

Entscheidung des Bayerischen Verfassungsgerichtshofs

vom 29. Mai 2006

über die Popularklage

des Herrn Dr. H.-J. B. in M.

auf Feststellung der Verfassungswidrigkeit

1. des Abschnitts B Anlage 1 B Nrn. 3.6.1.1, 3.6.1.2, 3.6.3.2 Satz 1, Nr. 3.6.3.3 Abs. 7 i. V. m. Abschnitt A § 2 Abs. 1,
 2. des Abschnitts B Anlage 1 Anhang 2 (Praxisbudget der Augenärzte),
 3. des Abschnitts B Anlage 1 Anhang 3 (Kapitel F IV: Internistische Lasertherapie),
 4. des Abschnitts B Anlage 1 Anhang 4 (Zusatzbudget Laserchirurgie der Augenärzte),
 5. des Abschnitts B Anlage 1 Anhang 5 (Rubrik 190: Fachärztlicher Internist mit Schwerpunkt Gastroenterologie)
- des Honorarverteilungsmaßstabs der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns vom 10. Mai 2003 (StAnz Nr. 22 vom 30.5.2003 S. 3)

Aktenzeichen: Vf. 10-VII-04

Leitsatz:

Verfassungsrechtliche Überprüfung von Regelungen des Honorarverteilungsmaßstabs der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zur Budgetierung augenärztlicher Leistungen sowie zur Bewertung und Vergütung augenärztlicher und internistischer Laserleistungen.

Entscheidung:

Der Antrag wird abgewiesen.

Gründe:

I.

Gegenstand der Popularklage sind Vorschriften des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) vom 10. Mai 2003, gültig ab 1. Juli 2003 (StAnz Nr. 22 vom 30.5.2003 S. 3). Im Wesentlichen wendet sich der Antragsteller gegen die Budgetierung augenärztlicher Leistungen und die Unterschiede in der Bewertung und Vergütung augenärztlicher und internistischer Laserleistungen.

Gemäß § 87 SGB V vereinbart die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf Bundesebene mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse einen einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für die ärztlichen Leistungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte. Der EBM bestimmt den Inhalt der ärztlichen Leistungen und ihr wertmäßiges Verhältnis zueinander in Form eines Leistungsverzeichnisses; die Leistungen werden mit Nummern gekennzeichnet und mit einer bestimmten Punktzahl bewertet. Jeder Vertragsarzt legt bei seiner Kassenärztlichen Vereinigung pro Quartal eine Abrechnung in Form einer Punktesumme auf der Basis des EBM vor. Der EBM ist Bestandteil des Bundesmantelvertrags Ärzte (BMVÄ). Der BMVÄ seinerseits ist Bestandteil der auf Landesebene abzuschließenden Gesamtverträge zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen, § 82 Abs. 1 Satz 2 SGB V.

Die Vergütungen der Vertragsärzte werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder durch Gesamtverträge geregelt, § 82 Abs. 2 SGB V. Die Krankenkassen entrichten jeweils für die Gesamtheit aller in einem Quartal von allen Vertragsärzten an ihren Versicherten erbrachten Leistungen eine gemäß § 85 Abs. 2, § 83 SGB V vereinbarte Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung, § 85 Abs. 1 SGB V. Diese Gesamtvergütung ist von der Kassenärztlichen Vereinigung nach Maßgabe eines Honorarverteilungsmaßstabs an ihre Vertragsärzte zu verteilen, § 85 Abs. 4 SGB V. Bis zum 30. Juni 2004 wurde die Honorarverteilung als Satzung durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung im Benehmen mit den Krankenkassen beschlossen, so auch der HVM der KVB in der angegriffenen Fassung. Durch den HVM, der hinsichtlich der abrechnungsfähigen Leistungen an die Bewertungen des EBM gebunden ist (vgl. Abschnitt A § 3 Abs. 1 HVM), wird der Verteilungsmodus der zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung auf die Vertragsärzte bestimmt. Bei der Honorarverteilung sind ferner die Vorgaben des Bewertungsausschusses gemäß § 85 Abs. 4 a SGB V zu beachten.

Zum 1. Juli 1997 wurde durch die Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B des EBM für die meisten Arztgruppen eine Budgetierung, d. h. eine Begrenzung der abrechnungsfähigen Leistungsmenge, eingeführt. Die Summe der von einem Arzt abrechenbaren Punkte wurde im Grundsatz in der Weise beschränkt, dass pro Behandlungsfall differenziert nach Fachgebieten eine Menge an Punkten definiert war, die dem Arzt zur Verfügung stand. Multipliziert mit der Zahl der Behandlungsfälle der Praxis errechnete sich damit ein bestimmtes vergütungsfähiges Punktevolumen. Die Mehrzahl der ärztlichen Leistungen war budgetiert. Mit Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 19. Dezember 2002 wurden die Budgets zum 1. Juli 2003 abgeschafft (Streichung der Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil B des EBM) und Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütung festgelegt. In der Folgezeit verzögerte sich die Aufnahme eines neuen Mengensteuerungskonzepts in den EBM. Die KVB hat deshalb in ihrer Sitzung vom 10. Mai 2003 beschlossen, die bislang im EBM enthaltenen Budgetierungsbestimmungen mit gewissen Anpassungen und unter Berücksichtigung der vom Erweiterten Bewer-

tungsausschuss festgelegten Kriterien übergangsweise als Honorarverteilungsregelung in den HVM zu übernehmen (vgl. Abschnitt B HVM).

Seit 1. Juli 2004 wird die Honorarverteilung mit den Krankenkassen gemäß § 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V i. d. F. des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) vom 14. November 2003 (BGBl I S. 2190) als Vertrag vereinbart. Auf dieser Grundlage hat die KVB am 30. Juni 2004 mit den Krankenkassen die Vereinbarung getroffen, den bis zu diesem Zeitpunkt geltenden HVM übergangsweise für das dritte und vierte Quartal 2004 weiter anzuwenden. Auch im ersten Quartal 2005 wurden die vertragsärztlichen Leistungen entsprechend dieser Vereinbarung vergütet.

Zum 1. April 2005 ist der neue EBM2000plus in Kraft getreten. Seitdem gilt in Bayern ein angepasster Honorarverteilungsvertrag.

II.

Die maßgeblichen Vorschriften des HVM lauten wie folgt:

„Abschnitt B:

Anlage 1

...

Präambel – ‚Konvergenz-HVM‘

Mit der Neufassung des Honorarverteilungsmaßstabes trägt die Vertreterversammlung der KVB folgenden Umständen Rechnung:

- Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat mit Wirkung zum 01.07.2003 die EBM-Praxisbudgets abgeschafft. Diese Maßnahme soll nicht zu Leistungsausweitungen insbesondere in den bis zum 30.06.2003 budgetierten Fachgruppen führen.

- Dieser Honorarverteilungsmaßstab mit der Leistungssteuerung durch Fallpunktzahlen bei den bis zum 30.06.2003 budgetierten Fachgruppen soll lediglich den Zeitraum bis zur Einführung einer Leistungssteuerung auf der Ebene des neu zu beschließenden EBM überbrücken (Konvergenzphase); es wird davon ausgegangen, dass der neue EBM im ersten Halbjahr 2004 in Kraft treten wird.

...

B

...

3.6 Restliche Leistungen

3.6.1 Leistungssteuerung der bis 30.06.2003 nach EBM budgetierten Fachgruppen

3.6.1.1 Praxis- und Zusatzbudgets

Die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab enthaltenen ärztlichen Leistungen unterliegen nach Maßgabe der nachstehenden Bestimmungen je Arztpraxis (Abrechnungsnummer) und Abrechnungsquartal für die nach Anhang 2 aufgeführten Arztgruppen einer fallzahlabhängigen Budgetierung in Form von Praxis- und Zusatzbudgets. Die in den Budgets enthaltenen Leistungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal jeweils nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl abrechnungsfähig. Die Höhe des Budgets ergibt sich aus dem Produkt der Fallpunktzahl und der Zahl der Fälle gemäß Ziffer 3.6.1.3.

...

3.6.1.2 Prinzip der Leistungsvergütung für Praxisbudgets und Zusatzbudgets

Die Vergütung der budgetierten Leistungen erfolgt auf der Grundlage arztgruppenbezogener fallzahlabhängiger Praxisbudgets. Die Fallpunktzahlen für die Praxisbudgets der budgetierten Arztgruppen bestimmen sich nach Anhang 2.

Von der Anrechnung auf Praxisbudgets ausgenommen sind die in Anhang 3 definierten Leistungen des EBM (gegliedert nach Kapitel, Abschnitt, Unterabschnitt bzw. Gebührenordnungsposition). Nicht von der Budgetierung betroffen sind ferner folgende Vergütungen, Kostenerstattungen und vertragliche Vereinbarungen:

- Hausärztliche Grundvergütung
- Schutzimpfungen

- Kostenerstattungsregelungen, die in den Gesamtvertragsvereinbarungen festgelegt sind
- Zusatzvereinbarungen auf Bundes- und Landesebene

Die Leistungsvergütung für Zusatzbudgets erfolgt differenziert nach qualifikationsgebundenen und bedarfsabhängigen Leistungsbereichen fallzahlabhängig auf der Grundlage des regional ermittelten Punktzahlbedarfs der diese Leistungen abrechnenden Ärzte. Die Leistungsbereiche und die Ermittlung der Fallpunktzahlen für die Zusatzbudgets der budgetierten Arztgruppen bestimmen sich nach Anhang 4.

Ein Arzt hat Anspruch auf die gebietsbezogenen, qualifikationsabhängigen Zusatzbudgets, wenn er die zutreffende Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung führt. Gegebenenfalls ist zusätzlich der Nachweis einer Qualifikation nach § 135 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V oder die Berechtigung zum Führen einer Zusatzbezeichnung erforderlich.

Überschreitet ein Arzt das Punktzahlvolumen des bzw. der Zusatzbudgets, werden diese Überschreitungen insoweit mit dem Praxisbudget verrechnet, als dieses unterschritten wird. Die Zusatzbudgets können nicht untereinander verrechnet werden. Ein Überschreiten des Praxisbudgets kann nicht mit den Zusatzbudgets verrechnet werden.

...

3.6.1.5 Gewährleistung der Sicherstellung bei besonderem Versorgungsbedarf

Auf Antrag des Vertragsarztes können die in Anhang 4 unter 2. aufgeführten bedarfsabhängigen Zusatzbudgets zuerkannt werden, wenn ein besonderer Versorgungsbedarf besteht.

Auf Antrag des Vertragsarztes kann im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs durch Entscheidung des Vorstandes der KVB eine Erweiterung der Praxis- und/oder Zusatzbudgets gewährt werden.

Die auf der Basis des bis zum 30.06.2003 geltenden EBM zugestandenen Zusatzbudgets (gemäß A I. Allgemeine Bestimmungen, Teil B, Nr. 4.2 des bis 30.6.2003 geltenden EBM) bzw. gewährten Erweiterungen (gemäß A I. Allgemeine Bestimmungen, Teil B, Nr. 4.3 des bis 30.6.2003 geltenden EBM) der EBM-Praxis- und/oder Zusatzbudgets werden fortgeführt, soweit die Voraussetzungen für die Erweiterungen nicht entfallen.

...

3.6.3 Punktzahlbegrenzung bei nicht-budgetierten Arztgruppen

3.6.3.1 Für jede nicht-budgetierte Arztgruppe nach Anhang 5 wird auf der Basis des Quartals 4/97 die durchschnittliche Fallpunktzahl getrennt für Versicherte bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres und für Versicherte nach Vollendung des 60. Lebensjahres für diejenigen Leistungen ermittelt, die bei den budgetierten Arztgruppen in das Praxisbudget eingehen. Das Ergebnis dieser Berechnung ist in Anhang 5 ausgewiesen.

Aus der Summe der Multiplikationen der Fallpunktzahlen getrennt nach Altersgrenzen gemäß Satz 1 mit den entsprechenden Behandlungsfällen des jeweils aktuellen Quartals ergibt sich die Punktzahlgrenze für die nach Satz 1 definierten Leistungen. Darüber hinaus gehende Punktzahlanforderungen werden nicht vergütet. Als Behandlungsfälle im Sinne von Satz 3 gelten alle ambulant-kurativen Behandlungsfälle, ohne die Behandlungsfälle des von der KVB organisierten Notarzt-/Bereitschaftsdienstes und der genehmigungspflichtigen Psychotherapie.

