# BUNDESSOZIALGERICHT

## Im Namen des Volkes

Verkündet am
6. September 2006

## Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 30/05 R

....., 

Klägerin und Revisionsklägerin,

Prozessbevollmächtigte: .....,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz - Regionalzentrum Koblenz -,
Emil-Schüller-Straße 14-16, 56073 Koblenz,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 6. September 2006 durch den Vorsitzenden Richter Dr. E n g e l m a n n , die Richter Dr. W e n n e r und G a s s e r sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. M e r z und Dr. H u e m e r für Recht erkannt:

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 7. April 2005 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits für alle Rechtszüge.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

G r ü n d e :

I

1 Streitig ist die Höhe der vertragsärztlichen Vergütung.

2 Die Klägerin, eine Gemeinschaftspraxis zweier Fachärzte für Orthopädie, begehrt von der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) Rheinland-Pfalz, die zum 1. Januar 2005 die Rechtsnachfolge der KÄV Koblenz antrat, höheres Honorar für das Quartal I/2001. Für dieses Quartal bewilligte die KÄV Koblenz der Klägerin vertragsärztliches Honorar in Höhe von 314.803,41 DM, wobei nach den Feststellungen des Landessozialgerichts (LSG) 308.247,55 DM auf Primär- und Ersatzkassenpatienten entfielen (*Honorarbescheid vom 16. Juli 2001*). Das Honorar der Klägerin für die Behandlung von Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hatte sich damit gegenüber dem gleichen Quartal des Vorjahres bei nahezu identischer Fallzahl um 5,3 % - etwa im Umfang der geringer abgerechneten Punktmengen - vermindert. Im Vergleich zum Quartal I/1999 musste die Klägerin trotz Steigerung der abgerechneten Punktmenge um 0,4 % eine Reduzierung ihres GKV-Honorars um 14,7 % hinnehmen.

3 Die Beklagte wies den Widerspruch der Klägerin gegen den Honorarbescheid, mit dem sie geltend gemacht hatte, der Punktwertabstand zwischen Haus- und Fachärzten sei unangemessen hoch, zurück (*Widerspruchsbescheid vom 23. Mai 2002*).

4 Klage und Berufung sind erfolglos geblieben. Das LSG hat in seinem Urteil unter Bezugnahme auf die Entscheidung des Sozialgerichts (SG) ausgeführt, die gesetzlichen Vorschriften zur Verteilung der Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung sowie deren Umsetzung im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000 bzw im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der KÄV Koblenz seien nicht zu beanstanden. Die verfassungsrechtlichen Bedenken der Klägerin hinsichtlich der Bestimmtheit der Regelungen und der Anknüpfung an die Verhältnisse des Jahres 1996 seien nicht gerechtfertigt. Soweit bei der Berechnung der Vergütungsanteile die von der - unzulässigen - rückwirkenden Teilbudgetierung im ersten Halbjahr 1996 betroffenen Punktmengen außer Betracht geblieben seien, habe sich dies im Ergebnis zu Gunsten der Fachärzte ausgewirkt und belaste deshalb die Klägerin nicht. Der HVM sei auch insoweit rechtmäßig, als er die von der Klägerin geforderte "Verklammerung" der Punktwerte des hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereichs im Sinne einer Stützung für den Fall einer Abweichung der Punktwerte um wenigstens 15 % nicht enthalte. Eine solche Stützungsverpflichtung, die das Bundessozialgericht (BSG) in seiner Entscheidung vom 9. September 1998 (*BSGE 83, 1, 5 = SozR 3-2500 § 85 Nr 26 S 187*) bei Honorartöpfen für ausschließlich überweisungsgebundene Facharztgruppen wie zB Radiologen für erforderlich erachtet habe, lasse sich auf die gesetzlich vorgegebene

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Aufteilung der Gesamtvergütungen in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Versorgungsbereich nicht übertragen. Die Klägerin werde durch die im HVM vorgenommene Aufteilung der Gesamtvergütungen auch nicht unverhältnismäßig belastet. Ungeachtet des deutlichen Rückgangs des durchschnittlichen Jahreshonorars der Orthopäden um knapp 14 % - von 479.237,58 DM im Jahr 1999 auf 413.454,19 DM im Jahr 2000 - und des in diesem Zeitraum eingetretenen Zuwachses des Jahreshonorars der Allgemeinärzte um gut 4 % - von 352.404,35 DM auf 367.824,25 DM - hätten die Orthopäden unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Kostenanteile im Jahr 2000 immer noch einen geringfügig höheren Überschuss im Vergleich zu den Allgemeinärzten erzielt (150.497,33 DM gegenüber 149.707,47 DM bei den Allgemeinmedizinern). Schließlich sei die KÄV ihrer Beobachtungs- und Reaktionspflicht nachgekommen und habe den HVM in verschiedenen Punkten zum 1. Oktober 2000 geändert. Vor allem aufgrund des zu diesem Zeitpunkt eingeführten gesonderten Honorarbudgets für Leistungen des ambulanten Operierens hätten sich die Honorareinbußen der Klägerin deutlich verringert. Damit erreichten die Auswirkungen des HVM auf die Klägerin kein Ausmaß, das sie in verfassungswidriger oder rechtswidriger Weise belaste (*Urteil vom 7. April 2005, MedR 2005, 561*).

