift oder die Anwendung einer Honorarverteilungsregelung ist eine Einbeziehung nachgehender Bescheide deshalb regelmäßig erfolgt (vgl zuletzt Senatsurteil vom 12. Oktober 1994 <SozR 3-2500 § 85 Nr 8 S 46>).

Der Senat hat demgegenüber jedoch in jüngster Zeit mehrfach hervorgehoben, daß für eine entsprechende Anwendung der §§ 86 Abs 1, 96 Abs 1 SGG dann kein Raum ist, wenn zwar die Rechtsgrundlagen der Honorarbescheide und die umstrittenen Rechtsfragen übereinstimmen, aber die rechtlich erheblichen Sachverhaltsumstände und Tatsachengrundlagen in den verschiedenen Abrechnungszeiträumen nicht oder nur teilweise deckungsgleich sind (Urteil vom 24. August 1994 <SozR 3-1500 § 96 Nr 3 S 5>; Urteil vom 18. Oktober 1995 - 6 RKa 12/95 -, nicht veröffentlicht). Ändern sich tatsächliche Gegebenheiten, die für die rechtliche Beurteilung von Bedeutung sind oder zumindest sein können, führt die Einbeziehung der später ergangenen Bescheide nicht zu einer Beschleunigung, sondern zu einer Belastung des anhängigen Verfahrens mit möglicherweise erheblichem Ermittlungsaufwand, der einer zügigen Erledigung hinderlich ist. Das wiegt um so schwerer, als nach herrschender Auffassung die Rechtswirkungen der §§ 86 Abs 1, 96 Abs 1 SGG unabhängig vom Wissen und Wollen der Beteiligten eintreten und die Ausweitung des Streitstoffs damit deren Disposition weitgehend entzogen ist (vgl Meyer-Ladewig, SGG, 5. Aufl, § 96 RdNr 11). Eine entsprechende Anwendung ist deshalb nur gerechtfertigt, wenn die maßgeblichen tatsächlichen und rechtlichen Umstände im streitbefangenen Quartal und in den nachfolgenden Zeiträumen in der Weise identisch sind, daß mit der Entscheidung über den ursprünglichen Streitgegenstand der Sache nach auch abschließend über die Folgebescheide entschieden ist. Andernfalls ist den Interessen der Beteiligten und auch prozeßökonomischen Erwägungen besser gedient, wenn die Bescheide für nachfolgende Quartale zunächst angefochten werden und die Beteiligten klären, ob eine



Widerspruchsentscheidung bis zur rechtskräftigen Entscheidung des schon anhängigen gerichtlichen Verfahrens zurückgestellt werden soll oder ob - wenn für nachfolgende Zeiträume Widerspruchsbescheide bereits mit der Klage angefochten sind - die nachfolgenden Klageverfahren ruhen oder auf der Grundlage von § 113 Abs 1 Satz 1 SGG mit dem anhängigen Verfahren verbunden werden sollen.