3.6.3.2 Für jeden Vertragsarzt der nicht-budgetierten Arztgruppen nach Anhang 5 wird im Abrechnungsquartal ein Punktzahlvolumen (PZV) ermittelt, für das ein erhöhter Punktwert vergütet wird. Das Punktzahlvolumen ergibt sich durch die Summe der Multiplikationen der Fallpunktzahlen ‚PZV‘ getrennt nach Altersgrenzen gemäß 3.6.3.1 Satz 1 nach Anhang 2 mit den entsprechenden Behandlungsfällen des aktuellen Quartals. Als Behandlungsfälle im Sinne von Satz 2 gelten die Behandlungsfälle im Sinne der Ziffer 3.6.3.1 Satz 5 entsprechend. Das Punktzahlvolumen (PZV) wird dem anerkannten und gegebenenfalls um den nach 3.6.3.1 gekürzten Leistungsbedarf gegenübergestellt. Der anerkannte Leistungsbedarf errechnet sich ohne die Leistungen nach den Ziffern 790 - 796 EBM sowie Ziffern 5120, 5122 EBM.

3.6.3.3 ...

Internisten mit mehreren Schwerpunktbezeichnungen erhalten die jeweils höchste der in Anhang 5 unter den entsprechenden Schwerpunkten aufgeführten Fallpunktzahlen ‚grün‘ und Fallpunktzahlen ‚PZV‘.

...

3.6.5 Die um den Betrag nach Ziffer 3.5.5 verminderte Gesamtvergütung je arztgruppenspezifischem Honorarfonds nach Ziffer 2.3.6.2 wird durch die Gesamtpunktzahl der restlichen anerkannten Honoraranforderungen je arztgruppenspezifischem Honorarfonds, ggf. vermindert nach Ziffern 3.6.1 und 3.6.3.1 geteilt. Das Ergebnis bildet den rechnerischen Punktwert für diese Leistungen in der Honorarverteilung.

...

Für die Honorarfonds, in denen Arztgruppen der Mengenbegrenzung nach Ziffer 3.6.3 unterliegen, ermittelt sich der Punktwert abweichend von Satz 1 und 2 wie folgt:

Die um den Betrag nach Ziffer 3.5.5 verminderte Gesamtvergütung wird durch die Gesamtpunktzahl der restlichen anerkannten Honoraranforderungen, ggf. vermindert nach Ziffern 3.6.1 und 3.6.3.1. geteilt.

Der so ermittelte rechnerische Punktwert wird für den Leistungsbedarf des Punktzahlvolumens nach Ziffer 3.6.3.2 solange zu Lasten des Punktwerts für den das Punktzahlvolumen überschreitenden Leistungsbedarf erhöht, bis eine Punktwertdifferenz von 50 % erreicht wird.

Unterschreitet der sich nach Satz 2 ergebende rechnerische Punktwert der Honorarfonds nach 2.3.6.2, die keiner Mengenbegrenzungsregelung nach Ziffer 3.6.3 und Ziffer 3.6.4 unterliegen, 90 % des Punktwertes nach Ziffer 3.7 Satz 1, wird die über dem Durchschnittsfallwert der restlichen Leistungen (in Punkten) seiner Arztgruppe des Jahres 2000 liegende Gesamtpunktzahl der anerkannten Honorarforderungen um den gleichen Prozentsatz solange verringert, bis für die verbleibenden Punkte 90 % des Punktwertes nach 3.7 Satz 1 vergütet werden kann.

...

5. ...

Soweit für einen Honorarfonds nach Anhang 1 der sich nach Ziffer 3.6.4 Satz 4 und Ziffer 3.6.5 ergebende Punktwert 85 % des Punktwertes Sonstige Ärzte nach Ziffer 3.7 Satz 1 unterschreitet, wird der Vorstand ermächtigt, den Punktwert für diesen Honorarfonds zu Lasten der arztgruppenspezifischen Honorarfonds nach Ziffer 2.3.6.2 zu stützen, bis 85 % des Punktwertes Sonstige Ärzte für diesen Honorarfonds erreicht sind. ...

Anhang 1

Arztgruppenspezifische fachärztliche Honorarfonds werden für folgende Arztgruppen gebildet:

...

Augenärzte

...

Fachärztliche Internisten

...

Anhang 2

Fallpunktzahl³ (Praxisbudget), je Behandlungsfall

Arztgruppe	Versichertengruppe	
	M/F	Rentner
...		
Augenärzte	549	677
...		

³regionale Fallpunktzahlen nach A I. Allgemeine Bestimmungen, Teil B, Nr. 1.5 und Nr. 3 des EBM der bis 30.06.2003 gültigen EBM-Praxisbudgets. ...

Anhang 3

Von der Anrechnung auf Praxisbudgets ausgenommene Leistungen

Kapitel/Abschnitt/Unterabschnitt EBM	Gebührenordnungsposition
...	
F IV.	Nrn. 735, 738, 740, 741, 745, 746, 750, 751, 752, 760 bis 775
...	

Anhang 4

Leistungsbereiche und Fallpunktzahlen⁴ der Zusatzbudgets

1. Qualifikationsgebundene fallzahlabhängige Zusatzbudgets

...

2. Bedarfsabhängige Zusatzbudgets auf besonderen Antrag

Arztgruppe	Bedarfsabhängiges Zusatzbudget	Leistungspositionen des EBM	Fallpunktzahl
...			
Augenärzte	Laserchirurgie	1364, 1365	24,32
...			

⁴regionale Fallpunktzahlen nach A I. Allgemeine Bestimmungen, Teil B, 4 i. V. m. Anlage 4 des EBM der bis 30.06.2003 gültigen EBM-Zusatzbudgets.

Anhang 5

Arztgruppen für die eine Mengenbegrenzung nach Ziffer 3.6.3 Anlage 1 HVM durchgeführt wird:

Arztgruppe	FPZ „grün“ bis 60 Jahre	FPZ „grün“ über 60 Jahre	FPZ „PZV“ bis 60 Jahre	FPZ „PZV“ über 60 Jahre
190 ...				
FÄ-Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie	750,00	834,17	2.256,73	2.553,84
...				

III.

Der Antragsteller ist Augenarzt und seinem Vortrag nach auf Lasertherapie spezialisiert. Er ist der Auffassung, der Honorarverteilungsmaßstab der KVB verletze Art. 101 und Art. 118 Abs. 1 i. V. m. Art. 168 Abs. 1 BV.

1. Der Antragsteller rügt, die Budgetierung, der der augenärztliche Lasertherapeut unterliege, verstoße gegen das Grundrecht der freien Berufsausübung, da sie bewirke, dass der Arzt für rechtmäßig erbrachte Leistungen nicht honoriert werde.

a) Der Regelung fehle ein den Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit legitimierendes Ziel. Es gehe bei der Budgetierungspolitik nicht spezifisch um die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens, die auch durch Anhebung der Beitragssätze gesichert werden könne. Die Budgetierungspolitik bezwecke vielmehr die Senkung der Lohnnebenkosten im Interesse der deutschen Standortpolitik, sei also Unter-

nehmenspolitik im Rahmen der im Übermaß deregulierenden und liberalisierenden, europäisch und global integrierenden und integrierten Wirtschaftspolitik. Die Politik ignoriere den Alterungsprozess der Bevölkerung, die Erweiterung der gesetzlichen Krankenversicherung um Mitglieder mit geringem Beitragsaufkommen und die Notwendigkeit verbesserter Leistungen, die ohne erhöhte Kosten nicht zu haben seien.

b) Die Budgetierung sei nicht geeignet, dem Anstieg der vertragsärztlichen Leistungen entgegenzuwirken. Die Kostenentwicklung sei auf das wenig ausgeprägte Preis- und Ausgabenbewusstsein der Verbraucher, also der Patienten, zurückzuführen. Grund der Kostensteigerung sei wesentlich die quasi-sozialistische Regulierung der sozialen Krankenversicherung durch das SGB V. Der Kostensteigerung müsse durch mehr Marktbezogenheit und Wettbewerb entgegengetreten werden. Dazu gehöre unabdingbar mehr Eigenverantwortung der Patienten für ihre Gesundheit und ihre Gesundheitskosten. Sinnvoller wäre es, das vermeintliche System der Solidarität grundlegend umzugestalten. Auch das Bundessozialgericht habe in seiner Entscheidung vom 15. Mai 2002 das System der Praxisbudgets für rechtswidrig erklärt und nur eine Übergangsfrist bis zum 30. Juni 2003 eingeräumt. Dennoch habe die KVB diese als rechtswidrig erkannte Honoraraufteilung mit Wirkung vom 1. Juli 2003 in den HVM übernommen.

c) Die Budgetierung der ärztlichen Leistungen sei nicht erforderlich, um den angestrebten Zweck zu erreichen. Als deregulierende Instrumente der Kostenbegrenzung seien mehr Markttransparenz und mehr Kostenverantwortung von Ärzten und Patienten hilfreich. Der Gesetzgeber könne trotz seiner weiten Zwecksetzungsbefugnis zu einer deregulierenden Gesundheitspolitik gezwungen werden, weil dies zur Lösung der Kostenprobleme im Gesundheitsbereich geboten sei. Bei einem limitierten Ausgabenvolumen und einer wachsenden Zahl von Vertragsärzten komme es zu einem Verteilungswettbewerb und zu einer zweckwidrigen Ausrichtung der Behandlungen an ökonomischen Interessen statt an der Gesundheit der Patienten. Außerdem könne der wachsende Behandlungsbedarf nicht mehr in

vollem Umfang befriedigt werden, was zu Qualitätseinbußen und einer Abkoppelung der vertragsärztlichen Versorgung von der medizinischen Entwicklung führe.

d) Da die Budgetierung ungeeignet sei, das gesetzliche Krankenversicherungswesen finanziell zu stabilisieren, stehe sie auch nicht im angemessenen Verhältnis zum verfolgten Zweck.

e) Die Budgetierung sei für die betroffenen Vertragsärzte unzumutbar und entwürdigend. Jede Leistung eines Vertragsarztes gehe zu Lasten der Gesamtheit der Vertragsärzte, die damit eine kollektive Haftung treffe. Die Ausweitung der Leistungsmenge führe zu einer Minderung des Punktwerts, da die Gesamtvergütung um der Beitragssatzstabilität willen nicht variabel sei. Die Kollektivhaftung der Vertragsärzte sei unangemessen und widerspreche dem Grundprinzip der Menschenwürde. Es sei untragbar, das Entgelt für eine Leistung nicht ausschließlich an diese, sondern an das Handeln Dritter zu koppeln.

2. Der Antragsteller ist weiter der Auffassung, „die Punktwertabstaffelung, welche der HVM in Anhang 4 Pos. 1365 vorsieht, ist mit Rechtsprinzipien unvereinbar“.

Die Punktwertabstaffelung habe zwar eine bundesgesetzliche Grundlage in § 85 Abs. 4 Sätze 7 und 8 SGB V. Diese Vorschrift sei jedoch grundrechtswidrig und nichtig. Der Verfassungsgerichtshof sei gehalten, das Verfahren nach Art. 100 Abs. 1 GG auszusetzen und die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts einzuholen. Bis zu der ab 1. Januar 2004 geltenden Neuregelung durch das GKV-Modernisierungsgesetz habe der Bundesgesetzgeber die Punktwertabstaffelung in das Ermessen der Kassenärztlichen Vereinigungen gestellt. Für den verfahrensgegenständlichen HVM sei die Punktwertabstaffelung nicht bundesgesetzlich vorgeschrieben gewesen und daher unabhängig von der Verfassungswidrigkeit bundesgesetzlicher Vorgaben an den bayerischen Grundrechten zu messen.

Die Abstufung der Punktwerte bedeute einen Eingriff in die berufliche Entfaltungsfreiheit. Sie wirke sich honorarmindernd aus und verhindere eine leistungs-

gerechte Vergütung. Das Grundrecht der freien Berufsausübung schütze auch das Recht, für die beruflichen Leistungen angemessen vergütet zu werden.

a) Kein legitimes Ziel sei darin zu sehen, dass die Krankenkassen an Rationalisierungsgewinnen umsatzstarker Praxen partizipieren sollten. In Wahrheit solle die Leistungsmenge eines jeden Vertragsarztes im Interesse sozialistischer Verteilung der ärztlichen Leistungen und deren Leistungsbegrenzung insgesamt zurückgedrängt werden, um die Kosten und die Beiträge zu reduzieren.

b) Es sei zu bezweifeln, dass die Kürzung der Vergütung nach Überschreiten einer bestimmten Leistungsgrenze geeignet sei, eine ausreichende kassenärztliche Versorgung zu gewährleisten und eine Kostendämpfung zu bewirken. Die Annahme, dass eine Leistungsausweitung über das Regelleistungsvolumen hinaus zu Qualitätseinbußen führe, basiere auf Unterstellungen. Überdurchschnittlich engagierte Ärzte würden in ihrem Dienst am Patienten demotiviert. Der Annahme liege das Leitbild des unmündigen Bürgers zugrunde, der trotz erkennbarer Qualitätseinbußen den Arzt nicht wechsle. Auch werde unterstellt, dass missbräuchlich nicht benötigte Leistungen erbracht und in Anspruch genommen würden.

c) Weder zur Kostendämpfung noch zur Sicherung der kassenärztlichen Versorgung sei eine leistungsmengenabhängige Vergütungsbegrenzung erforderlich. Hierfür stünden andere Mittel, die die Leistungsbereitschaft der Ärzte nicht unnötig hemmen würden, zur Verfügung.

d) Da es sachwidrig sei, Kostenbegrenzungsmaßnahmen einseitig zu Lasten überdurchschnittlich leistungsstarker Ärzte durchzuführen, seien die Regelungen der Punktwertabstaffelung im HVM unangemessen. Es sei auch unzumutbar, die Entgelte für freiberufliche Leistungen abhängig von der Leistungsmenge des Vertragsarztes in einer Leistungsperiode insgesamt zu bestimmen, da es die Leistungsbereitschaft beeinträchtige und die Berufswürde verletze. Den Vertragsärzten werde ein unzumutbares Opfer abverlangt.