5 Die Klägerin rügt mit ihrer Revision, die Vorschrift des § 85 Abs 4a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sei nicht verfassungskonform. Der dort enthaltene Auftrag an den Bewertungsausschuss zur Festlegung von Kriterien für die Aufteilung der Gesamtvergütungen in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Vergütungsanteil sei weder hinreichend bestimmt noch genügend transparent und beschneide die Selbstverwaltungskompetenz der KÄV über das verfassungsrechtlich zulässige Maß hinaus. Die vorgeschriebenen bundeseinheitlichen Vorgaben verhinderten erforderliche Differenzierungen auf regionaler Ebene. Außerdem habe der Gesetzgeber in willkürlicher Weise an die Verhältnisse im problematischen Jahr 1996 angeknüpft und dadurch den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit verletzt. Auch der auf dieser Rechtsgrundlage erlassene Beschluss des Bewertungsausschusses zur "Festlegung von Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen nach § 85 Abs 4a SGB V (GKV-GR 2000), insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung" (im Folgenden: Beschluss vom 16. Februar 2000) sei rechtswidrig, weil er für die Ermittlung des hausärztlichen Anteils auf den völlig unbestimmten und paradoxen Rechtsbegriff des "zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannten" Leistungsbedarfs abstelle. Schließlich sei die KÄV Koblenz ihrer Beobachtungs- und Reaktionspflicht nicht nachgekommen, da sie trotz der von ihr erkannten Gerechtigkeitslücken in ihrem HVM keine Regelung zur Stützung der Punktwerte im fachärztlichen Bereich getroffen habe. Zudem macht die Klägerin geltend, die Feststellung des LSG, der Gruppe der Orthopäden sei im Jahr 2000 im Vergleich zu den Allgemeinärzten immer noch ein geringfügig höherer Überschuss verblieben, beruhe auf einer gegen die Denkgesetze verstoßenden Übertragung der durchschnittlichen Kostensätze des Jahres 1999 auf das Jahr 2000 und sei deshalb fehlerhaft. Würden in zutreffender Weise die absoluten Kosten des Jahres 1999 auch im Jahr 2000 herangezogen, sei eine unverhältnismäßige Be-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

nachteiligung der Gruppe der Orthopäden (mit einem dann durchschnittlichen Überschuss von nur noch 108.659 DM) gegenüber den Hausärzten (deren Überschuss belaufe sich dann auf 158.848 DM) evident.

6 Die Klägerin beantragt,

die Urteile des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 7. April 2005 und des Sozialgerichts Mainz vom 21. April 2004 aufzuheben und die Beklagte unter teilweiser Aufhebung des Honorarbescheids vom 16. Juli 2001 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23. Mai 2002 zu verpflichten, über den Anspruch der Klägerin auf höheres Honorar für das Quartal I/2001 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

7 Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

8 Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Sowohl die Vorschrift des § 85 Abs 4a SGB V als auch der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000 seien verfassungskonform. Die von der Klägerin geforderte "Solidarklammer" zwischen hausärztlichem und fachärztlichem Versorgungsbereich in Gestalt einer bereichsübergreifenden Stützungsregelung sei nicht zulässig.

II

9 Die Revision hat keinen Erfolg. Die Vorinstanzen haben die auf zusätzliches vertragsärztliches Honorar gerichtete kombinierte Anfechtungs- und Bescheidungsklage (*vgl BSG SozR 4-1500 § 92 Nr 2 RdNr 7 und 12*) zu Recht abgewiesen. Die im angefochtenen Honorarbescheid enthaltene Ablehnung höherer Vergütung beschwert die Klägerin nicht in rechtswidriger Weise (*§ 54 Abs 1 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz <SGG>*). Weder die Aufteilung der Gesamtvergütungen in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Vergütungsanteil noch das Fehlen von Stützungsmaßnahmen zugunsten des fachärztlichen Versorgungsbereichs bzw zugunsten der Orthopäden sind zu beanstanden.

10 1. Rechtsgrundlage für einen Anspruch der Klägerin auf Zahlung höheren vertragsärztlichen Honorars ist § 85 Abs 4 SGB V (*hier anzuwenden in der ab 1. Januar 2000 geltenden Fassung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 <GKVRefG 2000> vom 22. Dezember 1999 - BGBl I 2626*). Danach steht jedem Vertragsarzt ein Anspruch auf Teilhabe an den von den Krankenkassen an seine KÄV entrichteten Gesamtvergütungen entsprechend der Art und dem Umfang der von ihm erbrachten und abrechnungsfähigen Leistungen nach Maßgabe der Verteilungsregelungen im HVM zu. Gemäß dem durch das GKVRefG 2000 mit Wirkung vom

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

1. Januar 2000 eingefügten zweiten Halbsatz des § 85 Abs 4 Satz 1 SGB V haben die KÄVen die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung iS von § 73 Abs 1 bis 1c SGB V zu verteilen. Dies bedeutet, wie der Senat im Urteil vom 22. März 2006 (*BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 24*) näher dargelegt hat, dass zur Vergütung hausärztlicher Leistungen nur das Honorarkontingent für den hausärztlichen Versorgungsbereich zur Verfügung steht und fachärztliche Leistungen ausschließlich aus dem strikt getrennten Honorarkontingent für die fachärztliche Versorgung finanziert werden dürfen. Punktwertausgleichende Stützungsmaßnahmen zwischen beiden Versorgungsbereichen sind nicht zulässig (*BSG, aaO, RdNr 15 f*). Vertragsärzte, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen, können mithin nur die leistungsproportionale Teilhabe am Honorarkontingent der Fachärzte beanspruchen.