Nach diesen Grundsätzen greift § 96 Abs 1 SGG hier nicht ein, denn die für die Überprüfung der Rechtmäßigkeit der Honorarbescheide für die Quartale II/93 bis I/94 erheblichen tatsächlichen Verhältnisse weichen von denjenigen im Quartal I/93 in wesentlichen Punkten ab. Der Kläger rügt unter anderem einen Verstoß gegen das verfassungsrechtliche Gleichbehandlungsgebot, den er darin sieht, daß seine Operations- und Anästhesieleistungen wegen der Bildung eines gesonderten Honorartopfes mit einem niedrigeren Punktwert vergütet worden sind als die übrigen ärztlichen Leistungen. Zu den Umständen, die für die gerichtliche Überprüfung von Honorarverteilungsregelungen am Maßstab des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit (vgl. Senatsurteil BSGE 73, 131, 136 = SozR 3-2500 § 85 Nr 4 S 24) von Bedeutung sind, zählt unter anderem die Höhe des Punktwertes für die genannten Leistungsbereiche, weil ohne Kenntnis der Relation beider Punktwerte in jedem betroffenen Quartal nicht beurteilt werden kann, ob eine Ungleichbehandlung mit erheblichen Auswirkungen auf den jeweiligen Honoraranspruch vorliegt. Nach der neueren Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ist das Gleichbehandlungsgebot des Art 3 Abs 1 Grundgesetz (GG) verletzt, wenn zwei Gruppen verschieden behandelt werden, obwohl zwischen ihnen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, die eine ungleiche Behandlung rechtfertigen (vgl. BVerfGE 72, 141, 150; 85, 238, 244). Deshalb gehört das Ausmaß der gerügten Ungleichbehandlung zu den Umständen, die im Rahmen einer am Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit (Art 12 Abs 1 iVm Art 3 Abs 1 GG, vgl. BSGE 73, 131 = SozR 3-2500 § 85 Nr 4) ausgerichteten Prüfung von Honorarbescheiden rechtlich bedeutsam sind. Nichts anderes gilt, soweit der Kläger die Vergütung seiner ambulant durchgeführten Operationen für unangemessen hält. Für die Beurteilung dieser Frage können sowohl der Punktwert als auch der Leistungsumfang sowie die Höhe des Anteils der ambulanten Operationsleistungen an den Leistungen insgesamt von Bedeutung sein. Alle genannten Faktoren variieren aber erfahrungsgemäß von Quartal zu Quartal.

Die Honorarbescheide für die Folgequartale sind auch nicht durch eine prozessuale Vereinbarung der Beteiligten Verfahrensgegenstand geworden. Ob und mit welchen rechtlichen Auswirkungen solche Vereinbarungen über eine Erweiterung des Verfahrensgegenstandes zulässig sind, bedarf hier keiner Entscheidung (vgl. dazu das Senatsurteil vom heutigen Tage in der Sache 6 RKa 42/95), denn entsprechende Vereinbarungen sind hier nicht getroffen worden. Die Beklagte hat im Termin der mündlichen Verhandlung vor dem SG lediglich mitgeteilt, Honorarbescheide seien bis



einschließlich des ersten Quartals 94 dem Kläger bekannt gegeben worden, ohne zu erklären, ob der Kläger diese Bescheide angefochten hat oder nicht. Der Kläger hat sich zu den Folgebescheiden nicht geäußert, zumal er an der mündlichen Verhandlung nicht teilgenommen hat, und das SG hat Feststellungen zum Inhalt der Bescheide und der ihnen beigefügten Rechtsmittelbelehrung sowie zu ihrer Anfechtung seitens des Klägers nicht getroffen. Damit fehlen alle Voraussetzungen für die Annahme, die Beteiligten hätten im Klageverfahren einvernehmlich die Klage auf die Folgebescheide erstreckt; in der Revisionsinstanz wäre eine entsprechende Klageänderung nicht statthaft (§ 168 Satz 1 SGG). Da die Honorarbescheide für die Quartale II/93 bis I/94 nicht Gegenstand des gerichtlichen Verfahrens geworden sind, wird die Beklagte zu klären haben, ob insoweit noch Widerspruchsverfahren anhängig und ggf Widerspruchsbescheide zu erlassen sind. Vorsorglich weist der Senat darauf hin, daß für den (möglichen) Fall, daß die Beklagte in den Honorarbescheiden für die Quartale ab II/93 anstelle einer Rechtsmittelbelehrung auf § 96 Abs 1 SGG hingewiesen hat, Anlaß zur Prüfung bestehen kann, ob dem Kläger Wiedereinsetzung in die Widerspruchsfrist zu gewähren ist, weil er möglicherweise unverschuldet nicht erkannt hat, daß dieser Hinweis der Beklagten nach der jetzigen Rechtsprechung des Senats zum Anwendungsbereich des § 96 Abs 1 SGG unzutreffend gewesen ist.