3. Der Antragsteller rügt ferner, der HVM verletze das Willkürverbot des Art. 118 Abs. 1 i. V. m. Art. 168 Abs. 1 Satz 2 BV.

Die augenärztlichen Lasertherapeuten erbrächten die gleichen Leistungen wie die internistischen Lasertherapeuten, würden jedoch nach ganz anderen Regelungen und mit unterschiedlichen Erträgen honoriert.

a) Nach Anhang 3 des HVM seien Diagnostik und Therapie der internistischen Lasertherapeuten grundsätzlich mengenfrei. Die augenärztlichen Lasertherapeuten würden dagegen mengenmäßig auf den Durchschnitt der keine Laserbehandlungen durchführenden Fachgruppe der Augenärzte gekürzt. Bei den Internisten seien alle für eine Lasertherapie erforderlichen diagnostischen Teil- und Komplettspiegelungen sowie die Leistung gemäß GOP 775 budgetfrei. Der internistisch tätige Lasertherapeut könne jede Leistung nach GOP 775 unbudgetiert, unbegrenzt, ohne Abstufung und ungekürzt mit einem Punktwert von 1000 abrechnen. Dagegen falle die lasertherapeutische Leistung des Augenarztes nach GOP 1364 in das Praxisbudget. Er könne nur abhängig von der Gesamtfallzahl seiner Patienten abrechnen. Hinzu komme eine weitere Benachteiligung durch GOP 1365 bei notwendigen Folgesitzungen, die um ca. 50 % niedriger bewertet würden.

b) Der internistische Lasertherapeut werde im Vergleich zum augenärztlichen Lasertherapeuten durch erheblich höhere Punktzahlen begünstigt. Im Anhang 5 des HVM werde die Arbeit der internistischen Lasertherapeuten mit einer Fallpunktzahl von 2256 bzw. 2553 angesetzt. Dieser Ansatz sei viermal höher als die Fallpunktzahlen (549 bzw. 677) der augenärztlichen Lasertherapeuten im Anhang 2 des HVM. Für den augenärztlichen Lasertherapeuten ergebe sich ein durchschnittlicher Punktwert von 3,26 Cent, die mengenfreie Auszahlung an die internistischen Lasertherapeuten beruhe auf einem Punktwert von 4,86 Cent. Durch die Neuregelung in § 33 Abs. 1 Sätze 4 bis 7, Abs. 3, 4 SGB V zur Bezuschussung von Sehhilfen seien die Fallzahlen der Augenärzte und damit auch der Lasertherapeuten drastisch zurückgegangen, was zu einer weiteren Benachteiligung führe.

c) Die Kosten der zur Lasertherapie notwendigen medizinischen Gerätschaften seien gleich. Auch die Methode der Lasertherapie sei in allen Disziplinen grundsätzlich dieselbe. Die geringere Fallzahl der internistischen Laserleistungen nach GOP 775 im Vergleich zur Fallzahl der Leistungen nach GOP 1364 und 1365 sage nichts über Eigenart und Vergleichbarkeit der Leistungen aus. Auch die Lasertherapie eines Augenarztes sei eine hoch spezialisierte Leistung. Das Zusammenwirken von EBM und HVM bewirke die gänzlich unterschiedliche Honorierung gleichartiger ärztlicher Leistungen. Die Honorarverteilungspolitik werde von der Maxime bestimmt, dass alle Ärzte etwa das gleiche Einkommen haben sollten, was diametral dem Leistungsprinzip widerspreche. Auch sei die Bildung von Fachgruppen und Fachgruppentöpfen Willkür. Wenn eine Fachgruppe das ihr zugeteilte Honorar gleichmäßig zu teilen habe, werde der Gesichtspunkt der Leistung systematisch verdrängt. Das Institut der Gesamtvergütung sei fragwürdig.

d) Entgegen der Behauptung der KVB sei das Praxis/Zusatzbudget des Antragstellers nach dem 1. Juli 2003 nicht überprüft und angehoben worden. Aus dem Schreiben der KVB vom 25. September 1998 ergebe sich, dass die Anzahl der ihm zum vollen Punktwert vergüteten lasertherapeutischen Leistungen nur 27,51 betrage. Das geringe Punktzahlvolumen der lasertherapeutischen Leistungen des Antragstellers in Höhe von 2,84 % beruhe darauf, dass ihm wegen der Regelungen des HVM nicht mehr Lasertherapien bezahlt würden. Ein kompensatorischer Honorarausgleich sei irrelevant, da in allen Arztgruppen die gleiche Vergütung für die gleiche Leistung bezahlt werden müsse.

IV.

1. Landtag und Staatsregierung haben sich nicht am Verfahren beteiligt.
2. Die KVB erachtet die Popularklage für unbegründet.

a) Art. 101 BV sei nicht verletzt.

aa) Gemäß § 72 Abs. 2 SGB V sei die vertragsärztliche Versorgung so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des medizinischen Erkenntnisstands gewährleistet sei und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet würden. Die Forderung nach einer Begrenzung der Ausgaben durch Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots sei ein tragendes Element des vertragsärztlichen Systems. Die KVB dürfe kraft ihrer gesetzgeberischen Gestaltungsfreiheit im Rahmen des HVM mengensteuernde Regelungen treffen, um der Verantwortung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nach § 75 Abs. 1 SGB V gerecht zu werden. Mengenbegrenzungsregelungen seien sachgerecht, da nur begrenzt Mittel zur Verfügung stünden und der Grundsatz der Beitragsstabilität gemäß § 71 Abs. 1 SGB V berücksichtigt werden müsse.

bb) Die KVB habe, wie andere kassenärztliche Vereinigungen auch, beschlossen, nach der Beendigung der Budgetierung im EBM zum 1. Juli 2003 für die Übergangszeit bis zum Inkrafttreten eines neuen EBM nicht einen Systemwechsel zu vollziehen und ein völlig anderes Mengenbegrenzungssystem einzuführen, sondern die alte Regelung als Übergangslösung beizubehalten. Diese sei überprüft und gegebenenfalls an die Vorgaben der Rechtsprechung und des Erweiterten Bewertungsausschusses angepasst worden. Das Budget sei für viele Vertragsärzte, so auch für den Antragsteller, individuell erhöht worden, wenn dies entsprechend der Regelung in Nr. 3.6.1.5 HVM gerechtfertigt gewesen sei.

cc) Die Mengenbegrenzungsregelungen seien erforderlich und sachlich gerechtfertigt. Vorrangiges Ziel sei es gewesen, eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit der Vertragsärzte zu verhindern und den Punktwert zu stabilisieren. Der Vertragsarzt benötige eine verlässliche Kalkulationsgrundlage hinsichtlich seines Punktzahlvolumens. Infolge der Pauschalierung der zu verteilenden Gesamtvergütung würden die von den Ärzten abgerechneten Punktmengen steigen und daher der Punktwert sinken, was zu einem weiteren Ansteigen der Leistungsmengen

führe (sog. Hamsterradeffekt). Dem müsse entgegengewirkt werden. Denn das stetige weitere Absinken des Punktwerts sei für die korrekten Ärzte, die ihre Leistungsmengen nicht von sich aus steigerten, weil medizinisch nicht indiziert, oder, etwa mangels entsprechender Überweisungen, nicht steigern könnten, Existenz bedrohend und damit eine Gefahr für die Versorgung der Versicherten.

Das Bundessozialgericht habe derartige Zielsetzungen mehrfach gebilligt und die Regelungen über Praxis- und Zusatzbudgets als rechtmäßig beurteilt. Die Budgetierungsregelungen des EBM seien im Zusammenhang mit einer Entscheidung des Bundessozialgerichts, das der Auffassung gewesen sei, die Kostenansätze für Dermatologen müssten überprüft werden, gestrichen worden, nicht weil sich die Budgetierung als ungeeignet erwiesen habe.

dd) Es bestehe weder ein Anspruch auf Vergütung der Leistungen zu einem höheren Auszahlungspunktwert noch auf eine gleichmäßige Honorierung der Leistungen. Der Vergütungsanspruch werde durch den Umfang der zu verteilenden Gesamtvergütung begrenzt, die nicht vermehrbar sei.

ee) Eine unangemessene oder unzumutbare Beeinträchtigung der Berufsausübung werde durch die Budgetierungsregelungen nicht bewirkt. Die Budgetierung führe nicht dazu, dass Leistungen der Vertragsärzte nicht honoriert werden dürften. Im ersten Quartal 2004 seien in München und Oberbayern von 110 Ärzten Leistungen des Zusatzbudgets Laserchirurgie abgerechnet worden, 7 Ärzte, so auch der Antragsteller, hätten ein erweitertes Budget erhalten. Mehr als 95 % der lasertherapeutisch arbeitenden Augenärzte kämen mit ihrem Budget aus. Der Antragsteller arbeite offensichtlich unwirtschaftlich. Auch seien die Fallzahlen seiner Praxis deutlich geringer als die seiner Kollegen.

ff) Bei der Regelung im Anhang 4 des HVM handle es sich nicht, wie der Antragsteller meine, um eine Punktwertabstaffelung, sondern um Fallpunktzahlen für die fallzahlabhängigen Zusatzbudgets, die dadurch ermittelt würden, dass der Leis-

tungsbedarf aller Augenärzte mit laserchirurgischen Leistungen durch die Zahl der Fälle geteilt werde.

b) Das Grundrecht aus Art. 118 BV werde durch die angegriffenen Regelungen des HVM ebenfalls nicht verletzt.

aa) Entgegen der Auffassung des Antragstellers begrenze der HVM auch die Leistungsmengen der internistischen Lasertherapeuten, nämlich durch Punktzahlbegrenzung. Die Regelung in Nr. 3.6.3.1 HVM sei dem Praxisbudget nachgebildet. Eine zusätzliche Begrenzung bedeute die Nr. 3.6.3.2 HVM, die für die gesamten Leistungen der fachärztlichen Internisten, beispielsweise auch für Laseroperationen, gelte. Ausnahmen, Erweiterungen oder Verrechnungsmöglichkeiten gebe es insoweit nicht. Die andersartige Mengenbegrenzung sei sachlich durch die starke Spezialisierung der Internisten auf verschiedene Leistungsbereiche, die eine Zusammenfassung von repräsentativen Leistungen für die gesamte Arztgruppe in einem Budget nicht zulasse, bedingt. Demgegenüber seien die Augenärzte eine sehr homogene Gruppe.

bb) Die Leistungen GOP 775 und GOP 1364, deren Bewertung durch den EBM bindend vorgegeben sei, seien sachlich nicht vergleichbar.