11 Die Aufteilung der von den Krankenkassen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung mit befreiender Wirkung entrichteten, nicht nach Versorgungsbereichen differenzierenden Gesamtvergütungen *(§ 85 Abs 1 SGB V - s hierzu BSGE 95, 86 = SozR 4-2500 § 85 Nr 21, jeweils RdNr 17*) in ein hausärztliches und ein fachärztliches Honorarkontingent nimmt die KÄV auf der Grundlage ihres HVM vor. Sie hat dabei die vom Bewertungsausschuss (*§ 87 Abs 3 ff SGB V*) bundeseinheitlich bestimmten Kriterien zur Festlegung des hausärztlichen bzw fachärztlichen Vergütungsanteils zu beachten (*§ 85 Abs 4a Satz 1 SGB V; für die ab 1. Januar 2004 zwischen KÄV und Krankenkassen zu vereinbarenden Honorarverteilungsverträge s nunmehr auch § 85 Abs 4 Satz 10 SGB V idF des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14. November 2003 - BGBl I 2190*). Der Bewertungsausschuss hat solche Vorgaben zur Trennung der Vergütungsanteile mit Beschluss vom 16. Februar 2000 festgelegt (*DÄBl 2000, A-556, abgedruckt auch bei Engelmann <Hrsg>, Gesetzliche Krankenversicherung - Soziale Pflegeversicherung, Nr 766*) und mit Beschluss vom 20. Juni 2000 (*DÄBl 2000, A-1920, abgedruckt bei Engelmann aaO, Nr 767*) für den Zeitraum ab 1. Januar 2001 modifiziert. Die KÄV Koblenz hat die Vorgaben des Bewertungsausschusses in Nr 3, 3.1 und 3.2 der Anlage 1 zu § 6 ihres HVM (*in der ab 1. Januar 2001 geltenden Fassung gemäß Beschluss der Vertreterversammlung vom 6. Dezember 2000*) unverändert übernommen. Hierzu hat das LSG durch seine Bezugnahme auf die Entscheidung des SG festgestellt, die KÄV Koblenz habe diese Vorgaben bei der Berechnung des hausärztlichen und des fachärztlichen Honorarkontingents im hier streitigen Quartal I/2001 zutreffend umgesetzt. Hiergegen wendet sich die Klägerin mit ihrer Revision nicht mehr.

12 2. Die von der Klägerin geltend gemachten verfassungsrechtlichen Bedenken gegen die genannten Vorschriften, die eine nach Versorgungsbereichen getrennte Verteilung der Gesamtvergütungen anordnen, greifen nicht durch.

13 a) Die Beauftragung des Bewertungsausschusses mit der Festlegung von Kriterien zur Aufteilung der Gesamtvergütungen in ein hausärztliches und ein fachärztliches Honorarkontingent, wie dies in § 85 Abs 4a Satz 1 SGB V vorgesehen ist, verstößt nicht gegen Verfassungsrecht.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Diese Aufgabenzuweisung an den Bewertungsausschuss als einem Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Vertragsärzteschaft führt allerdings dazu, dass der Spielraum der KÄV bei der Ausgestaltung ihrer Honorarverteilung über die bislang schon bestehenden gesetzlichen Vorgaben hinaus (*vgl § 85 Abs 4 Satz 3 bis 8 und Abs 4a SGB V idF des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes vom 19. Dezember 1998 - BGBl I 3853*) eine weitere Einschränkung erfährt. Entgegen der Auffassung der Klägerin liegt hierin jedoch kein Verstoß gegen Vorschriften oder Prinzipien des Grundgesetzes (GG).

14 Die KÄVen sind Teil der mittelbaren Staatsverwaltung. Sie sind zwar kraft einfachen Rechts als Selbstverwaltungskörperschaften organisiert (*§§ 77, 79 SGB V*), doch garantiert ihnen die Verfassung keinen Kernbereich an Aufgaben, den die staatliche Gesetzgebung zu respektieren hätte (*vgl BVerfG <Kammer> SozR 4-2500 § 266 Nr 7 RdNr 24 f; s auch Schiller in Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 2. Aufl 2006, § 5 RdNr 30*). Speziell die Honorarverteilung unter die Vertragsärzte ist den KÄVen einfachgesetzlich als öffentliche Aufgabe zugewiesen (*BVerfG <Kammer> SozR 3-2500 § 85 Nr 9 S 52; s auch BVerfG <Kammer> DVBl 1993, 1202 sowie BVerfGE 68, 193, 206 f*); deren Ausgestaltung und Durchführung kann ihnen daher ohne Verfassungsverstoß auch wieder ganz oder teilweise entzogen, vom Bundesgesetzgeber selbst vorgegeben oder auf andere Stellen übertragen werden. Die Zuweisung der Kompetenz zur Festlegung von Kriterien zur Aufteilung der Gesamtvergütungen in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Honoraranteil an den Bewertungsausschuss führt auch nicht zu einer völligen Sinnentleerung der vertragsärztlichen Selbstverwaltung und damit mittelbar zu einer Beeinträchtigung der Vertragsärzte in ihrer Berufsausübungsfreiheit *(Art 12 Abs 1 GG)* im Hinblick darauf, dass diese zwangsweise in ihrer KÄV zusammengeschlossen sind (*vgl hierzu Huber, VSSR 2000, 369, 390 f*). Denn die Verlagerung dieser Aufgabe auf den Bewertungsausschuss betrifft lediglich eine Detailfrage vorwiegend technischer Art zur Umsetzung der vom Gesetzgeber selbst angeordneten separaten Honorarverteilung für den hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich. Den KÄVen verbleiben auch nach dieser Aufgabenverlagerung sowohl im Rahmen der Honorarverteilung als auch im Bereich ihrer sonstigen Aufgaben (*zB Sicherstellung der Versorgung, Qualitätssicherung, disziplinarische Überwachung*) noch hinreichend große Gestaltungsspielräume, die sie in Selbstverwaltung sinnvoll wahrnehmen können.

15 b) Die gesetzliche Ermächtigung des Bewertungsausschusses im Zusammenhang mit der Aufteilung der Gesamtvergütungen in ein hausärztliches und ein fachärztliches Honorarkontingent wird auch dem Parlamentsvorbehalt und dem verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgebot gerecht. Nach diesen verfassungsrechtlichen Grundprinzipien ist der parlamentarische Gesetzgeber verpflichtet, alle wesentlichen Entscheidungen in ihren Grundzügen selbst zu treffen; er darf sie nicht anderen Normgebern oder der Exekutive überlassen. Wie weit die parlamentsgesetzlichen Vorgaben ins Einzelne gehen müssen, lässt sich nur mit Blick auf den jeweiligen Sachbereich und auf die Eigenart des betroffenen Regelungsgegenstandes beurteilen. Der Umfang