Der Honorarbescheid der Beklagten für das Quartal I/93 (Primärkassen) ist rechtmäßig, soweit - worüber allein zu entscheiden ist - der Punktwert angegriffen ist, mit dem die ambulanten Operationsleistungen des Klägers honoriert worden sind. Die Regelung in § 8 Abs 2c des HVM der Beklagten in der ab 1. Januar 1993 geltenden Fassung, auf deren Grundlage die Beklagte das Honorar des Klägers für diese Leistungen berechnet hat, steht mit höherrangigem Recht in Einklang.

Honorarverteilungsregelungen einer KÄV sind in erster Linie an den gesetzlichen Vorgaben in § 85 Abs 4 SGB V zu messen. Zentrale Bedeutung kommt dabei der Bestimmung in § 85 Abs 4 Satz 3 SGB V zu, nach der bei der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistungen des Kassenarztes (eigentlich Vertragsarztes) zugrunde zu legen sind. Dieser Vorschrift kann, wie der Senat zu der gleichlautenden früheren Regelung des § 386f Abs 1 Satz 4 RVO bereits entschieden hat, nicht die Forderung entnommen werden, die Leistungen müßten nach ihrer Art und ihrem Umfang stets gleichmäßig, dh mit einem für alle Leistungen einheitlichen Punktwert, honoriert werden. Das Gesetz schließt danach eine Aufteilung der Gesamtvergütung in Teilbudgets mit der Folge, daß die kassen- und vertragsärztlichen Leistungen nicht mehr entsprechend dem EBM im selben Verhältnis, sondern, abhängig von der Mengenentwicklung im jeweiligen Leistungsbereich, unterschiedlich hoch vergütet werden, nicht grundsätzlich aus (Urteil vom 29. September 1993 - 6 RKa 65/91 - <BSGE 73, 131, 134 = SozR 3-2500 § 85 Nr 4 S 22>; vgl auch § 85 Abs 4 Satz 5 SGB V, wonach eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung



vorgesehen werden kann). Im Hinblick auf die berufsregelnde Tendenz von Honorarverteilungsvorschriften darf die KÄV die Verteilung allerdings nicht frei nach ihrem Ermessen gestalten; sie ist vielmehr an den Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung gebunden. Dieser besagt, daß die ärztlichen Leistungen prinzipiell gleichmäßig zu vergüten sind (BSGE 73, 131, 136 = SozR 3-2500 § 85 Nr 4 S 24; vgl auch BSGE 75, 187, 191 = SozR 3-2500 § 72 Nr 5 S 9 sowie Axer, NZS 1995, 536 ff). Der normsetzenden Körperschaft bleibt jedoch ein Spielraum für sachlich gerechtfertigte Abweichungen von dem genannten Grundsatz, der es ihr ermöglicht, ihrem Sicherstellungsauftrag und ihren sonstigen gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen gerecht zu werden.

Zu den gesetzlichen Verpflichtungen der Beklagten gehörte es, die Regelungen über die Vergütung der Leistungen des ambulanten Operierens in § 85 Abs 3a Satz 6 und § 85 Abs 4a Satz 3 SGB V idF des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 20. Dezember 1992 (BGBl I S 2266) bei der Honorarverteilung umzusetzen. Bis Ende 1992 waren diese Leistungen nicht Bestandteil des pauschalierten Teils der Gesamtvergütung gewesen, sondern aufgrund besonderer Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen und KÄVen nach den Grundsätzen der Einzelleistungsvergütung mit einem fest vereinbarten Punktwert honoriert worden (vgl Hess, Kasseler Komm, § 85 SGB V RdNr 41). Diese Praxis konnte nach Inkrafttreten des GSG nicht mehr fortgesetzt werden, weil nach seither geltendem Recht auch die Leistungen des ambulanten Operierens aus der nach Maßgabe des § 85 Abs 3a SGB V budgetierten Gesamtvergütung zu bezahlen waren. Der Gesetzgeber hat jedoch in der Absicht, die Verlagerung von Operationen aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu fördern, den Vergütungsrahmen für diese Leistungen angehoben. § 85 Abs 3a Satz 6 SGB V bestimmt in der zum 1. Januar 1993 rückwirkend in Kraft getretenen Fassung des 3. Gesetzes zur Änderung des SGB V (3. SGB V-ÄndG) vom 10. Mai 1995 (BGBl I S 678), daß der Teil der Gesamtvergütung, der auf die Leistung des ambulanten Operierens entfällt, zusätzlich zu der Erhöhung nach Satz 1 (Steigerung der Grundlohnsumme) für 1993 um 10 vH und für 1994 um weitere 20 vH erhöht wird. Um die bestimmungsgemäße Verwendung der zusätzlich bereitgestellten Mittel sicherzustellen, schreibt § 85 Abs 4a Satz 3 SGB V ergänzend vor, daß der gemäß Abs 3a Satz 6 von den Krankenkassen zu entrichtende Mehrbetrag bei der Honorarverteilung den Leistungen zuzurechnen ist, für die Zuschläge nach den Abschnitten B VI und B VII des EBM bezahlt werden.