Für Laserkoagulationen nach GOP 1364 und 1365 gelte eine bedarfsabhängige Zusatzbudgetierung. Diese Leistungen seien zum Kernbereich der Augenheilkunde zu zählen. Die Leistung nach GOP 775 stelle eine Zusatzposition zu einer Ausgangsleistung aus den Abschnitten F III und F IV des EBM dar. Ausgangs- und Zusatzleistung seien vom Bewertungsausschuss bei der Einführung der Praxisbudgets als nicht budgetierte Leistungen eingeordnet worden, da es sich um hoch spezialisierte internistische Laserleistungen handle, die außerhalb des Kernbereichs der Gastroenterologen lägen.

cc) Für Arztgruppen, die spezielle Leistungen erbringen, sei eine verfeinerte, an die Praxisbudgets angelehnte Lösung zu finden gewesen. Die fachärztlichen In-

ternisten seien verschiedenen Schwerpunktbereichen zugeordnet worden, bei denen sich die Höhe der Fallpunktzahl – der Punktesumme je Behandlungsfall – nach dem durchschnittlichen Behandlungsaufwand der jeweiligen Arztgruppe unterscheiden. Die Fallpunktzahl bei den fachärztlichen Internisten sei höher als bei den Augenärzten, weil auch die Bewertung der internistischen Behandlungsfälle im EBM höher sei als die der augenärztlichen Behandlungsfälle.

dd) Der Antragsteller neige dazu, nur ausschnittsweise die Vergütung einzelner Leistungen zu betrachten und Vorteile anderer Arztgruppen zu fordern, ohne deren Nachteile zu berücksichtigen. Fachärztliche Internisten hätten regelmäßig um 15 % niedrigere Punktwerte als Augenärzte, die niedrigeren Punktwerte würden jedoch durch höhere abrechenbare Punktzahlen und die Vergütung einzelner Leistungen mit höheren festen Punktwerten kompensiert. Die unterschiedlichen Punktwerte in den einzelnen Fachgruppen seien unmittelbare Folge des in Bayern bestehenden Honorarverteilungssystems nach Fachgruppentöpfen. Die im HVM verankerte Punktwertstützungsregelung, die greife, wenn der Punktwert in einer Fachgruppe um 15 % unter den Durchschnittspunkt看wert der Facharztztöpfe absinke, habe bei den Augenärzten nicht umgesetzt werden müssen. Der Honorartopf der Augenärzte sei also ausreichend. Es treffe auch nicht zu, dass aufgrund des Inkrafttretens des GKV-Modernisierungsgesetzes zum 1. Januar 2004 bei den Augenärzten ein Umsatzrückgang um 25 % eingetreten sei. Zwar seien aufgrund der neuen Sehhilfenregelung die Fallzahlen und der anerkannte Leistungsbedarf um ca. 20 % zurückgegangen. Da das der Arztgruppe zur Verfügung stehende Geldvolumen jedoch im Facharztztopf verbleibe, seien die Punktwerte um ca. 12 % gestiegen. Durch diese Kompensation habe sich der Honorarumsatz der gesamten Arztgruppe leicht erhöht.

c) Die angegriffenen Regelungen des HVM verstießen nicht gegen Art. 168 BV.

Der Vorschrift des § 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V könne nicht die Forderung entnommen werden, dass Leistungen nach Art und Umfang stets gleichmäßig und mit einem einheitlichen Punktwert honoriert werden müssten. Die Teilung der Ge-

samtvergütung in Fachgruppenfonds sei ein zulässiges und geeignetes Mittel zur Durchführung einer sachgerechten Honorarverteilung.

V.

Die Popularklage ist zulässig.

1. Die vom 1. Juli 2003 bis zum 30. Juni 2004 geltenden Bestimmungen des HVM, die von der KVB, einer Körperschaft des öffentlichen Rechts, im Rahmen ihrer Satzungsautonomie mit verbindlicher Wirkung für die Mitglieder erlassen worden sind, haben als Satzung den Charakter einer Rechtsnorm und sind Rechtsvorschriften des bayerischen Landesrechts, die jedermann mit der Popularklage gemäß Art. 98 Satz 4 BV, Art. 55 Abs. 1 Satz 1 VfGHG angreifen kann (VerfGH vom 14.11.2003 = VerfGH 56, 148/160; VerfGH vom 27.5.1998 = VerfGH 51, 74/81; vgl. auch BSG vom 21.1.1969 = BSGE 29, 111/113; Hess in Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht, RdNr. 52 zu § 85 SGB V). Das gilt auch dann, wenn die Autonomieverleihung einschließlich der Ermächtigung zum Erlass von Satzungen auf Bundesrecht, im vorliegenden Fall auf § 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V in der Fassung des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl I S. 2626), beruht (VerfGH 56, 148/160; 51, 74/81).

2. Seit 1. Juli 2004 wird die Honorarverteilung gemäß § 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V in der Fassung des GKV-Modernisierungsgesetzes nicht mehr durch eine von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung im Benehmen mit den Krankenkassen erlassene Satzung geregelt, sondern als Vertrag zwischen der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen vereinbart. Dementsprechend hat die KVB mit den Krankenkassen am 30. Juni 2004 die Vereinbarung getroffen, dass die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses geltende Honorarverteilung, also der HVM in der Fassung vom 10. Mai 2003, unverändert als Inhalt des Vertrags übernommen wird und für die Vergütung der im dritten und vierten Quartal 2004 erbrachten vertragsärztlichen Leistungen maßgeblich ist.

Das Vorbringen des Antragstellers ist dahingehend auszulegen, dass auch die Regelungen dieser Vereinbarung Gegenstand der Popularklage sein sollen; auch insoweit ist von der Zulässigkeit auszugehen.

a) Der verfassungsrechtlichen Überprüfung im Rahmen des Art. 98 Satz 4 BV unterliegen grundsätzlich nur Rechtsvorschriften des bayerischen Landesrechts. Die Honorarverteilungsvereinbarung vom 30. Juni 2004 hat als öffentlich-rechtlicher Vertrag, der primär die Vergütung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen regelt, Normcharakter. Mit Abschluss eines solchen Vertrags gehen die Vertragsparteien nicht in erster Linie gegenseitige Verpflichtungen ein, sondern bestimmen die Verteilung des als Gesamtvergütung zur Verfügung stehenden Honorars auf die Vertragsärzte in einer diese unmittelbar bindenden Art und Weise. Infolge der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch Zulassung oder Ermächtigung werden für die Vertragsärzte vertragliche Bestimmungen kraft Gesetzes verbindlich (§ 95 Abs. 3 und 4 SGB V). Für die Vertragsärzte entfaltet der Honorarverteilungsvertrag damit in gleicher Weise Drittwirkung wie die frühere Regelung der Honorarverteilung durch Satzung.

Durch die Umstellung auf eine vertragliche Vereinbarung sollte in Anlehnung an die bundesrechtlichen Regelungen zum EBM, der gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der KBV mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen als Bestandteil der Bundesmantelverträge vereinbart wird und dessen Rechtsnormcharakter unbestritten ist (vgl. BSG vom 16.5.2001 = SozR 3-2500 § 87 Nr. 30; BSG vom 30.5.1969 = BSGE 29, 254; Hess, a. a. O., RdNr. 12 zu § 87 m. w. N.), auf regionaler Ebene eine gemeinsame Verantwortung der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen für die Honorarverteilung eingeführt werden (BT-Drs. 15/1525 S. 101). Auch diese Zielsetzung macht deutlich, dass der Auftrag zur Normsetzung unverändert geblieben ist.

Die Änderung des § 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V fügt sich in das Regelungsinstrumentarium des Vertragsarztrechts ein. Dieses weicht von den traditionell anerkannten Rechtsquellen, zu denen Gesetz, Rechtsverordnung und Satzung gezählt werden, in wesentlichen Punkten ab und bildet insbesondere mit den Bundesmantel- und Gesamtverträgen ein Regelungsinstrumentarium eigener Art (BSG vom 16.9.1997 = BSGE 81, 73/82 ff.). Ein geschlossenes Rechtsquellensystem lässt weder das Grundgesetz noch die Bayerische Verfassung erkennen (vgl. BSGE 81, 73/82; offen gelassen in BVerfG vom 24.5.1977 = BVerfGE 44, 322/ 347). Die kollektivvertragliche Normsetzung im Kassenarztrecht ist ein historisch gewachsenes Regelungssystem, das im Grundsatz auch unangefochten ist (vgl. hierzu näher BSGE 81, 73/83 f.).

b) Im Rahmen der Popularklage wird der Schutz der Grundrechte nur gegenüber staatlich oder in sonstiger Weise hoheitlich gesetztem Recht, d. h. gegenüber Akten der unmittelbaren oder mittelbaren Staatsgewalt, zur Geltung gebracht (VerfGH vom 5.2.1974 = VerfGH 27, 1/9). Der Honorarverteilungsvertrag ist auf Landesebene von Körperschaften des öffentlichen Rechts (§ 29 Abs. 1 SGB IV, § 77 Abs. 5 SGB V), also Trägern mittelbarer Staatsgewalt, die der staatlichen Aufsicht unterliegen (§§ 87, 90 SGB IV, § 78 SGB V), als öffentlich-rechtlicher Vertrag mit Drittwirkung für die Vertragsärzte abgeschlossen worden. Es liegt damit ein Akt hoheitlicher Rechtsetzung vor, den der Verfassungsgerichtshof im Popularklageverfahren kontrolliert.

Dieses Ergebnis steht nicht im Widerspruch zu der Entscheidung des Verfassungsgerichtshofs vom 6. Mai 1971 (VerfGH 24, 72), in der die Anfechtbarkeit von Tarifnormen verneint wurde. Tarifvertragsparteien sind keine öffentlich-rechtlichen Körperschaften des staatlichen Bereichs. Sie sind bei der Vereinbarung von Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen eigenständig und unabhängig und unterliegen weder der Aufsicht noch sonstigen Einwirkungen des Staates. Sie werden auch durch die ihnen verliehene Rechtsetzungsbefugnis nicht zu Trägern unmittelbarer oder mittelbarer Staatsgewalt.

3. Bei der Prüfung, ob eine Rechtsvorschrift verfassungswidrig ist, hat der Verfassungsgerichtshof seiner Beurteilung grundsätzlich den Rechtszustand im Zeitpunkt der Entscheidung zugrunde zu legen. Rechtsvorschriften, die außer Kraft getreten sind, unterliegen der verfassungsgerichtlichen Kontrolle nur dann, wenn noch ein objektives Interesse an der Feststellung besteht, ob sie mit der Bayerischen Verfassung vereinbar wären (ständige Rechtsprechung; vgl. VerfGH vom 4.7.2001 = VerfGH 54, 47/53 m. w. N.). Wie bereits dargestellt, gilt seit 1. April 2005 ein neuer Honorarverteilungsvertrag. Da jedoch noch zahlreiche Widerspruchs- und Sozialgerichtsverfahren anhängig sind, für deren Entscheidung die frühere Fassung maßgeblich ist, ist ein objektives Interesse an der verfassungsgerichtlichen Kontrolle zu bejahen.

4. Ist die Popularklage – wie hier – mit substantiierten Grundrechtsrügen zulässig erhoben, erstreckt der Verfassungsgerichtshof seine Prüfung auch auf die Frage, ob die angefochtenen Bestimmungen mit anderen Normen der Bayerischen Verfassung vereinbar sind, selbst wenn diese, wie Art. 3 Abs. 1 Satz 1 BV, keine Grundrechte verbürgen (ständige Rechtsprechung; vgl. VerfGH vom 14.11.2003 = VerfGH 56, 148/160; VerfGH vom 19.4.2002 = VerfGH 55, 66/69 f. m. w. N.).

VI.

Die Popularklage ist unbegründet.

A.

Die aus dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) übernommenen Budgetierungsbestimmungen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM), insbesondere die Begrenzung der Honorierung augenärztlicher Leistungen durch Praxis- und Zusatzbudgets sowie die Bildung arztgruppenbezogener Honorarfonds, sind mit Art. 101 BV vereinbar.

1. Das Grundrecht der Handlungsfreiheit, das den beruflichen und wirtschaftlichen Bereich mit umfasst, steht unter einem allgemeinen Gesetzesvorbehalt. Allerdings müssen die Rechtsvorschriften, die es einschränken, ihrerseits bestimmte Grenzen wahren, damit der Grundrechtsschutz nicht gegenstandslos wird. Art. 101 BV verbürgt daher nicht nur die Freiheit von ungesetzlichem Zwang, sondern setzt auch dem Normgeber selbst Schranken beim Erlass von Rechtsvorschriften, die in die Freiheits- oder Berufssphäre des Einzelnen eingreifen; insbesondere gilt der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit (VerfGH vom 14.11.2003 = VerfGH 56, 148/167; VerfGH vom 4.7.2001 = VerfGH 54, 47/54; VerfGH vom 27.5.1998 = VerfGH 51, 74/84; VerfGH vom 15.12.1989 = VerfGH 42, 174/183). Im Sinn der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zu Art. 12 Abs. 1 GG, die im berufsrechtlichen Anwendungsbereich des Art. 101 BV herangezogen werden kann, handelt es sich bei den angefochtenen Bestimmungen des HVM nicht um Regelungen der Berufszulassung, sondern um solche der Berufsausübung (VerfGH 56, 148/168; 54, 47/54; 51, 74/84; BVerfG vom 14.5.1985 = BVerfGE 70, 1/28 ff.; BVerfG vom 31.10.1984 = BVerfGE 68, 193/218; BVerfG vom 10.5.1972 = BVerfGE 33, 171/183). Eine Regelung der Berufsausübung ist zulässig, wenn sie durch vernünftige Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt ist, wenn die gewählten Mittel zur Erreichung des verfolgten Zwecks geeignet und erforderlich sind und wenn die durch sie bewirkte Beschränkung der Berufsausübung den Betroffenen zumutbar ist (VerfGH 56, 148/168; 42, 174/183; VerfGH vom 17.5.1982 = VerfGH 35, 56/68; BVerfG vom 22.5.1996 = BVerfGE 94, 372/389 f. m. w. N.).

Diese Voraussetzungen liegen hier vor.