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

des parlamentarischen Regelungsvorbehalts richtet sich nach der Intensität, mit der die Grundrechte der Regelungsadressaten durch die jeweilige Maßnahme betroffen sind. Deshalb müssen gesetzliche Bestimmungen, die für die Berufsausübung von Bedeutung sind - und hierzu gehören auch die hier streitigen Vergütungsregelungen -, zumindest erkennen lassen, mit welcher Tendenz und nach welchen Grundsätzen die nähere Ausgestaltung durch die zur weiteren Rechtsetzung ermächtigten Selbstverwaltungsorgane zu erfolgen hat. Die Ermächtigungsgrundlage muss zudem dem Gebot der Normenbestimmtheit und Normenklarheit genügen (*vgl hierzu BVerfG NJW 2006, 1939, 1947 RdNr 150 unter Hinweis auf BVerfGE 110, 33, 53*). Dabei dürfen jedoch die Anforderungen an die Klarheit und Bestimmtheit nicht übersteigert werden. Die Regelungen müssen lediglich so genau gefasst sein, wie dies nach der Eigenart des zu ordnenden Lebenssachverhalts und mit Rücksicht auf den Normzweck erforderlich ist. Es ist dem Gesetzgeber nicht verwehrt, unbestimmte Rechtsbegriffe zu verwenden und Spielräume zu eröffnen. Dem Bestimmtheitserfordernis ist vielmehr Genüge getan, wenn Auslegungsprobleme mit herkömmlichen juristischen Methoden bewältigt werden können. Auch angesichts der Dichte des (sozial-)gerichtlichen Rechtsschutzes besteht keine Veranlassung, die Bestimmtheitsanforderungen an den Gesetzgeber zu verschärfen (*vgl BVerfG NVwZ 2006, 807 RdNr 78; zum Vorstehenden s auch ausführlich BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr 2, jeweils RdNr 28 f*).

16 Diesen Erfordernissen entspricht die Regelung in § 85 Abs 4a SGB V. Auf der Grundlage der vom parlamentarischen Gesetzgeber selbst in § 85 Abs 4 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V getroffenen wesentlichen Entscheidung, zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung - insbesondere der "Lotsenfunktion" des Hausarztes - im Rahmen der Honorarverteilung den Hausärzten ab 1. Januar 2000 einen angemessenen Honoraranteil zu sichern (*vgl BT-Drucks 14/1245 S 56 - unter 2.*), wird der Bewertungsausschuss in § 85 Abs 4a Satz 1 SGB V beauftragt, bundeseinheitliche Kriterien zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung zu bestimmen. Nähere Vorgaben dazu, wie hoch der Anteil der Hausärzte an den Gesamtvergütungen im Jahr 2000 sein soll, enthält § 85 Abs 4a Satz 2 SGB V. Danach ist der auf die hausärztliche Versorgung entfallende Anteil an der Gesamtheit des innerhalb einer KÄV im Jahr 1996 abgerechneten Punktzahlvolumens zu ermitteln, und dieser Prozentsatz soll auch für die Aufteilung der Gesamtvergütungen des Jahres 2000 maßgeblich sein - es sei denn, in den nachfolgenden Jahren 1997 bis 1999 war dieser Anteil der hausärztlichen Leistungen am insgesamt abgerechneten Punktzahlvolumen höher (sog "Bestregelung"). Darüber hinaus enthält § 85 Abs 4a Satz 3 SGB V die Anweisung an den Bewertungsausschuss, im Rahmen seiner Regelung Veränderungen in der Zahl an der hausärztlichen Versorgung teilnehmender Ärzte in den Jahren nach 1996 zu berücksichtigen.

17 Diese Vorgaben des parlamentarischen Gesetzgebers entwerfen ein hinreichend dichtes Normprogramm, das die Zielrichtung der vom Bewertungsausschuss zu schaffenden Regelungen klar vorgibt und dem untergesetzlichen Normgeber nur geringen Spielraum in Detailfragen

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

- etwa der Zuordnung fachgruppenübergreifender Gemeinschaftspraxen und von Vertragsärzten mit mehreren Gebietsbezeichnungen - belässt. Die gesetzlichen Vorgaben genügen zudem dem Bestimmtheitsgebot. Insbesondere ist der Gehalt der in § 85 Abs 4a Satz 2 SGB V verwendeten Begriffe "auf die hausärztliche Versorgung entfallender Anteil der abgerechneten Punkte" und "gesamtes (abgerechnetes) Punktzahlvolumen" nach den allgemeinen Grundsätzen der Gesetzesauslegung im Kontext der Regelungen in § 73 Abs 1, 1a, § 85 Abs 4 Satz 3 und § 87 Abs 2 SGB V sowie in Kenntnis der Strukturen des vertragsärztlichen Vergütungswesens ohne weiteres bestimmbar.

18 c) Die vom Bewertungsausschuss getroffene Regelung zur Aufteilung der Gesamtvergütungen genügt ihrerseits dem Gebot der Normenbestimmtheit und Normenklarheit. Die Klägerin moniert insoweit, das in Schritt 1 der Anlage 1 zum Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000 enthaltene Merkmal des "zum Zeitpunkt der Auszahlung" anerkannten Leistungsbedarfs (nach sachlich-rechnerischer Berichtigung unter Berücksichtigung der zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen Teilbudgets bzw Praxisbudgets) sei gänzlich unbestimmt und auch nicht bestimmbar, letztlich nebulös und für sie nicht nachvollziehbar. Dies trifft jedoch nicht zu. Ob eine Norm hinreichend klar und bestimmt ist, kann nicht nach den subjektiven Erkenntnisfähigkeiten eines einzelnen Normunterworfenen beurteilt werden; vielmehr ist insoweit ein objektiver Maßstab anzulegen. Wie bereits erwähnt genügt es, wenn der Inhalt der Norm mit den herkömmlichen juristischen Auslegungsmethoden unter Berücksichtigung der Eigenarten des geregelten Lebenssachverhalts bestimmbar ist. Das ist hier der Fall. Vor dem Hintergrund der Strukturprinzipien sowie der organisatorischen Regelungen der vertragsärztlichen Vergütung kann für einen durchschnittlichen Betrachter aus den Fachkreisen der Vertragsärzte nicht zweifelhaft sein, dass mit dem "Zeitpunkt der Auszahlung" die Situation bei Erlass der Honorarbescheide für das betreffende Quartal gemeint ist. Auf den Zeitpunkt vorläufiger Abschlagszahlungen, deren Höhe sich regelmäßig nach den Verhältnissen nicht im laufenden Quartal, sondern in zurückliegenden Zeiträumen richtet, kann es insoweit nicht ankommen. Soweit die Klägerin vorbringt, ein zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf könne überhaupt nicht existieren, weil der endgültig anerkannte Leistungsbedarf erst nach Durchführung diverser Überprüfungen - gemeint sind wohl nachgehende sachlich-rechnerische Richtigstellungen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen - sehr viel später feststehe, ist lediglich darauf hinzuweisen, dass eben aus diesem Grund der Bewertungsausschuss aus Praktikabilitätsgründen auf den zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannten Leistungsbedarf, wie er sich aus den Inhalten der ursprünglichen Honorarbescheide ergibt, abgestellt hat.