Wie der Auftrag aus § 85 Abs 4a Satz 3 SGB V von den KÄVen erfüllt werden sollte, läßt sich weder dem Wortlaut der Vorschrift noch den Gesetzesmaterialien (Begründung des Gesetzentwurfs der Fraktionen von CDU, FDP und SPD für ein GSG, BT-Drucks 12/3608 S 87; Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung, BT-Drucks 12/3937 S 13) entnehmen. Die Beklagte ist ihm während der hier streitigen Zeit in der Weise nachgekommen, daß sie auf der Basis des Honoraraufkommens im Jahr 1991 ein



separates Teilbudget für Leistungen des ambulanten Operierens gebildet hat, dem die Steigerungsbeträge nach § 85 Abs 3a Satz 6 SGB V zugeschlagen und aus dem arztgruppenübergreifend alle ambulanten Operationen vergütet wurden. Sie hat damit den für Operations- und Anästhesieleistungen zusätzlich bereitgestellten Vergütungsanteil wie vorgeschrieben für die Honorierung dieser Leistungen verwendet, mit der Budgetierung allerdings gleichzeitig in Kauf genommen, daß bei einer die Erwartungen übersteigenden Zunahme ambulanter Operationen der Punktwert für die einzelne Leistung sinken und ggf den allgemeinen Punktwert für die anderen mit einem floatenden Punktwert honorierten Leistungen der einzelnen Fachgruppe unterschreiten würde. Die Entscheidung für die Bildung eines fachübergreifenden Honorartopfes für ambulante Operationsleistungen war gleichwohl sachgerecht, weil sie sich an den neuen gesetzlichen Bestimmungen zur Honorierung dieser Leistungen im Rahmen einer limitierten Gesamtvergütung orientiert hat und im Hinblick auf die in Betracht kommenden Alternativen nicht als willkürlich bewertet werden kann.

Ein grundlegend anderer Weg der Umsetzung der gesetzlichen Regelung über die Honorierung ambulanter Operationen hätte darin bestanden, die Operations- und Anästhesieleistungen zunächst mit demselben Punktwert zu vergüten wie die übrigen ärztlichen Leistungen und anschließend Zuschläge aus einem gesonderten Honorartopf zu gewähren, der aus dem Erhöhungsbetrag nach § 85 Abs 3a Satz 6 SGB V gespeist wurde. Diese Form der Förderung des ambulanten Operierens hält das SG für geboten; auch das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg (Urteil vom 20. Dezember 1995 - L 5 Ka 224/95 -) ist dieser Ansicht. Die Beklagte verfährt in entsprechender Weise ab dem Quartal I/95 auf der Grundlage der Neufassung des HVM durch Beschluß der Vertreterversammlung vom 19. November 1994 (Niedersächsisches Ärzteblatt 12/94 S 48). Der Senat vermag indessen nicht festzustellen, daß die Beklagte ab dem Quartal I/93 eine solche Regelung hätte treffen müssen.