2. Die grundsätzliche Rechtmäßigkeit der Einführung der Budgetierungsbestimmungen zum 1. Juli 1997 im EBM ist vom Bundessozialgericht mehrfach festgestellt worden (grundlegend BSG vom 8.3.2000 = BSGE 86, 16/18 ff.; weitere Nachweise in BSG vom 15.5.2002 = BSGE 89, 259/263). Rechtsgrundlage war § 87 Abs. 2 a Satz 8 SGB V in der Fassung des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl I S. 1520), wonach Obergrenzen für die Menge der abrechenbaren ärztlichen Leistungen vorgesehen werden konnten. Die Einführung von Praxisbudgets

im EBM beruhte auf der Einschätzung der Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen auf Bundesebene, dass ein globales Ausgabenbudget der Krankenkassen für die Gesamtvergütung der vertragsärztlichen Versorgung auch nur in Form von Budgets an die Vertragsärzte weitergegeben werden kann, wenn der kontinuierliche Rückgang der Auszahlungspunktwerte verhindert werden soll. Durch Praxisbudgets und ergänzende Maßnahmen der Honorarverteilung sollte das insgesamt abgerechnete Punktzahlvolumen reduziert werden mit der Folge, dass der Punktwert stabil bleibt bzw. wieder ansteigt. Beabsichtigt war, dem Vertragsarzt so durch stabilisierte Punktwerte vor der Leistungserbringung eine ausreichende Kalkulation seiner Praxiseinnahmen zu ermöglichen und damit den unter einem globalen Budget bestehenden ökonomischen Druck auf den einzelnen Arzt, zur Existenzsicherung das eigene Leistungsvolumen immer weiter auszudehnen (sog. Hamsterradefekt), zu beenden. Die sich seit Jahren immer schneller drehende Leistungsspirale konnte nach Einschätzung des Bewertungsausschusses nur durch Honorarverteilungsmaßnahmen, wie z. B. die Einbeziehung des Großteils abrechnungsfähiger Leistungen in Budgets, gebremst werden.

Zwar wurden die im EBM enthaltenen Budgetierungsregelungen zum 1. Juli 2003 gestrichen. Entgegen der im Antragsschriftsatz vertretenen Auffassung liegt der Grund hierfür aber nicht darin, dass das Bundessozialgericht diese Bestimmungen für rechtswidrig erklärt hätte. Das Gericht hat in seiner Entscheidung vom 15. Mai 2002 (BSGE 89, 259) das im konkreten Fall im Streit stehende Budget der Hautärzte als rechtmäßig erachtet, jedoch den Bewertungsausschuss aufgefordert, bis zum 1. Januar 2003 in eine Überprüfung der in die Praxisbudgets einfließenden Kostenansätze einzutreten und diese gegebenenfalls bis 1. Juli 2003 neu festzusetzen. Es hätten sich Anhaltspunkte dafür ergeben, dass der Kostenansatz der Hautärzte von 54,1 % die realen Praxisverhältnisse nicht mehr widerspiegeln, sondern in einem Ausmaß angestiegen sei wie bei keiner anderen Arztgruppe (BSGE 89, 259/260, 270). Zwar hat das Bundessozialgericht darauf hingewiesen, dass es, sofern innerhalb der von ihm gesetzten Fristen keine Umsetzung erfolge, die Regelungen über die Praxisbudgets wegen des problematischen Kosten-

ansatzes als rechtswidrig ansehen müsse. Die Zulässigkeit von Budgetierungsregelungen als solche wird in der Entscheidung jedoch nicht infrage gestellt.

Dass die Abschaffung der Budgetierungsbestimmungen auf Bundesebene keineswegs zu Leistungsausweitungen führen sollte, ergibt sich auch aus den Kriterien, die der Erweiterte Bewertungsausschuss am 19. Dezember 2002 auf der Grundlage des § 85 Abs. 4 a SGB V zur Verteilung der Gesamtvergütung festgelegt hat. Er hat insoweit bestimmt, dass der anerkannte Leistungsbedarf je Arztgruppe um nicht mehr als 5 % steigen dürfe (DÄ 2003, A-218). Durch das zum 1. Januar 2004 in Kraft getretene GKV-Modernisierungsgesetz wurden die Rahmenstruktur des neuen EBM vorgegeben, die vertragsärztliche Vergütung teilweise neu gestaltet und die schrittweise Einführung von Regelleistungsvolumen mit der Vergütung ärztlicher Leistungen bis zu einer Obergrenze nach festen Punktwerten verbindlich vorgegeben (vgl. insbesondere § 85 Abs. 4 Sätze 7 und 8, Abs. 4 a, §§ 85 a bis d, § 87 Abs. 2 a SGB V). Da die nach § 85 Abs. 4 a Satz 1 SGB V bis zum 29. Februar 2004 laufende Frist für die Einführung neuer Regelungen zur Mengengrenzung ärztlicher Leistungen nicht eingehalten wurde und sich die Beschlussfassung über den neuen EBM entgegen der Erwartung der Beteiligten verzögerte, empfahl der Bewertungsausschuss den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene, die geltenden Honorarverteilungsmaßstäbe als Übergangslösung bis zum Inkrafttreten des EBM2000plus zum 1. April 2005 weiter anzuwenden.

3. Wenn sich die KVB – wie andere Kassenärztliche Vereinigungen auch – vor diesem Hintergrund für eine vorläufige Übernahme der Budgetierungsregelungen des EBM entschieden hat, ist dies aus verfassungsrechtlicher Sicht nicht zu beanstanden. Den Bedenken, die das Bundessozialgericht in seiner Entscheidung vom 15. Mai 2002 (BSGE 89, 259) geäußert hat, wurde nach den Darlegungen der KVB durch Anpassungen, insbesondere bei der Fallpunktzahl der Dermatologen (vgl. Fußnote 3 zu Anhang 2 HVM), Rechnung getragen.

a) Die angegriffenen Regelungen zur Honorarbegrenzung sind durch vernünftige Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt.

Sie beruhen in erster Linie auf § 85 Abs. 4 Sätze 1 bis 3, 6 SGB V in der Fassung des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 bzw. des GKV-Modernisierungsgesetzes. Nach dem gesetzgeberischen Auftrag in § 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V sollte der Verteilungsmaßstab Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit vorsehen. Die Budgetierungsbestimmungen dienen damit auch der Sicherung einer zweckmäßigen und ausreichenden vertragsärztlichen Versorgung. Diese Zielsetzung ist legitim (vgl. BVerfGE 33, 171/186). Regelungen über Honorarverteilung und Mengensteuerung bei der Behandlung von Patienten tragen weiterhin dem Umstand Rechnung, dass die zur Deckung der Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehenden Mittel begrenzt sind. Sie dienen damit auch der Aufrechterhaltung der Funktions- und Leistungsfähigkeit des Systems der sozialen Krankenversicherung (VerfGH 56, 148/168; 54, 47/54 f.; 51, 74/84; 42, 174/183). Die Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine Gemeinwohlaufgabe, welche der Gesetzgeber nicht nur verfolgen, sondern der er sich nicht entziehen darf (vgl. BVerfGE 68, 193/218). Unabdingbare Voraussetzung der Finanzierbarkeit des gegenwärtigen Systems der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Beitragsstabilität, die der Bundesgesetzgeber in § 71 Abs. 1 SGB V ausdrücklich zum Grundsatz erhoben hat (BVerfG vom 13.9.2005 = DVBl 2005, 1503). Das Bestreben, im HVM durch ein teilweises Abgehen vom Prinzip der gleichmäßigen, einem festen Punktwert entsprechenden Honorierung sämtlicher ärztlicher Leistungen die angestrebten Ziele zu verwirklichen, entspricht daher sachgerechten und vernünftigen Erwägungen des Gemeinwohls (vgl. auch VerfGH 51, 74/84 f.).

b) Auch der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ist gewahrt.

Bei der inhaltlichen Ausgestaltung der Honorarverteilung steht dem Normgeber ein erheblicher Gestaltungsspielraum zu (vgl. VerfGH 56, 148/169; 51, 74/87; BVerfGE 33, 171/189). Im Gesundheitswesen ist der Gestaltungsspielraum des Norm-

gebers besonders weit (BVerfG vom 13.9.2005 = DVBl 2005, 1503). Bei einem so komplexen Sachverhalt wie der kassenärztlichen Honorarverteilung, die die Berücksichtigung unterschiedlicher gesetzlicher Vorgaben und die Bewältigung verschiedenster und differenziertester Verwaltungsaufgaben erfordert, muss es dem Normgeber aus Gründen der Praktikabilität und Überschaubarkeit erlaubt sein, in besonderem Maß zu typisieren, zu generalisieren und zu pauschalisieren (VerfGH 56, 148/169; 51, 74/87; BVerfGE 33, 171/190; vgl. zum Erfordernis der Praktikabilität auch BSG vom 29.9.1993 = BSGE 73, 131/141). Der Verfassungsgerichtshof hat nicht zu überprüfen, ob die durch die KVB gefundene Lösung die zweckmäßigste, vernünftigste und gerechteste ist, da er nicht seine eigenen Abwägungen und Überlegungen an die Stelle derjenigen des Normgebers setzen kann (ständige Rechtsprechung; vgl. VerfGH 56, 148/169).

aa) Budgetierungsbestimmungen sind ein geeignetes Mittel, um den gewünschten Erfolg zu erreichen (BVerfGE 33, 171/187). Bei der Beurteilung der Zwecktauglichkeit eines Mittels steht dem Normgeber ein weiter Beurteilungsspielraum zu (Meder, Die Verfassung des Freistaates Bayern, 4. Aufl. 1992, RdNr. 16 zu Art. 3). Die Budgetierung ärztlicher Leistungen begrenzt das Honorar der Vertragsärzte und wirkt so einer Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit entgegen. Sie eignet sich damit im Grundsatz, den Punktwert zu stabilisieren und gleichzeitig die Qualität der vertragsärztlichen Versorgung zu sichern (vgl. BVerfGE 33, 171/187).

Soweit der Antragsteller die Auffassung vertritt, die angegriffenen Regelungen seien wegen fehlender Eigenverantwortlichkeit der Patienten nicht geeignet, die Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung zu lösen, fordert er eine grundlegende Umgestaltung des bestehenden Systems. Dieses ist jedoch durch bundesrechtliche Regelungen (SGB I, IV und V), die der Kontrolle des Verfassungsgerichtshofs als Landesverfassungsgericht entzogen sind, vorgegeben. Da diese Vorgaben aus bundesverfassungsrechtlicher Sicht nicht in Zweifel zu ziehen sind, besteht keine Veranlassung für eine Vorlage an das Bundesverfassungsgericht nach Art. 100 Abs. 1 Satz 1 GG.

Der Antragsteller macht ferner geltend, die Annahme, dass Leistungsausweitungen zu Qualitätseinbußen führen würden, sei eine bloße Unterstellung; Missbräuche müssten im Einzelfall bekämpft werden. Auch diese Darlegungen vermögen die grundsätzliche Geeignetheit der Budgetierungsbestimmungen nicht infrage zu stellen. Zwar müssen Leistungsausweitungen bei einem überdurchschnittlich engagierten Arzt nicht zwangsläufig zu Qualitätseinbußen führen. Dem Normgeber ist es jedoch gestattet, sich bei seiner Regelung an den durchschnittlichen Gegebenheiten zu orientieren (VerfGH 56, 148/175 m. w. N.). Die Annahme, dass der wirtschaftliche Druck, die Tätigkeit auszudehnen, um das Honorarniveau zu halten, eine Gefahr für die Qualität der Tätigkeit in sich birgt, lässt sachfremde Erwägungen nicht erkennen. Dieser Gefahr soll durch die präventiven Regelungen der Honorarbegrenzung begegnet werden (vgl. BSG vom 13.3.2002 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 45; BSG vom 12.10.1994 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 8).

bb) Budgetierungsregelungen sind auch erforderlich, da sich keine andere gleich wirksame und weniger einschneidende Möglichkeit anbietet, eine Ausdehnung der Tätigkeit der Vertragsärzte zu verhindern und die Punktwerte zu stabilisieren, als eine Begrenzung der Einkünfte (vgl. BVerfGE 33, 171/187). Gerade auch der zu verzeichnende Anstieg der Fallzahlen (vgl. hierzu die Darstellung in BSG SozR 3-2500 § 85 Nr. 45) belegt die Notwendigkeit, im Honorarsystem der gesetzlichen Krankenversicherung die Anreize für eine Vermehrung der Behandlungsfälle zu verringern. Bei einem vollständigen Verzicht auf eine Mengensteuerung nach Abschaffung der Budgetierung auf Bundesebene hätte die Gefahr bestanden, dass die ärztliche Versorgung der Patienten wegen eines dann zu erwartenden allgemeinen Punktwertverfalls gefährdet worden wäre. Eine Mengensteuerung war daher erforderlich.

Bei der Ausgestaltung der Steuerungsmittel verfügt der Normgeber über einen weiten Spielraum. Dass die Honorarverteilung bei den fachärztlichen Internisten anders strukturierten Mengen- und Vergütungsbegrenzungen unterworfen wurde (vgl. unten VI. B.), vermag die Erforderlichkeit der für die Augenärzte geltenden Budgetierungsbestimmungen grundsätzlich nicht infrage zu stellen.