19 d) Der Ansicht der Klägerin, die genannten Regelungen zur Aufteilung der Gesamtvergütungen seien mit der Verfassung auch deshalb nicht vereinbar, weil sie notwendige Differenzierungen auf regionaler Ebene nicht zuließen, ist nicht zu folgen. Allerdings gebietet der allgemeine Gleichheitssatz des Art 3 Abs 1 GG dem Gesetzgeber auch, wesentlich Ungleiches ungleich

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

- dh entsprechend der Eigenart des in Rede stehenden Sachbereichs differenziert - zu behandeln (*stRspr des BVerfG, zB BVerfGE 90, 226, 239 = SozR 3-4100 § 111 Nr 6 S 29 f; zuletzt BVerfG <Kammer> NJW 2006, 2246 f*), sodass ggf auch eine fehlende Berücksichtigung wesentlicher (regionaler) Unterschiede in den maßgeblichen Verhältnissen zur Verfassungswidrigkeit einer Regelung führen kann. Hierfür ist aber im Zusammenhang mit der in § 85 Abs 4a SGB V näher konturierten Aufteilung der Gesamtvergütungen nichts ersichtlich. Die dort normierten Vorgaben führen letztlich ab dem Jahr 2000 zur einer Aufteilung der Gesamtvergütungen auf den hausärztlichen bzw fachärztlichen Versorgungsbereich nach Maßgabe der im Zeitraum 1996 bis 1999 vorgefundenen Verhältnisse in der jeweiligen KÄV. Sie sehen also keinen bundeseinheitlich festzulegenden Anteil der Hausärzte an den Gesamtvergütungen vor, sondern knüpfen gerade an die gewachsenen Versorgungsstrukturen in den jeweiligen Regionen an und schreiben diese nach den Abrechnungsergebnissen des für die Hausärzte günstigsten Jahres eines bestimmten Zeitraums fort. Lediglich die Abgrenzung dessen, was hausärztliche und was fachärztliche Leistungen sind, erfolgt bundeseinheitlich nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses. Dies ist im Lichte des Art 3 Abs 1 GG sachgerecht und nicht zu beanstanden.

20 e) Der weitere Einwand, § 85a Abs 4a SGB V sowie der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000 enthielten eine sog "zahlenförmige Norm", entsprächen aber nicht den hierfür von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (*vgl BSGE 89, 259, 265 = SozR 3-2500 § 87 Nr 34 S 193 unter Hinweis auf BVerfGE 85, 36, 57 und auf BVerwGE 106, 241, 247; s dazu auch Wahl in MedR 2003, 569, 571 f*), trifft nicht zu. Zahlenförmige Normen sind Vorschriften, die als Berechnungsanleitung für die Ermittlung einer bestimmten rechtsrelevanten Quantität (zB Höhe des Praxisbudgets, Studienplatzkapazitäten, Grenzwerte für Schienenverkehrslärm) ihrerseits bestimmte Zahlen oder Formeln als Tatbestandsmerkmal verwenden und damit im Rahmen der Rechtskontrolle die besondere Problematik aufwerfen, dass der diesen Zahlen und Formeln zugrunde liegende Bewertungs- und Abwägungsvorgang nicht mehr ohne weiteres ersichtlich ist (*BVerfGE 85, 36, 57 f*). Die Einordnung als "zahlenförmige Norm" führt allerdings nicht zu besonderen Wirksamkeitsvoraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit solch eine Norm gilt. Die Rechtsprechung hat lediglich spezifische verfahrensrechtliche und inhaltliche Maßstäbe für die gerichtliche Überprüfung derartiger Vorschriften entwickelt, die der besonderen Transparenzproblematik Rechnung tragen.

21 Die Vorschrift des § 85 Abs 4a SGB V stellt keine zahlenförmige Norm in dem beschriebenen Sinne dar. Sie enthält lediglich Jahreszahlen als zeitliche Eingrenzung, darüber hinaus aber weder Zahlen noch Formeln als Tatbestandsmerkmale zur Bestimmung einer Quantität. Vielmehr ordnet die Ermächtigungsnorm in herkömmlicher Weise mit Hilfe sprachlicher Vorgaben an, auf welche Art und Weise die Aufteilung der Gesamtvergütungen vom Bewertungsausschuss zu regeln ist. Das ihr zugrunde liegende Gestaltungsprinzip ist ohne weiteres transparent. Es soll - bezogen auf die regionalen Verhältnisse in der jeweiligen KÄV - nach einheitli-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
ANDROID APP ON Google play
JLaw – für Android
Available on the App Store
JLaw – für iOS

chen Abgrenzungsregeln der in den Jahren 1996 bis 1999 tatsächlich auf hausärztliche Leistungen entfallende Anteil aller für vertragsärztliche Leistungen abgerechneten Punkte nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) ermittelt werden; der höchste in diesem Zeitraum feststellbare Anteil (Bruchteil) soll dann künftig zur Sicherung eines angemessenen Honoraranteils der Hausärzte maßgeblich sein.