Bei dieser Lösung wäre der von den Krankenkassen bereitgestellte Mehrbetrag nicht zu einer Erhöhung des für ambulante Operationen insgesamt zur Verfügung stehenden Honorarvolumens, sondern zu einer honorarmäßigen Besserstellung der Operationsleistungen gegenüber den anderen ärztlichen Leistungen verwendet worden. Die vom Gesetzgeber gewünschte Mengenausweitung durch Verlagerung von Operationen aus dem stationären in den ambulanten Bereich wäre nicht aus dem zweckgebundenen Zuschlag zur Gesamtvergütung, sondern aus dem allgemeinen Vergütungsaufkommen für die vertragsärztliche Versorgung finanziert worden. Daß der Gesetzgeber den KÄVen diese Form der Förderung des ambulanten Operierens hat vorschreiben wollen, kann nicht angenommen werden. Abgesehen davon, daß sich für die Schaffung von Leistungsanreizen in Gestalt einer besseren Bezahlung ambulanter Operationen aus systematischen Gründen eher der Weg einer Höherbewertung der betreffenden Leistungen des EBM als der einer Subventionierung ihres Punktwertes



angeboten hätte, spricht die Ausgestaltung der gesetzlichen Regelung gegen ein solches Verständnis. Da § 85 Abs 3a Satz 6 SGB V keine einmalige, sondern eine schrittweise Erhöhung des auf ambulante Operationen entfallenden Gesamtvergütungsanteils vorschreibt, hätten sich für die Jahre 1993 bis 1995 ohne erkennbaren sachlichen Grund unterschiedlich hohe, von Jahr zu Jahr steigende Vergütungszuschläge ergeben; die von der honorarmäßigen Privilegierung der Operations- und Anästhesieleistungen ausgehenden Leistungsanreize wären zunächst nur gering gewesen und erst nach und nach verstärkt worden, was im Gegensatz zu dem Ziel einer möglichst raschen Kostenentlastung durch Verlagerung von Operationen aus dem stationären in den ambulanten Bereich gestanden hätte.

Schließlich hätte die sog "Prämienlösung" zu Friktionen mit der von der Beklagten ansonsten praktizierten Honorarverteilung führen können. Diese erfolgt zumindest seit dem 1. Quartal 1991 in der Weise, daß die um Vorabzüge bereinigte pauschale Gesamtvergütung in pauschale Honorarkontingente für die einzelnen Fachgruppen aufgeteilt und anschließend verteilt wird (§ 8 HVM in der ab 1. Januar 1991 geltenden Fassung). Diese Regelung steht mit § 85 Abs 4 Satz 5 SGB V in Einklang, wonach der Verteilungsmaßstab eine nach Arztgruppen unterschiedliche Verteilung vorsehen kann. Die arztgruppenbezogene Honorarverteilung kann zu unterschiedlichen Punktwerten für dieselbe Leistung bei verschiedenen Arztgruppen führen, was grundsätzlich hinzunehmen ist (vgl. das Senatsurteil vom heutigen Tage in der Sache 6 RKa 68/94). Punktwertunterschiede hätten sich bei Verzicht auf ein Teilbudget für ambulante Operationsleistungen auch in diesem Leistungsbereich ergeben können, was wiederum unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung aller ambulant operierenden Ärzte zu Bedenken hätte führen können. Weder dem Gesetz noch den Gesetzesmaterialien ist ein Hinweis darauf zu entnehmen, daß der Gesetzgeber bei der Förderung des ambulanten Operierens nach Arztgruppen hat differenzieren wollen. Von Fachgruppe zu Fachgruppe stark variierende Punktwerte für ambulante Operation hätten möglicherweise die vom Gesetzgeber prognostizierte Leistungsausweitung in diesem Bereich fehlerhaft gesteuert, weil zumindest die Gefahr bestanden hätte, daß die Zunahme nicht in erster Linie dort eintritt, wo die Entlastung des stationären Sektors am größten und am dringendsten ist, sondern dort, wo finanziell der stärkste Anreiz zum ambulanten Operieren vorhanden ist. Der Verzicht auf ein arztgruppenübergreifendes Teilbudget für ambulante Operationsleistungen hätte zusätzlich bei einer starken Leistungsausweitung in diesem Bereich den Punktwert für Fachgruppen, in denen zahlreiche Ärzte viel und andere Ärzte (noch) gar nicht operieren, erheblich gefährdet, und dieses Risiko einzugehen, war die Beklagte nicht gehalten.