Nach Auffassung des Antragstellers könnten die Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung durch ein im Verhältnis zur Budgetierung milderer Mittel gelöst werden. Er fordert in diesem Zusammenhang die Einführung vertraglicher Beziehungen zwischen Arzt und Patient mit einem nachträglichen Erstattungsanspruch gegen die Krankenkasse. Damit begehrt er eine Umgestaltung des derzeitigen Systems der gesetzlichen Krankenversicherung, in dem Dienst- und Sachleistungen erbracht werden und den Vertragsärzten kein Vergütungsanspruch gegen den Patienten, sondern ein Honoraranspruch gegen die kassenärztliche Vereinigung als subjektiv-öffentliches Recht zusteht. Dieses traditionell gewachsene System ist, wie bereits dargelegt, bundesgesetzlich verankert (vgl. § 2 Abs. 2 Satz 1, § 13 Abs. 2 SGB V, § 18 Abs. 1 Nr. 2 BMVÄ) und damit einer Überprüfung durch den Verfassungsgerichtshof entzogen.

cc) Honorarbegrenzungen sind den betroffenen Vertragsärzten im Hinblick auf die Bedeutung einer ausgewogenen und qualitätsvollen medizinischen Versorgung der Versicherten auch zumutbar (vgl. VerfGH 51, 74/84 f.; BSGE 73, 131/138). Dass leistungsstarke Arztpraxen in krassem Missverhältnis zum angestrebten Zweck belastet würden, ist nicht ersichtlich (VerfGH vom 26.4.1984 = VerfGH 37, 43/48 m. w. N.). Zu berücksichtigen ist, dass eine Regelung, die nur einen speziellen Teilbereich der ärztlichen Berufsausübung betrifft und lediglich die übermäßige Ausdehnung dieser Tätigkeit durch das Mittel der Honorarverteilung verhindern will, keinen besonders schwerwiegenden Eingriff in die Berufsausübung der Ärzte darstellt. Es geht nicht primär um die Kürzung eines bestehenden Honoraranspruchs, sondern um die Verteilungsmodalitäten einer zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung im Rahmen eines öffentlich-rechtlichen Sozialsystems (BVerfGE 33, 171/184 f.). An diesem System nehmen die Vertragsärzte in Kenntnis der Vor- und Nachteile, insbesondere der begrenzten und wegen des Grundsatzes der Beitragsstabilität prinzipiell nicht vermehrbaren Gesamtvergütung, freiwillig teil (VerfGH 51, 74/90).

c) Die vom Antragsteller gegen einzelne Regelungen des HVM erhobenen Einwände vermögen eine Verletzung des Art. 101 BV ebenfalls nicht zu begründen.

aa) Soweit der Antragsteller – unter dem Gesichtspunkt des Art. 118 BV – die Bildung von Fachgruppentöpfen rügt, hat er die maßgeblichen Vorschriften des HVM (Abschnitt B Anlage 1 B Nr. 2 HVM) formal nicht angegriffen. Unabhängig davon beruht diese Aufteilung der Gesamtvergütung auf vernünftigen und sachgerechten Erwägungen des Gemeinwohls (vgl. VerfGH 51, 74/85). Die kassenärztlichen Vereinigungen sind grundsätzlich berechtigt, die Gesamtvergütung nach festen, arztgruppenbezogenen Kontingenten zu verteilen (vgl. BSGE 86, 16/24 f. m. w. N.; 73, 131/134). Eine fachgruppenbezogene Kontingentierung, die Anreize für eine medizinisch nicht indizierte Mengenausweitung begrenzen soll, stellt eine angemessene und zumutbare Berufsausübungsregelung dar. Nur so kann verhindert werden, dass die Verteilung der zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung zu Lasten einzelner Arztgruppen geht, die fachspezifisch bedingt keine oder eine nur eingeschränkte Möglichkeit der Mengenausweitung haben. Dass es durch die arztgruppenbezogene Kontingentierung zu einem nicht mehr zumutbaren Absinken des Punktwerts innerhalb der Facharztgruppe der Augenärzte gekommen wäre, ist nicht dargetan und auch nicht ersichtlich (vgl. hierzu unten VI. B. 2. c).

bb) Soweit die Ausführungen des Antragstellers im Zusammenhang mit der Punktwertabstaffelung dahingehend zu verstehen sein sollten, dass das augenärztliche Zusatzbudget in der konkreten Ausgestaltung durch den HVM, insbesondere aufgrund der Fallpunktzahl gemäß Anhang 4 HVM, eine unzumutbare Beeinträchtigung der Berufsfreiheit bedeute, ist Folgendes anzumerken:

Für Augenärzte gelten die Regelungen über Praxisbudgets nach Abschnitt B Anlage 1 Nr. 3.6.1 HVM; bestimmte Leistungen nach Anhang 3 HVM bleiben unbudgetiert. Die in das Budget fallenden Leistungen sind nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl abrechnungsfähig. Die Höhe des abrechnungsfähigen individuellen Praxisbudgets eines Arztes ergibt sich aus dem Produkt der im Anhang 2

HVM definierten Fallpunktzahl pro Behandlungsfall (549 bzw. 677) und der Zahl der Behandlungsfälle (Nr. 3.6.1.1 HVM).

Weiterhin kann ein Augenarzt gemäß Nr. 3.6.1.5 HVM auf Antrag ein bedarfsabhängiges Zusatzbudget für laserchirurgische Leistungen nach GOP 1364 und 1365 erhalten; die Höhe ergibt sich aus dem Produkt der im Anhang 4 HVM definierten Fallpunktzahl (24,32) und der Zahl der Behandlungsfälle. Das Zusatzbudget kann – wie beim Antragsteller geschehen – unter bestimmten Voraussetzungen erweitert werden (Fallpunktzahl 43,23). Auch die im Zusatzbudget enthaltenen Leistungen sind nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl abrechnungsfähig (Nr. 3.6.1.1 HVM). Wird das Zusatzbudget überschritten, kann gemäß Nr. 3.6.1.2 HVM eine Verrechnung mit dem Praxisbudget erfolgen, sofern dieses unterschritten wird.

Zur Berechnung der Fallpunktzahlen wurden die Punktzahlanforderungen für Leistungen des jeweiligen Zusatzbudgets der ersten beiden Quartale des Jahres 1996 durch die Gesamtzahl aller Behandlungsfälle der Ärzte, die budgetrelevante Leistungen erbringen, dividiert. Die Fallpunktzahl als wesentlicher Faktor für die Ermittlung der individuellen Zusatzbudgets spiegelt somit den durchschnittlichen tatsächlichen Bedarf dieser Ärzte für die budgetrelevanten Leistungen wider. Dass insoweit gegenüber den Verhältnissen im Jahr 1996 maßgebliche Änderungen eingetreten seien, wird vom Antragsteller nicht vorgebracht. Im Übrigen hat die KVB ausgeführt, über 95 % der Augenärzte, die Laserleistungen abrechnen, kämen mit dem ihnen zugeteilten Zusatzbudget aus. Damit wird belegt, dass die Zusatzbudgets in der Praxis meist auch ausreichend sind. Von einer unzumutbaren Beeinträchtigung der Berufsfreiheit durch das augenärztliche Zusatzbudget kann danach nicht ausgegangen werden.

Dem Rechenbeispiel in der Antragsschrift ist Folgendes entgegenzuhalten: Bei einer Spezialisierung auf Laserleistungen wird regelmäßig auch ein entsprechender Versorgungsbedarf vorhanden sein und damit eine Erweiterung des Zusatzbudgets in Betracht kommen. Bei der dann anzusetzenden Fallpunktzahl von

43,23 errechnet sich eine Vergütung, die Leistungen nach GOP 1364 in Höhe der vollen EBM-Punktzahl für ca. 40 Patienten umfasst, was angemessen und ausreichend erscheint. Zudem wird ein auf Laserleistungen spezialisierter Augenarzt notwendigerweise weniger Leistungen, die dem Praxisbudget zuzuordnen sind, erbringen und damit sein Praxisbudget nicht erschöpfen. Überschreitungen des Zusatzbudgets können jedoch mit dem Praxisbudget verrechnet werden, wenn dieses unterschritten wird.

Im Popularklageverfahren sind grundsätzlich nur die generalisierenden, auf den Regelfall abstellenden Bestimmungen als solche zu prüfen, nicht die spezielle Situation einzelner Normbetroffener (VerfGH 56, 148/175 m. w. N.). Die KVB hat im Übrigen dargelegt, dass bei den Augenärzten wegen geänderter Bestimmungen im Leistungsbereich Sehhilfen die Fallzahlen zwar um ca. 20 % zurückgegangen, gleichzeitig aber die Punktwerte um ca. 12 % gestiegen seien und auch der Honorarumsatz leicht zugenommen habe. Dies spricht gegen die Behauptung des Antragstellers, die Budgetierung habe sich in maßgeblicher und unzumutbarer Weise ausgewirkt.

cc) Der Antragsteller hält die in Anhang 4 HVM zu GOP 1365 vorgesehene Regelung für eine Punktwertabstaffelung. Anhang 4 HVM betrifft sowohl GOP 1364 als auch GOP 1365. Sofern der Antragsteller das Bewertungsverhältnis zwischen GOP 1364 (1100 Punkte) und GOP 1365 (600 Punkte) beanstanden will, ist dem Verfassungsgerichtshof eine Prüfung versagt, da dieses Verhältnis durch den EBM bundesrechtlich vorgegeben ist. Im Übrigen handelt es sich bei den im Anhang 4 HVM enthaltenen Fallpunktzahlen nicht um eine Punktwertabstaffelung.

§ 85 Abs. 4 Sätze 7 und 8 SGB V in der Fassung des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 sah für die Verteilung der Gesamtvergütung die Möglichkeit vor, vertragsärztliche Leistungen bis zu einem bestimmten Umfang (Regelleistungsvolumen) nach festen Punktwerten zu vergüten und bei Überschreiten des Regelleistungsvolumens den Punktwert abzustaffeln. Durch § 85 Abs. 4 Sätze 7 und 8 SGB V in der Fassung des GKV-Modernisierungsgesetzes wurde diese Rege-

lungsmöglichkeit als verbindlich vorgegeben; der gesetzgeberische Auftrag wurde jedoch in den angegriffenen Honorarverteilungsregelungen nicht umgesetzt.

Die aus dem EBM in den HVM übernommenen Regelungen über die Zusatzbudgets und die hierfür festgelegten Fallpunktzahlen stellen – ebenso wie die Bestimmungen zu den Praxisbudgets – keine Abstufungsregelungen im Sinn des § 85 Abs. 4 Sätze 7 und 8 SGB V dar, mag auch das wirtschaftliche Ergebnis ähnlich wie im Fall einer echten Punktwertabstufung sein. Laserchirurgische Leistungen nach GOP 1364 und 1365 des EBM unterliegen – wie bereits ausgeführt (VI. A. 3. c bb) – einer fallzahlabhängigen Budgetierung in einem Zusatzbudget gemäß Nr. 3.6.1.1 HVM in der Weise, dass die erbrachten Leistungen nur bis zu einer begrenzten Punktzahl abrechnungsfähig sind; überschießende Punktzahlanforderungen werden nicht vergütet. Die Regelung bedeutet also eine Begrenzung der abrechnungsfähigen Punktzahlen, nicht aber eine Abstufung der Punktwerte bei Überschreiten einer bestimmten Leistungsmenge. Rechtsgrundlage für die Übernahme der Budgetierungsregelungen in den HVM ist – wie ebenfalls bereits dargelegt (VI. A. 3. a) – § 85 Abs. 4 Sätze 1 bis 3, 6 SGB V. Eine Vorlage an das Bundesverfassungsgericht nach Art 100 Abs. 1 Satz 1 GG wegen der vom Antragsteller behaupteten Verfassungswidrigkeit des § 85 Abs. 4 Sätze 7 und 8 SGB V kommt daher mangels Entscheidungserheblichkeit von vornherein nicht in Betracht.

dd) Nicht von Bedeutung ist im Rahmen des Popularklageverfahrens, ob die KVB das individuelle Praxis- und Zusatzbudget des Antragstellers zutreffend festgesetzt und nach dem 1. Juli 2003 tatsächlich überprüft und angehoben hat. Es ist nicht Aufgabe des Verfassungsgerichtshofs, in einem Normenkontrollverfahren Einzelakte zu überprüfen. Insoweit besteht für den Antragsteller die Möglichkeit, die betreffenden Vorgänge von den Fachgerichten kontrollieren zu lassen (vgl. VerfGH 56, 148/160 m. w. N.).

B.

Ein Verstoß gegen Art. 118 Abs. 1 i. V. m. Art. 168 Abs. 1 BV liegt nicht vor.