22 Auch der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000 enthält keine zahlenförmige Norm. Er gibt zwar eine Berechnungsanleitung zur Ermittlung einer gemäß § 85 Abs 4 Satz 1 iVm Abs 4a Satz 1 SGB V rechtserheblichen Quantität - nämlich der Höhe des hausärztlichen Vergütungsanteils - vor. Dabei verwendet er aber keine abstrakten Zahlen oder Formeln als nicht weiter hinterfragbare Tatbestandsmerkmale, sondern beschreibt Schritt für Schritt in Textform nach inhaltlich bezeichneten Kriterien die durchzuführenden Operationen zur Ermittlung dieses Bruchteils (*Teil I Nr 1.1 bis Nr 2.2 des Beschlusses*). Eine gegenüber herkömmlichen Normen spezifische Transparenzproblematik besteht somit nicht. Dies gilt auch für die detaillierte Rechenanleitung in Anlage 1 zum Beschluss vom 16. Februar 2000. Soweit dort Formeln aufgeführt sind, geben sie lediglich in einer anderen Darstellungsart die zuvor inhaltlich festgelegten Berechnungsschritte wieder. Konkrete Einwendungen gegen die Richtigkeit dieser Berechnungsschritte zur Ermittlung des trennungsrelevanten Anteils und zur anschließenden Aufteilung der Gesamtvergütungen bzw gegen ihre Vereinbarkeit mit den gesetzlichen Vorgaben in § 85 Abs 4a SGB V hat die Klägerin nicht vorgebracht.

23 f) Die Regelung in § 85 Abs 4a Satz 2 SGB V ist auch insoweit mit der Verfassung vereinbar, als in ihr für die Bestimmung des hausärztlichen Vergütungsanteils ab dem Jahr 2000 primär an die tatsächlichen Verhältnisse des Jahres 1996 angeknüpft wird (*nach Hess in Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, Stand 1. Mai 2006, § 85 SGB V RdNr 75, waren trotz der "Bestregelung" tatsächlich in nahezu allen KÄVen die Verhältnisse des Jahres 1996 für die Festlegung des Trennungsanteils maßgeblich; lediglich in den KÄVen Niedersachsen und Saarland waren die Anteile des Jahres 1997 günstiger)*. Die Anknüpfung an die Abrechnungsverhältnisse des Jahres 1996 überschreitet nicht den Gestaltungsspielraum, der auch dem Parlamentsgesetzgeber bei von ihm selbst getroffenen Regelungen zur Honorarverteilung zukommt (*vgl BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 16 RdNr 10*). Prinzipiell ist auch der Parlamentsgesetzgeber dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit (*Art 12 Abs 1 iVm Art 3 Abs 1 GG, vgl hierzu BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 17 RdNr 10 f, mwN*) verpflichtet. Die von ihm in § 85 Abs 4a Satz 2 SGB V getroffene Regelung verletzt jedoch diesen Grundsatz nicht.

24 Allerdings hatten sich in den ersten beiden Quartalen des Jahres 1996 nach Einführung des neu gestalteten, die sog "sprechende Medizin" aufwertenden EBM-Ä (*DÄ 1995, C-1720 bzw Sonderheft zu Ausgabe A vom 29. September 1995*) zuvor nicht prognostizierte Mengenentwicklungen und Verwerfungen im Abrechnungsverhalten der Vertragsärzte gezeigt, deren Dimensionen zunächst zur raschen Festlegung von Teilbudgets für bestimmte Leistungen und

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

später von Praxisbudgets führten (*vgl BSGE 81, 86, 96 ff = SozR 3-2500 § 87 Nr 18 S 92 ff; BSGE 86, 30, 43 = SozR 3-2500 § 83 Nr 1 S 15 ff; s auch BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 10 RdNr 14*). Jene Verwerfungen führen jedoch nicht dazu, dass dem Parlamentsgesetzgeber oder dem untergesetzlichen Normgeber generell verwehrt wäre, für Regelungen zur Honorarverteilung in nachfolgenden Zeiträumen auf die tatsächlichen Abrechnungsergebnisse des Jahres 1996 zurückzugreifen. Es kommt vielmehr darauf an, ob der Normgeber mit der jeweiligen Regelung - einschließlich einer Anknüpfung an die Verhältnisse des Jahres 1996 - Ziele verfolgt, die durch vernünftige Gründe des Gemeinwohls (*vgl BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr 2, jeweils RdNr 133*) oder andere billigenswerte Ziele der Honorarverteilung sachlich gerechtfertigt sind (*vgl BSGE 93, 258 = SozR 4-2500 § 85 Nr 12, jeweils RdNr 21; BSG SozR aaO Nr 17 RdNr 11; BSGE 96, 1 = SozR 4-2500 § 85 Nr 22, jeweils RdNr 28*). In diesem Sinne hat es der Senat nicht beanstandet, dass der Bewertungsausschuss einerseits zur Bestimmung der ab 1. Juli 1997 im EBM-Ä eingeführten Zusatzbudgets entsprechend ihrer Zielrichtung, ein spezielles tatsächliches Leistungsgeschehen abzubilden, auf die nicht budgetierten Abrechnungswerte der ersten beiden Quartale des Jahres 1996 abgestellt (*BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 1 RdNr 12*), andererseits aber für die Berechnung der regionalisierten Praxisbudgets die teilbudgetierten Abrechnungswerte in diesem Zeitraum in Bezug genommen hat (*BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 10 RdNr 9 ff, insbesondere RdNr 14*), obgleich deren rückwirkende Inkraftsetzung rechtswidrig war (*vgl BSGE 81, 86, 88 = SozR 3-2500 § 87 Nr 18 S 83*).