Die Beklagte hätte, um dem Risiko eines Punktwertverfalls zu begegnen, die Honorarverteilung auch in der Weise gestalten können, daß sie die Leistungen des ambulanten Operierens zwar aus einem gesonderten Honorartopf, aber mit einem festen bzw



gestützten Punktwert honorierte. Diesen Weg sind andere KÄVen ab dem Quartal I/95 gegangen, nachdem sich gezeigt hatte, daß wegen der anhaltenden Zunahme ambulanter Operationen auch im Jahr 1994 keine Stabilisierung des Punktwertes auf dem Niveau der übrigen ärztlichen Leistungen eingetreten war (vgl. Senatsurteil vom heutigen Tage in der Sache 6 RKa 42/95). Ein bestimmter Mindestpunktwert hätte angesichts der gedeckelten Gesamtvergütung und der summenmäßig begrenzten Erhöhungsbeträge nach § 85 Abs 3a Satz 6 SGB V jedoch bei einem starken Anstieg der ambulanten Operationsleistungen nur zu Lasten des Punktwertes der übrigen ärztlichen Leistungen aller Vertragsärzte garantiert werden können (vgl. in anderem Zusammenhang bereits BSGE 75, 187, 192 = SozR 3-2500 § 72 Nr 5 S 10). Damit wäre die Privilegierung der ambulanten operativen Tätigkeit deutlich über die gesetzlichen Vorgaben hinausgegangen, denn der Gesetzgeber hat die Förderung dieses Leistungsbereichs auf die sich aus § 85 Abs 3a Satz 6 SGB V ergebenden Steigerungsbeträge beschränkt. Auch nachdem im Laufe des Jahres 1994 erkennbar geworden war, daß der starke Anstieg ambulanter Operationen unter den Bedingungen der bundesweit von allen KÄVen eingeführten Teilbudgets zu einem Punktwertverfall bei den zugehörigen Leistungen geführt hatte, hat er den KÄVen keine mengenunabhängige Punktwertstützung vorgeschrieben, sondern im 3. SGB V-ÄndG lediglich die für 1995 vorgesehene (erneute) Erhöhung des Steigerungsbetrages für die ambulanten Operationen auf 1994 vorgezogen (§ 85 Abs 3a Satz 6 idF des 3. SGB V-ÄndG). Er hat damit dem "derzeit bestehenden Nachholbedarf" im Bereich des ambulanten Operierens Rechnung tragen wollen, der "bis 1995 abzubauen" sei (Begründung der Bundesregierung zu Art 1 Nr 3 des 3. SGB V-ÄndG, BT-Drucks 13/340 S 9). Dem ist die Entscheidung des Gesetzgebers für eine Fortsetzung der Förderung des ambulanten Operierens zu entnehmen, nicht aber die Entscheidung dafür, diesen Leistungsbereich von jeder Mengensteuerung freizustellen oder in diesem Bereich eine Mengenausweitung ohne Rücksicht auf den Punktwertverfall in anderen Leistungsbereichen zu begünstigen. Daß der Gesetzgeber bei entsprechender Absicht einzelne Leistungsbereiche gezielt von dem Risiko des Punktwertverfahrens freistellen kann, zeigt sich an der durch das 4. SGB V-ÄndG vom 4. Dezember 1995 (BGBl I, 1558) neugefaßten Vorschrift des § 85 Abs 4a Satz 1 SGB V. Dort ist bestimmt, daß die KÄVen im HVM sicherstellen müssen, daß die Ausweitung der Zahl der abgerechneten Leistungen keine Auswirkung auf den Punktwert der hausärztlichen Grundvergütung nach § 87 Abs 2a SGB V hat. In der Begründung der Fraktionen von CDU/CSU und FDP zu dieser Vorschrift wird ausgeführt, eine Verringerung der Höhe der hausärztlichen Grundvergütung infolge einer Ausweitung der Leistungsmenge in anderen Leistungsbereichen solle auf diese Weise vermieden werden (BT-Drucks 13/1826 S 4). Eine derart weitgehende, auf den Punktwert unmittelbar durchgreifende Privilegierung hat der Gesetzgeber für die ambulanten Operationsleistungen weder 1993 noch 1995 vorgeschrieben. Er war und ist offenbar der Auffassung, das medizinisch sinnvolle und unter dem Aspekt der Kosteneinsparung im stationären Bereich erwünschte Ausmaß der Steigerung der ambulanten operativen Tätigkeit seitens der niedergelassenen Ärzte durch



die Erhöhungsbeiträge nach § 85 Abs 3a Satz 6 angemessen, aber auch ausreichend gefördert zu haben. Angesichts dieser gesetzgeberischen Wertung kann nicht beanstandet werden, daß die Beklagte ihrerseits nur diese Erhöhungsbeträge unmittelbar zur Verbesserung der Vergütung für ambulante operative Leistungen verwendet, den Punktwert in diesem Leistungsbereich aber nicht darüber hinausgehend zu Lasten anderer vertragsärztlicher Leistungen gestützt hat. Ob und ggf in welcher Weise die Beklagte auf den im Laufe der Jahre 1993 und 1994 tendenziell weiter fortschreitenden Punktwertverfall für Leistungen des ambulanten Operierens reagieren mußte, bedarf hier keiner Entscheidung, weil nur der Honorarbescheid für das Quartal I/93 streitbefangen ist (vgl zur Überprüfungs- und Änderungspflicht der KÄV in diesem Zusammenhang das Senatsurteil vom heutigen Tage in der Sache 6 RKa 42/95).

Einen Rechtsanspruch auf Honorierung seiner ambulanten Operationsleistungen nach höheren als den von der Beklagten ermittelten Punktwerten kann der Kläger für das streitbefangene Quartal nicht aus § 72 Abs 2 SGB V herleiten. Die in dieser Vorschrift den Partnern der Verträge über die kassen- bzw vertragsärztliche Versorgung auferlegte Verpflichtung, Vorsorge dafür zu treffen, daß eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden, ist, wie der Senat im Urteil vom 12. Oktober 1994 - 6 RKa 5/94 - (BSGE 75, 187 = SozR 3-2500 § 72 Nr 5) klargestellt hat, objektiv-rechtlich aufzufassen und begründet im allgemeinen keine subjektiven Rechte des betroffenen Vertragsarztes. Offengeblieben ist, ob sich einzelne Ärzte zu ihren Gunsten auf einen Verstoß gegen das Gebot der angemessenen Vergütung berufen können, wenn durch eine zu niedrige Honorierung ärztlicher Leistungen das kassenärztliche Versorgungssystem als Ganzes und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem beteiligten ärztlichen Leistungserbringer gefährdet ist. Es ist indessen weder ersichtlich noch im Revisionsverfahren geltend gemacht worden, daß es beim Kläger als Folge der Honorierung seiner ambulanten operativen Leistungen im streitigen Quartal mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu einer solchen Situation hat kommen können. Der aus Art 12 Abs 1 iVm Art 3 Abs 1 GG abzuleitende Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ist durch die angefochtenen Bescheide der Beklagten nicht verletzt, weil der Regelung des HVM, aus der sich der Punktwert für die Operations- und Anästhesieleistungen ergibt, sachgerechte Erwägung zugrunde liegen, und ihre Auswirkungen gemessen an der Notwendigkeit einer angemessenen Umsetzung der gesetzlichen Vergütungsvorgaben nicht unverhältnismäßig sind.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