1. Der Gleichheitssatz untersagt dem Normgeber, gleich liegende Sachverhalte, die aus der Natur der Sache und unter dem Gesichtspunkt der Gerechtigkeit eine gleichartige Regelung erfordern, ungleich zu behandeln. Dagegen ist wesentlich Ungleiches nach seiner Eigenart verschieden zu behandeln; beim Vorliegen wesentlicher Unterschiede ist sachgerecht zu differenzieren. Der Gleichheitssatz verlangt keine schematische Gleichbehandlung, sondern lässt Differenzierungen zu, die durch sachliche Erwägungen gerechtfertigt sind. Er verbietet Willkür. Es bleibt dem Ermessen des Normgebers überlassen zu entscheiden, in welcher Weise dem allgemeinen Gedanken der Angemessenheit, Billigkeit und Zweckmäßigkeit Rechnung zu tragen ist. Nur wenn die äußersten Grenzen des Ermessens überschritten sind, wenn für die getroffenen Regelungen jeder sachlich einleuchtende Grund fehlt, ist der Gleichheitssatz verletzt (ständige Rechtsprechung; vgl. VerfGH 56, 148/169; 51, 74/82; 50, 1/8; 42, 174/185).

Als eine Ausprägung und Konkretisierung des Gleichheitssatzes ist der vom Bundessozialgericht aus Art. 12 Abs. 1 und Art. 3 Abs. 1 GG entwickelte Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit zu verstehen, nach dem ärztliche Leistungen prinzipiell gleichmäßig zu vergüten sind (BSGE 73, 131/136; BSG vom 12.10.1994 = BSGE 75, 187/191). Der normsetzenden Körperschaft bleibt jedoch ein Spielraum für sachlich gerechtfertigte Abweichungen, die es ihr ermöglichen, ihrem Sicherstellungsauftrag und ihren sonstigen gesetzlichen Verpflichtungen gerecht zu werden (VerfGH 56, 148/168; BSG vom 7.2.1996 = BSGE 77, 288/292).

2. Soweit der HVM unterschiedliche Regelungen für die Honorierung augenärztlicher und internistischer Lasertherapeuten vorsieht, sind diese durch sachliche Erwägungen gerechtfertigt. Dass der Normgeber sein Ermessen überschritten hätte, ist nicht erkennbar.

a) Der Antragsteller behauptet zum einen nur pauschal, die Methode der Lasertherapie sowie die Anschaffungs- und Wartungskosten der medizinischen Gerätschaften seien in allen medizinischen Bereichen gleich. Zum anderen kann die grundsätzliche Bewertung ärztlicher Leistungen, also auch augenärztlicher (GOP 1364, 1365) und internistischer (GOP 775) Laserleistungen sowie der Voruntersuchungen, nicht Gegenstand der Prüfung durch den Verfassungsgerichtshof sein. Die Bewertung einer ärztlichen Leistung im Vergleich zu anderen ärztlichen Leistungen erfolgt bundeseinheitlich durch den EBM in der Form der Vergabe einer bestimmten Punktzahl und entzieht sich damit der Überprüfung des Verfassungsgerichtshofs. In diese Bewertung fließen die maßgeblichen Gesichtspunkte wie Arbeitsaufwand, Schwierigkeit, Qualifikationserfordernis sowie die Praxiskosten, zu denen auch die Aufwendungen für medizinische Geräte gehören, mit ein. Das Werteverhältnis ist für den Normgeber auf Landesebene bindend vorgegeben (BSGE 73, 131/134 ff. m. w. N.).

b) Eine Verletzung des Gleichheitssatzes durch die unterschiedliche Behandlung augenärztlicher und internistischer Laserleistungen bei der Honorarverteilung ist nicht feststellbar.

aa) Augenärzte und fachärztliche Internisten unterliegen unterschiedlich strukturierten Mengen- und Vergütungsbegrenzungen.

Für Augenärzte gelten die Regelungen über Praxis- und Zusatzbudgets; erbrachte Leistungen sind nur bis zu einer bestimmten Gesamtpunktzahl abrechenbar. Bestimmte Leistungen bleiben, wie bei allen Arztgruppen, unbudgetiert nach Anhang 3 HVM. Die Behauptung des Antragstellers, der augenärztliche Lasertherapeut könne seine Leistungen nur im Rahmen des Praxisbudgets abrechnen und werde mengenmäßig auf den Durchschnitt der keine Laserbehandlungen durchführenden Fachgruppe der Augenärzte gekürzt, ist so nicht zutreffend. Für laserchirurgische Leistungen erhält der Augenarzt bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen ein Zusatzbudget. Dass die Ausgangsleistungen, etwa die vom Antragsteller angeführte GOP 1251, dem Praxisbudget zugeordnet sind, erscheint sach-

lich gerechtfertigt und nachvollziehbar. Es handelt sich um eine grundsätzliche Leistung des Fachgebiets, nicht um eine hoch spezialisierte, die außerhalb des Regelspektrums der Augenärzte liegt.

Fachärztliche Internisten unterliegen, anders als hausärztliche Internisten, nicht den Regelungen über Praxis- oder Zusatzbudgets. Für sie gelten jedoch die Mengengrenzungen nach Abschnitt B Anlage 1 Nr. 3.6.3 und Anhang 5 HVM, die dem Praxisbudget nachgebildet sind. Anders als im EBM in der bis 30. Juni 2003 geltenden Fassung, in dem eine Mengengrenzung für fachärztliche Internisten nicht vorgesehen war, werden im HVM gemäß Nr. 3.6.3.1 i. V m. Anhang 5 – differenziert nach neun Untergruppen (acht Schwerpunktbereiche sowie fachärztliche Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung) – durchschnittliche Fallpunktzahlen für diejenigen Leistungen festgelegt, die bei budgetierten Arztgruppen in das Praxisbudget eingehen. Die jeweilige Fallpunktzahl des Anhangs 5 Spalten 1 und 2 HVM („grün“) multipliziert mit der Zahl der Behandlungsfälle ergibt eine Punktzahlgrenze; darüber hinausgehende Punktzahlanforderungen für diese Leistungen werden nicht vergütet. Diese Begrenzungsregelung ist in Struktur und Wirkungsweise den Regelungen über Praxisbudgets vergleichbar. Leistungen gemäß Anhang 3 HVM fallen, ähnlich wie bei den durch Praxisbudgets reglementierten Arztgruppen, nicht unter diese Begrenzung. Ferner sieht Nr. 3.6.3.2 HVM, wiederum differenziert nach Untergruppen, vor, dass für jeden Vertragsarzt pro Quartal ein bestimmtes Punktzahlvolumen ermittelt wird, für das ein nach Nr. 3.6.5 Absätze 3 und 4 HVM zu berechnender erhöhter Punktwert zu vergüten ist. Hierdurch soll eine wirtschaftliche Arbeitsweise gefördert werden. Dieses Punktzahlvolumen ermittelt sich durch Multiplikation der Fallpunktzahlen nach Anhang 5 Spalten 3 und 4 HVM („PZV“) mit den Behandlungsfällen des jeweiligen Quartals. Punktzahlanforderungen, die das jeweilige Punktzahlvolumen überschreiten, werden mit einem um 50 % niedrigeren Punktwert, also „abgestaffelt“, vergütet. Die Regelung in Nr. 3.6.3.2 HVM betrifft grundsätzlich alle Leistungen der fachärztlichen Internisten, damit auch die vom Antragsteller in den Vordergrund gestellte Laserleistung nach GOP 775 (Anhang 3 HVM). Die Behauptung des Antragstellers, die Abrechnung internistischer Laserleistungen sei nicht fallzahlabhängig, ist daher so nicht zutref-

fend. Ergänzend ist anzumerken, dass es sich bei der Verweisung in Nr. 3.6.3.2 Satz 2 HVM auf Anhang 2 offensichtlich um ein Schreibversehen handelt; richtig muss es Anhang 5 heißen.

Es ist nachvollziehbar, dass sich die Bestimmung von Praxis- und Zusatzbudgets nur für homogene Arztgruppen eignet, die in erheblichem Umfang Leistungen erbringen, die für die gesamte Arztgruppe repräsentativ sind und für die ausreichendes statistisches Material zur Berechnung eines Budgets zur Verfügung steht (vgl. BSGE 89, 259/262). Die KVB hat dargelegt, dass diese Voraussetzungen für die fachärztlichen Internisten wegen des hohen Grades an Spezialisierung nicht erfüllt sind. Die starke Spezialisierung innerhalb dieser Fachgruppe wird auch durch die Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer (in Anlehnung an die Musterweiterbildungsordnung des Deutschen Ärztetags) verdeutlicht, die berufsrechtlich die Untergliederung in Schwerpunktgebiete vorgibt. Angesichts dieser breit gefächerten Spezialisierung der fachärztlichen Internisten erscheint die Bildung von Praxisbudgets auf der Basis von Zahlen, die die gesamte Arztgruppe zutreffend repräsentieren, kaum möglich. Die für die fachärztlichen Internisten geltenden Regelungen beinhalten jedoch ebenfalls Mengenbegrenzungen, die der Förderung der Punktwertstabilität und damit der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung dienen. Dass sich der Normgeber insoweit für etwas anders strukturierte Begrenzungsregelungen entschieden hat, die aber letztlich den gleichen Zielen wie die Budgettierung dienen und in ihren Auswirkungen vergleichbar sind, ist sachlich vertretbar und angesichts des weiten Gestaltungsspielraums verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden.

Soweit der Antragsteller rügt, dass der internistische Lasertherapeut nicht der (einem Praxisbudget unterworfenen) Gruppe der hausärztlichen Internisten zugeordnet ist, ist ein Verstoß gegen Art. 118 Abs. 1 BV ebenfalls nicht ersichtlich. Die Unterscheidung zwischen hausärztlichen und fachärztlichen Internisten orientiert sich an § 73 SGB V. Es ist nachvollziehbar, dass für das Leistungsspektrum der hausärztlichen Internisten die Festlegung eines Praxisbudgets möglich ist. Die

Leistung nach GOP 775 darf in der hausärztlichen Versorgung nicht abgerechnet werden.

bb) Der Antragsteller beanstandet ferner, aus den Fallpunktzahlen in Anhang 2 und 4 HVM für Augenärzte und in Anhang 5 HVM für Gastroenterologen ergebe sich, dass der internistische Lasertherapeut in seiner beruflichen Tätigkeit viermal höher bewertet sei als der augenärztliche.

Die im Anhang 2 HVM einerseits und im Anhang 5 Spalten 3 und 4 HVM („PZV“) andererseits festgesetzten Fallpunktzahlen, auf die sich die Behauptung des Antragstellers rechnerisch nur beziehen kann, wurden auf der Basis der von den jeweiligen Arztgruppen erbrachten Leistungen berechnet, stellen also Durchschnittswerte des gesamten Leistungsspektrums dar. Sie spiegeln das tatsächliche Leistungsverhalten wider und beruhen nicht etwa auf fiktiven, vom Normgeber willkürlich festgesetzten Werten. Für laserchirurgische Leistungen der Augenärzte gelten grundsätzlich nicht die Fallpunktzahlen des Anhangs 2 HVM, vielmehr gilt die Fallpunktzahl des Anhangs 4 HVM (gegebenenfalls erweitert), die nicht mit den Zahlen des Anhangs 5 HVM verglichen werden kann. Denn die Fallpunktzahlen des Anhangs 5 HVM sind – sofern keine anderweitigen Vergütungsregelungen gelten – für alle ärztlichen Leistungen der fachärztlichen Internisten maßgeblich, nicht etwa nur für internistische Laserleistungen. Sie dienen ausschließlich der Berechnung des Punktzahlvolumens, für das der Arzt, unabhängig von der Art der erbrachten Leistungen, einen erhöhten Punktwert vergütet erhält. Die Regelung in Nr. 3.6.3.2 i. V. m. Anhang 5 Spalten 3 und 4 HVM beinhaltet eine interne Punktwertstützung zur Förderung einer wirtschaftlichen Arbeitsweise, dient somit ebenfalls der Mengenbegrenzung und Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung. Die Behauptung, der internistische Lasertherapeut sei viermal höher bewertet als der augenärztliche, ist daher so nicht zutreffend.

cc) Vor allem wendet sich der Antragsteller gegen die Einordnung der internistischen Laserleistung nach GOP 775 und der Leistungen für Voruntersuchungen

nach GOP 735 ff. als nicht budgetierte Leistungen im Anhang 3 des HVM im Gegensatz zu den augenärztlichen Laserleistungen nach GOP 1364 und 1365 und der Voruntersuchung nach GOP 1251, die durch Praxis- und Zusatzbudgets begrenzt sind (vgl. Anhang 4 HVM).

Auch in den Budgetierungsbestimmungen des EBM waren diese internistischen Leistungen nicht budgetiert; die KVB hat die bis zum 30. Juni 2003 bundesweit geltenden Regelungen insoweit unverändert übernommen. Von einer Budgetierung wird regelmäßig bei Leistungen abgesehen, die weniger häufig erbracht werden, aber unter Versorgungsgesichtspunkten einer besonderen Förderung bedürfen. Nach dem Vortrag der KVB handelt es sich insbesondere bei der Leistung nach GOP 775 um eine hoch spezialisierte gastroenterologische Laserleistung als Annexeistung zu einer ebenfalls nicht budgetierten endoskopischen Ausgangsleistung. Diese lasertherapeutische Leistung liege außerhalb des gastroenterologischen Kernbereichs und werde bayernweit von etwa 40 Arztpraxen pro Quartal nur 300mal erbracht. Die Leistungen nach GOP 1364 und 1365 seien dagegen zum Kernbereich der Augenheilkunde zu zählen und würden bayernweit pro Quartal von über 300 Arztpraxen ca. 6000mal erbracht. Eine besondere Förderung von laserchirurgischen Leistungen im Bereich der Augenheilkunde ist also zur Sicherstellung des Versorgungsbedarfs ganz offensichtlich nicht erforderlich. Die Zahlen belegen damit entgegen der Auffassung des Antragstellers hinreichend, dass, unabhängig von der punktemäßigen Bewertung im EBM, die unterschiedliche Behandlung im Rahmen der Honorarverteilung, insbesondere der Verzicht auf eine Mengenbegrenzung der Leistung nach GOP 775 und der Ausgangsleistungen, aufgrund sachlicher Gesichtspunkte erfolgt und daher verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden ist.

Zu berücksichtigen ist schließlich auch, dass die Einordnung einer Leistung in den Anhang 3 wegen des Systems der Gesamtvergütung keineswegs dazu führt, dass eine Leistung mengenmäßig unbegrenzt stets mit der Punktzahl nach dem EBM oder einem Punktwert in bestimmter Höhe vergütet wird, unabhängig davon, wie oft die Leistung von einem Arzt erbracht wird. Zum einen wird, wie dargestellt, ab

einer bestimmten Leistungsmenge nur noch zu einem niedrigeren Punktwert vergütet. Zum anderen hängt der Auszahlungspunktwert auch dann, wenn ein erhöhter Punktwert für das Punktzahlvolumen nach Nr. 3.6.3.2 HVM abgerechnet werden kann, von der Höhe der in diesem Honorarfonds zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung und der Menge aller abgerechneten Leistungen ab, verringert sich also bei unkontrollierter Mengensteigerung. Die Behauptung des Antragstellers, jeder Internist erhalte „gewissermaßen vorweg“ lasertherapeutische Leistungen unbegrenzt vergütet, ist daher so nicht zutreffend. Sein Einwand, der internistische Lasertherapeut könne jede Leistung nach GOP 775 mit 1000 Punkten abrechnen, ist irreführend. Auch der augenärztliche Lasertherapeut rechnet im Rahmen seiner Budgetierung die Leistungen nach GOP 1364 und 1365 grundsätzlich mit 1100 bzw. 600 Punkten ab. Bei wirtschaftlicher Betrachtungsweise sind beide Arztgruppen – wenn auch unterschiedlich aufgebauten – Mengen- und Vergütungsbegrenzungsregelungen unterworfen. Wegen der begrenzten Gesamtvergütungssumme ergibt sich in beiden Fällen ein bestimmter Auszahlungspunktwert, der nicht beliebig erhöht werden kann, sondern von den genannten Faktoren und ihrem Zusammenspiel abhängt.

dd) Auch die vom Antragsteller angeführten Auszahlungspunktwerte lassen nicht darauf schließen, dass augenärztliche und internistische Laserleistungen gleichheitssatzwidrig honoriert werden.

Der Gleichheitssatz ist in der Regel nicht bereits dann verletzt, wenn bestimmte Einzelleistungen innerhalb einer ärztlichen Fachgruppe anders honoriert werden als entsprechende Einzelleistungen einer anderen Fachgruppe. Abzustellen ist auf eine Gesamtbewertung der Leistungen der Facharztgruppe und den sich daraus ergebenden durchschnittlichen Auszahlungspunktwert, nicht auf einen sich rechnerisch für bestimmte Einzelleistungen ergebenden Wert (BSG vom 3.3.1999 = ArztR 2000, 24). Der tatsächliche durchschnittliche Auszahlungspunktwert hängt, wie dargestellt, von einer Vielzahl von Faktoren ab. Zu berücksichtigen ist auch, ob und in welchem Umfang innerhalb der jeweiligen Arztgruppen einzelne Leistungen mit fest vereinbarten Punktwerten vergütet werden. Entscheidend ist, dass

jeder Vertragsarzt insgesamt leistungsgerecht an der Gesamtvergütung partizipieren muss (BSG a. a. O.). Dass dies bei den Augenärzten nicht der Fall wäre, ist nicht dargetan und auch nicht ersichtlich. Die KVB hat vorgebracht, dass die Punktwerte der Augenärzte durchschnittlich um 15 % höher als bei den Internisten lägen, die Punktwertstützungsregelung des HVM nicht habe umgesetzt werden müssen und die niedrigeren Punktwerte der Internisten durch höhere Punktzahlen und Einzelleistungsvergütungen ausgeglichen würden. Da die vertragsärztliche Vergütung auf einer Mischkalkulation beruht, ist es nicht zu beanstanden, wenn bestimmte ärztliche Behandlungsbereiche innerhalb einer Fachgruppe nicht gleich rentabel sind oder abweichend von anderen Arztgruppen vergütet werden, solange die Versorgung nicht gefährdet wird (vgl. BSG a. a. O.).

Im Übrigen bestehen auch keine Anhaltspunkte dafür, dass es im Komplex augenärztlicher Laserleistungen zu einem starken Abweichen vom fiktiven Durchschnittspunktwert kommt. Es fehlt bereits an einer nachvollziehbaren Darlegung anhand repräsentativer Durchschnittszahlen, dass durch die unterschiedlichen Mengengrenzungsregelungen die durchschnittlichen Auszahlungspunktwerte maßgeblich voneinander abweichen.

c) Die Aufteilung der Gesamtvergütung auf Honorarfonds steht mit Art. 118 Abs. 1 BV im Einklang. Wie bereits unter VI. A. 3. c aa ausgeführt, ist es sachlich gerechtfertigt, das Risiko der Ausweitung der Leistungsmengen bei den Ärzten der jeweiligen Fachgruppe anzusiedeln. Eine Verletzung des Gleichheitssatzes und des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit durch die Bildung von Honorarfonds kann erst dann in Betracht kommen, wenn die vorgenommene Aufteilung dazu führt, dass der Punktwert bei einer Arztgruppe deutlich stärker abfällt als bei den sonstigen Gruppen. Der Punktwertabfall muss jedoch erheblich sein, nicht jede Punktwertdifferenz erfordert eine Korrektur. Das Bundessozialgericht sieht Anlass zum Eingreifen, wenn der Punktwert in einem Honorartopf um 15 % niedriger als der Durchschnitt liegt (vgl. BSG vom 9.9.1998 = BSGE 83, 1/5). In Abschnitt B Anlage 1 Nr. 5 HVM ist für diesen Fall eine Punktwertstützungsregelung verankert. Der HVM sieht daher ein ausreichendes Instrumentarium vor, das nach

dem Vortrag der KVB zugunsten der Augenärzte jedoch nicht umgesetzt werden musste.

C.

Die angegriffenen Bestimmungen des HVM sind mit dem in Art. 3 Abs. 1 Satz 1 BV verankerten Rechtsstaatsprinzip vereinbar.

1. Durch das zum 1. Januar 2004 in Kraft getretene GKV-Modernisierungsgesetz wurde § 85 Abs. 4 Sätze 7 und 8 SGB V neu gefasst. In Abänderung der bislang geltenden Sollvorschrift wurden mit Wirkung ab dem dritten Quartal 2004 (§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V) Regelleistungsvolumen als Grenzwerte, bis zu denen ärztliche Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind, verbindlich vorgegeben; bei Überschreiten der Grenzwerte ist eine Vergütung mit abgestaffelten Punktwerten vorzusehen. Die zur Umsetzung erforderlichen Kriterien hätte der Bewertungsausschuss gemäß § 85 Abs. 4 a Satz 1 SGB V bis zum 29. Februar 2004 bestimmen müssen. Diese Frist wurde jedoch, wie bereits unter VI. A. 2. dargelegt, nicht eingehalten. Die KVB hat daher den Gesetzesbefehl des § 85 Abs. 4 Sätze 7 und 8 SGB V im verfahrensgegenständlichen HVM nicht ausgeführt und sich damit in Widerspruch zu Vorgaben des Bundesgesetzgebers gesetzt.

Da Normen des Bundesrechts nicht zum Prüfungsmaßstab des Verfassungsgerichtshofs gehören, kommt unter diesem Aspekt nur ein Verstoß gegen das in Art. 3 Abs. 1 Satz 1 BV verankerte Rechtsstaatsprinzip in Betracht. Dabei ist zu beachten, dass nicht jeder formelle oder inhaltliche Verstoß einer landesrechtlichen Vorschrift gegen Bundesrecht zugleich als Verletzung der Bayerischen Verfassung anzusehen ist. Art. 3 Abs. 1 Satz 1 BV wäre vielmehr erst dann betroffen, wenn der bayerische Normgeber offensichtlich die Rechtsordnung des Bundes verletzen würde. Ein Verstoß gegen das Rechtsstaatsprinzip kann außerdem erst dann angenommen werden, wenn der Widerspruch zum Bundesrecht nicht nur offensichtlich zutage tritt, sondern auch inhaltlich nach seinem Gewicht als schwerwiegender, krasser Eingriff in die Rechtsordnung zu werten ist (VerfGH 56, 148/161; Ver-

fGH vom 25.1.2006). Es ist nicht Aufgabe des Verfassungsgerichtshofs, gleichsam ein einfachrechtliches Normenkontrollverfahren im Sinn des § 47 VwGO durchzuführen (VerfGH vom 28.6.1988 = VerfGH 41, 59/65; VerfGH vom 13.7.1988 = VerfGH 41, 69/74).

Ein Verstoß gegen das Rechtsstaatsprinzip ist jedoch nicht feststellbar, da der Widerspruch zu den bundesgesetzlichen Vorgaben in § 85 Abs. 4 Sätze 7 und 8 SGB V inhaltlich nach seinem Gewicht nicht als schwerwiegender Eingriff in die Rechtsordnung zu werten ist. Zum einen wurde die Umsetzung durch Verzögerungen auf Bundesebene erschwert. Durch die Fortführung und Anpassung der Budgetierungsregelungen schafft der HVM zum anderen ein Steuerungsinstrument, das in seinen Auswirkungen mit den Regelungen in § 85 Abs. 4 Sätze 7 und 8 SGB V vergleichbar ist. Auch die Budgetierungsregelungen dienen dem Ziel, Mengenausweitungen zu verhindern und dem Punktwertverfall entgegenzuwirken. Dass für einen Übergangszeitraum auf eine exakte Umsetzung der bundesgesetzlichen Vorgaben verzichtet wurde, ist deshalb unter rechtsstaatlichen Gesichtspunkten nicht zu beanstanden.

2. Es besteht bei der Honorarverteilung auch keine gesetzliche Bindung an den EBM dergestalt, dass dessen (aktuell gültige) Regelungen eins zu eins, also ohne die abgeschafften Budgetierungsbestimmungen, als Verteilungsmaßstab übernommen werden müssten. Auch unter diesem Aspekt könnte allenfalls ein Verstoß gegen das Rechtsstaatsprinzip in Betracht kommen. Es ist jedoch bereits kein Wertungswiderspruch zu bundesrechtlichen Vorgaben erkennbar. Gemäß § 85 Abs. 4 Satz 3 Halbsatz 1 SGB V sind zwar bei der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistungen des Vertragsarztes zugrunde zu legen. Die Verteilung der Gesamtvergütung muss jedoch nicht nach denselben Kriterien vorgenommen werden wie ihre Festsetzung. Art und Umfang der ärztlichen Leistungen stellen nicht das alleinige Verteilungskriterium dar. In die Honorarverteilung können außer den Bewertungskriterien des EBM zusätzliche Gesichtspunkte mit einfließen, auch wenn dadurch im Ergebnis von den Bewertungen des EBM insoweit abgewichen wird, als sich eine unterschiedliche Honorierung gleich bewerte-

ter Leistungen ergibt. Bei der Honorarverteilung darf nur nicht das durch den EBM normativ festgelegte wertmäßige Verhältnis der ärztlichen Leistungen zueinander im Weg einer Bewertungskorrektur verändert werden (vgl. BSGE 73, 131/134 ff. m. w. N.). Das ist hier nicht der Fall.

VII.

Das Verfahren ist kostenfrei (Art. 27 Abs. 1 Satz 1 VfGHG).