25 Nach den genannten Maßstäben erweist es sich als rechtmäßig, dass die Abrechnungsergebnisse des Jahres 1996 für die Ermittlung der künftig maßgeblichen Anteile der Gesamtvergütungen für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung zugrunde gelegt worden sind. Der Gesetzgeber des GKVRefG 2000 hat darauf abgezielt, den von ihm diagnostizierten Defiziten in der hausärztlichen Versorgung (*vgl BT-Drucks 14/1245 S 55, unter 5. - "Handlungsbedarf in einzelnen Bereichen"*) durch Sicherstellung eines angemessenen Honoraranteils für die Hausärzte entgegenzuwirken. Auf diese Weise sollte die sog "Lotsenfunktion" der Hausärzte gestärkt werden, zumal dies von ihm als Grundbedingung für ein effizienteres und qualitätsorientiertes Gesundheitssystem angesehen wurde (*vgl BT-Drucks 14/1245 S 53, unter 1.; s hierzu auch BSG SozR 4-2500 § 73 Nr 1 RdNr 11*). Wenn in diesem Zusammenhang den Hausärzten zumindest der relativ höchste Honoraranteil an den Gesamtvergütungen der zurückliegenden Jahre seit 1996 gesichert werden sollte - und dieser erreichte in nahezu allen KÄVen eben im Jahr 1996 seinen höchsten Wert, während er nachfolgend wieder absank -, so begegnet dies weder mit Rücksicht auf Art 12 Abs 1 GG noch unter dem Aspekt des Art 3 Abs 1 GG (*in der Ausprägung des Willkürverbots, vgl BVerfGE 106, 201, 210*) durchgreifenden Bedenken. Im Hinblick darauf, dass der ab 1. Januar 1996 neu gestaltete EBM-Ä in Ausfüllung des gesetzlichen Auftrags in § 85 Abs 4a Satz 1 SGB V aF (idF des Gesundheitsstrukturgesetzes) bewusste Anreize zur Verbesserung vor allem der Vergütung typisch hausärztlicher Leistungen gesetzt hatte (*vgl hierzu BSGE 81, 86, 99 = SozR 3-2500 § 87 Nr 18 S 95*), die durch die nachfolgenden Budgetierungen wieder relativiert

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
ANDROID APP ON Google play
JLaw – für Android
Available on the App Store
JLaw – für iOS

wurden, lag zur Erreichung des gesetzgeberischen Zieles die Orientierung an den Verhältnissen des Jahres 1996 sogar nahe. Dabei hätten ohne Rechtsverstoß auch die Abrechnungswerte herangezogen werden können, die sich im ersten (oder auch zweiten) Halbjahr 1996 noch ohne Berücksichtigung der Teilbudgetierung ergaben, da diese Werte - ähnlich wie bei den Zusatzbudgets - das tatsächliche Leistungsgeschehen in einer verbesserten hausärztlichen Versorgung widerspiegelten. Wenn die KÄV Koblenz gleichwohl auch im ersten Halbjahr 1996 lediglich die teilbudgetierten Abrechnungswerte für die Berechnung der Honoraraufteilung zugrunde legte, so geschah dies nach Feststellung des LSG zu Gunsten der Fachärzte und belastet die Klägerin somit nicht.

26 3. Die Klägerin kann höheres vertragsärztliches Honorar für das Quartal I/2001 auch nicht unter dem Gesichtspunkt der Honorarverteilungsgerechtigkeit beanspruchen. Es sind keine Anhaltspunkte dafür erkennbar, dass dieser Grundsatz zu Lasten der Gruppe der Orthopäden, der die Klägerin angehört, in dem genannten Zeitraum verletzt sein könnte und deshalb Stützungsmaßnahmen zu Gunsten dieser Fachgruppe erforderlich sind.

27 a) Nach der Rechtsprechung des Senats kann unter Berücksichtigung der als verfassungskonform zu bewertenden gesetzlichen Grundstrukturen über die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen ein Anspruch auf Honorarstützung aus dem Gesichtspunkt nicht angemessener Vergütung (*Art 12 Abs 1 GG*) nur bestehen, wenn in einem fachlichen und/oder örtlichen Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und deshalb in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist (*vgl BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr 2, jeweils RdNr 127 f, 140; bekräftigt in BSGE 95, 86 = SozR 4-2500 § 85 Nr 21, jeweils RdNr 21*). Anhaltspunkte dafür, dass eine solche Situation im Bereich der KÄV Koblenz für die Fachgruppe der Orthopäden in dem hier maßgeblichen Zeitraum eingetreten sein könnte, sind nicht ersichtlich. Auch die Klägerin beruft sich hierauf nicht. Angesichts des von der KÄV Koblenz der Klägerin bewilligten Honorars allein für das Quartal I/2001 in Höhe von 314.803,41 DM wäre eine solche Annahme auch eher fernliegend. Denn unter Zugrundelegung der für Orthopäden zuletzt ermittelten Kostenquote in Höhe von 61,3 % (*Tabelle III.4 der Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2002, herausgegeben von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung*), die von der in den Allgemeinen Bestimmungen des EBM-Ä idF vom 1. Juli 1997 (*dort Allgemeine Bestimmungen A I. Teil B - Anlage 3*) nur für die Berechnung der Praxisbudgets normativ festgelegten Kostenquote von 63,6 % nicht unwesentlich abweicht, ergibt sich ein Quartalsgewinn in Höhe von 60.914 DM je Vertragsarzt der aus zwei Orthopäden bestehenden Gemeinschaftspraxis. Dies ist nahezu das Doppelte des im EBM-Ä vom 1. Juli 1997 kalkulierten Durchschnittseinkommens von jährlich 138.000 DM bzw von 34.500 DM im Quartal, das in der Rechtsprechung des Senats als jedenfalls noch angemessen bewertet worden ist (*vgl zu diesen Größen BSGE 95, 86 = SozR 4-2500 § 85 Nr 21, jeweils RdNr 22 - 24*).

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

28 b) Die Klägerin sieht einen Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit vielmehr in erster Linie unter dem Gleichbehandlungsaspekt des Art 3 Abs 1 GG dadurch verwirklicht, dass der Punktwertabstand zwischen Haus- und Fachärzten unangemessen hoch sei. Dies trifft jedoch nicht zu. Der Senat hat bereits in seinem Urteil vom 22. März 2006 (*BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 24 RdNr 16*) dargelegt, die vom Gesetzgeber vorgeschriebene strikte Trennung der Honorarkontingente für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung führe zwangsläufig dazu, dass sich die Punktwerte für die hausärztlichen Leistungen unabhängig von denjenigen für die fachärztlichen Leistungen entwickelten. Aus diesem Grunde ist der rechnerische Punktwertabstand, den der Senat unter näher definierten Umständen als Aufgreifkriterium für die Prüfung einer Korrektur des Zuschnitts von Honorartöpfen benannt hat (*vgl BSGE 83, 1, 5 = SozR 3-2500 § 85 Nr 26 S 186 f; fortgeführt von BSGE 93, 258 = SozR 4-2500 § 85 Nr 12, jeweils RdNr 25 ff*), im Verhältnis der Punktwerte von hausärztlichen und fachärztlichen Leistungen ohne Bedeutung. Deshalb ist es auch nicht zu beanstanden, dass das LSG in seiner Entscheidung Feststellungen zur Höhe dieser Punktwerte im streitigen Quartal nicht getroffen hat. Anhaltspunkte dafür, dass die vom Gesetzgeber selbst angeordnete Art und Weise der Ermittlung des hausärztlichen Honorarkontingents zu Ergebnissen führt, die mit einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise nicht (mehr) vereinbar wäre (*vgl hierzu BSGE 84, 235, 238 = SozR 3-2500 § 85 Nr 33 S 253 unter Bezugnahme auf BVerfGE 98, 365, 385*), bestehen angesichts der vom LSG festgestellten Umsätze, die Vertragsärzte der Fachgruppen Allgemeinärzte und Orthopäden durchschnittlich im Jahr 2000 im Bereich der KÄV Koblenz erzielen konnten, nicht.

29 Nach den Darlegungen des LSG betrug das durchschnittliche Jahreshonorar von Orthopäden aus vertragsärztlicher Tätigkeit im Bereich der KÄV Koblenz im Jahr 2000 noch 413.454,19 DM. Daraus resultiert bei Zugrundelegung des zuletzt vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) im Jahr 1999 erhobenen Kostenanteils orthopädischer Praxen in Höhe von 61,3 % (*vgl Tabelle D 3 der Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2001*) für Orthopäden ein durchschnittlicher Gewinn aus vertragsärztlicher Tätigkeit von 160.007 DM. Dem steht ein Umsatz der Allgemeinmediziner bzw praktischen Ärzte in Höhe von 367.824,25 DM gegenüber, was bei Ansatz der Kostenquote von 55,0 % (*laut Tabelle D 3 aaO*) für diese Arztgruppe einen durchschnittlichen Gewinn aus vertragsärztlicher Tätigkeit von 165.521 DM ergibt. Solche Unterschiede in den Gewinnmöglichkeiten mit einer Abweichung im Umfang von ca 3,3 % sind so minimal, dass hieraus ein Verstoß gegen Art 3 Abs 1 GG bzw eine Reaktionspflicht des Gesetzgebers etwa für das Jahr 2001 nicht abgeleitet werden kann. Eine generelle Festlegung, bis zu welcher Höhe Abweichungen in den durchschnittlichen Gewinnchancen zwischen den einzelnen Vertragsarztgruppen im Lichte des Art 3 Abs 1 GG noch zu tolerieren sind, ist deshalb im Rahmen dieser Entscheidung nicht erforderlich.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

30 Entgegen der Ansicht der Klägerin ist es im Zusammenhang mit Berechnungen des durchschnittlich von Vertragsärzten verschiedener Fachgruppen erzielbaren Gewinns sachgerecht, auch für das Jahr 2000 dieselbe prozentuale Kostenquote heranzuziehen, wie sie für 1999 ermittelt wurde. Hierin liegt kein Verstoß gegen Denkgesetze. Es trifft zwar zu, dass in einer einzelnen Praxis die Kosten nicht automatisch sinken, wenn bei gleich bleibender Patientenzahl und identischem Behandlungsumfang aufgrund von Honorarverteilungsregelungen das bewilligte Honorar geringer ausfällt. Es kann aber ebenfalls nicht davon ausgegangen werden, dass sämtliche Kosten in einer vertragsärztlichen Praxis Fixkosten darstellen und auch im Falle längerfristig reduzierter Erträge unverändert beibehalten werden. Bei Betrachtungen, die nicht auf die konkrete betriebswirtschaftliche Situation einer einzelnen Praxis abstellen, sondern generell die durchschnittlichen Verhältnisse in einer Vielzahl von Praxen in den Blick nehmen, stellt deshalb - unabhängig von kurzfristigen Schwankungen - die Heranziehung der jeweils aktuell vorliegenden Untersuchungsergebnisse zur Kostenstruktur in den einzelnen Facharztgruppen die einzige Möglichkeit dar, um vergleichbare Aussagen zu erhalten. Neuere Erhebungen zur Kostenstruktur als diejenige, die vom ZI im Jahr 1999 durchgeführt wurde, liegen zur Beurteilung der Verhältnisse der Jahre 2000 und 2001 nicht vor (*die jüngste Erhebung des Statistischen Bundesamtes zur "Kostenstruktur bei Arzt-, Zahnarzt- und Tierarztpraxen" im Jahr 2003 weist sogar ein Absinken der Kostenquote bei orthopädischen Einzelpraxen auf 58,1 % sowie bei orthopädischen Gemeinschaftspraxen auf 51,3 % aus, s Fachserie 2, Reihe 1.6.1, veröffentlicht am 31. Juli 2006, S 33, 37).*

31 Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 SGG iVm einer entsprechenden Anwendung von § 154 Abs 2 Verwaltungsgerichtsordnung. Der Senat hat seinen Kostenausspruch auf alle Rechtszüge bezogen und dadurch verdeutlicht, dass die - ungeachtet der Klageerhebung im Juni 2002 - noch auf § 193 SGG gestützte Kostenentscheidung des LSG für die Berufungsinstanz keinen Bestand haben kann.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS