

L 12 KA 89/03

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 22 KA 338/02
Datum
19.03.2003
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 12 KA 89/03
Datum
27.10.2004
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 19. März 2003 wird zurückgewiesen.

II. Der Kläger hat der Beklagten auch die außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten sowie die Gerichtskosten zu tragen.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger wendet sich gegen die Honorarverteilung im Quartal 2/99.

Der Kläger ist seit März 1997 als Facharzt für Allgemeinmedizin mit den Zusatzbezeichnungen "Chirotherapie, Sportmedizin und Betriebsmedizin" in H. niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Die Beklagte hat mit Honorarbescheid vom 17. November 1999 das Honorar des Klägers im Quartal 2/99 auf DM 120.102,72 festgesetzt. Dem Honorarbescheid liegen die Berechnungen des Praxisbudgets und der Zusatzbudgets sowie über die Begrenzung der ambulanten Fallzahl für das Quartal 2/99 bei. Hiergegen richtet sich der Widerspruch des Klägers vom 10. Dezember 1999. Wie aus der Entwicklung der Scheinzahl zu ersehen sei, habe sich der Anteil an Scheinen seit der Praxisübernahme im Monat März 1997 von ca. 500 kontinuierlich hin zu einer Scheinzahl von 1.300 Scheinen entwickelt. Die Praxis sei von der Größe her immer noch am Wachsen. Nach seiner Einschätzung könne kein vorheriges Quartal als repräsentatives Vergleichsquartal herangezogen werden. Er bitte um Gewährung einer Ausnahmeregelung im Sinne einer Anfängerregelung. Der Widerspruch des Klägers wurde durch Schriftsatz der zwischenzeitlich bestellten Prozessbevollmächtigten vom 26. November 2001 näher begründet. Der Honorarbescheid sei rechtswidrig, da er auf einem mit höherrangigem Recht nicht zu vereinbarenden HVM beruhe. Das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit sei verletzt, da der zugrundeliegende HVM keinen Sonder- bzw. Ausnahmetatbestand vorsehe. Die Anlagen 1 und 2 zum HVM der Beklagten würden seit 01. April 1999 eine Reihe von Begrenzungsmaßnahmen vorsehen. Angesichts der Vielzahl der möglichen Praxiskonstellationen sei es bei Erlass des HVM nicht möglich gewesen, alle besonderen Situationen entsprechend zu normieren. Gerade bei der Festschreibung der Fallzahlen auf das entsprechende Quartal aus dem Jahre 1997 hätte berücksichtigt werden müssen, dass ein Anstieg der Fallzahl nicht in jedem Fall durch die betroffene Praxis beeinflusst werden könne (Hinweis auf Urteil des Bundessozialgerichts vom 21. Oktober 1998 - Az.: [B 6 KA 67/97 R](#)). Die Praxis des Klägers weise eine besondere Praxisstruktur auf, die bei der Berechnung der Fallzahlbegrenzung hätte berücksichtigt werden müssen. Die Einwohnerzahl habe sich im Einzugsbereich der Praxis des Klägers (Gemeinden K. , F. , A. , P. , F.) vom 01. Januar 1997 bis zum 01. Januar 1999 um 1.270 gesteigert, was einer Zuwachsrate von 7,52 % entspreche. Der Kläger habe sich zudem erst im Quartal 2/97 neu niedergelassen. Das für die Fallzahlbegrenzung herangezogene Vergleichsquartal 2/97 sei damit sein erstes Abrechnungsquartal gewesen. Er habe die Praxis von einem erkrankten Kollegen übernommen, so dass die Fallzahlen zum Übernahmezeitpunkt nicht dem Stand entsprochen hätten, der bei einer normalen Praxisführung anfallte. Die Aufbauphase sei auch im Abrechnungsquartal 2/99 noch nicht abgeschlossen gewesen. Diese werde auch vom Bundessozialgericht auf drei bis fünf Jahre geschätzt. Für den Kläger gelte nach den Anlagen 1 und 2 zum HVM wie für alle anderen auch, dass seine eigenen Fallzahlen oder wahlweise der Fachgruppendurchschnitt, falls dieser höher sei, herangezogen würden. Diese Regelung sei nicht ausreichend, um der besonderen Situation der Aufbaupraxis des Klägers gerecht zu werden. Der Fallzahldurchschnitt der Fachgruppe sei für den Kläger nicht heranziehbar, weil dieser von seiner Fachgruppe wesentlich unterschiedliche Leistungen anbiete. Er führe zum einen die Zusatzbezeichnungen "Chirotherapie" und "Sportmedizin" und erbringe in erhöhtem Umfang orthopädische und chirotherapeutische Leistungen, welche von der Fachgruppe nicht abgerechnet würden. Zum anderen sei der Kläger als Betriebsmediziner tätig und führe desweiteren die Zusatzbezeichnung "Flugmedizin". All dies zeige, dass in der Praxis des Klägers eine Sondersituation vorliege, welche eine Begrenzung der ambulanten Fallzahl nicht rechtfertige.

Die Beklagte hat mit Widerspruchsbescheid vom 26. April 2002 den Widerspruch des Klägers zurückgewiesen. In dem Bescheid werden

zunächst ausführlich die einschlägigen Regelungen im Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten dargestellt. Sodann heißt es, dass die nochmalige Durchsicht des Honorarbescheides keine formalen oder inhaltlichen Fehler ergeben hätte. Der ergangene Honorarbescheid entspreche den für das Quartal 2/99 gültigen Bestimmungen im HVM und sei damit rechtmäßig. Hiergegen richtet sich die Klage des Klägers vom 28. Februar 2002 zum Sozialgericht München, die mit Schriftsatz vom 06. Juni 2002 näher begründet wurde. Der Klageschriftsatz ist nahezu identisch mit dem Schriftsatz der Klägerbevollmächtigten im Widerspruchsverfahren. Ergänzend wird auf ein HNO-spezifisches Klientel hingewiesen, was sich insbesondere an den Leistungen nach den Nrn.1410, 1500 und 1555 EMB-Ä zeige. Der Kläger habe durch die rechtswidrige Begrenzung seiner Fallzahl einen Verlust in Höhe von DM 2.393,40 hinnehmen müssen. Die Beklagte hat hierzu mit Schriftsatz vom 17. Februar 2003 Stellung genommen, der allerdings im wesentlichen das Quartal 3/99 betrifft. Anhand des HVM der KV Nordrhein könne festgestellt werden, dass das Bundessozialgericht einen HVM für rechtmäßig erklärt habe, der hinsichtlich der Fallzahlbegrenzung wesentlich restriktiver sei als der HVM der KV Bayerns. Die Folge der flankierenden Maßnahmen zur Absicherung der Wirkung der Praxisbudgets seien höhere Punktwerte. Ohne die Kürzungsregelung gem. Ziff.3.9.1 der Anlagen 1 und 2 zum HVM der Beklagten wären erheblich mehr Punkte aus dem Honorarfonds der Hausärzte zu honorieren gewesen, so dass der allgemeine Punktwert dieser Arztgruppe erheblich niedriger gelegen hätte.

Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 19. März 2003 unter anderem die Klage mit dem Az.: [S 22 KA 338/02](#) zum Quartal 2/99 abgewiesen. Der angefochtene Honorarbescheid vom 16. November 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Februar 2002 entspreche der Sach- und Rechtslage und sei nicht zu beanstanden. Der ab 01. April 1999 gültige HVM der Beklagten enthalte in Abschnitt B, Anlage 1, Nr.3.9.1.3, 1. Absatz eine Bestimmung, die die besondere Situation des Klägers regele. In dieser Bestimmung, die dem Inhalt nach eine Härtefallregelung darstelle, finde eine Fallzahlminderung nur bis zur Höhe des Fachgruppendurchschnitts im Vergleichsquartal statt, wenn der individuelle Schwellenwert unter dem Fachgruppendurchschnitt des Vergleichs Quartals 1997 bzw. des Vergleichs Quartals des vorletzten Kalenderjahres liege. Dies sei im Falle des Klägers auch gegeben. Ein Anspruch darauf, dass der individuelle Schwellenwert der Praxis des Klägers in den Quartalen 2/97, 1/98 und 2/98 über dem Fachgruppendurchschnitt der Arztgruppe festgelegt werde, bestehe nicht. Eine Härtefallregelung, die den Kläger mit dem Fachgruppendurchschnitt einer Arztgruppe gleichstelle, sei ausreichend. Hinzu komme, dass die Differenz des individuellen Schwellenwertes der Praxis zum Fachgruppendurchschnitt der Arztgruppe im Quartal 2/97 -11,18 %, im Quartal 1/98 +6,03 % und im Quartal 2/98 +19,24 % betragen habe. Auch weiche der Kläger mit seinen orthopädischen und chirotherapeutischen sowie HNO-Leistungen nicht so stark vom Fachgruppendurchschnitt ab, dass dieser eine Sonder- oder Ausnahmeregelung erhalten müsste. Zudem weise der Planungsbereich München-Land bei den Allgemeinärzten/Praktischen Ärzten, den HNO-Ärzten und den Orthopäden permanent einen Versorgungsgrad auf, der zu Zulassungssperren führe. Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers zum Bayer. Landessozialgericht vom 13. Juni 2003, die mit Schriftsatz vom 14. November 2003 näher begründet wurde. Die Bestimmungen nach Teil B, Ziff.3.9.1 ff. der Anlagen 1 und 2 des HVM würden nicht im Einklang mit höherrangigem Recht stehen, weil keine bestimmte prozentuale Steigerung der Fallzahlen zugelassen werde und die Vorhersehbarkeit für den einzelnen Arzt nicht gegeben sei. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts müsse dem Arzt die Möglichkeit einer gewissen, kontinuierlichen Fallzahlsteigerung durch Einräumen einer prozentualen Steigerungsrate gewährt werden (BSG, Urteil vom 13. März 2002, [B 6 KA 48/00 R](#)). Dies sei im vorliegenden Fall nicht gewährleistet. Die Steigerungsmöglichkeit knüpfe vielmehr an einen Korrekturfaktor an, der mit der Steigerung in der Arztgruppe verknüpft sei. Das Kriterium, dass im gesamten KV-Bezirk eine Steigerung gegeben sein müsse und nicht nur in einer Arztgruppe, werde gar nicht berücksichtigt. Der herangezogene Korrekturfaktor sei zudem für den Arzt nicht nachvollziehbar. Er könne zum Abrechnungszeitpunkt nicht überblicken, in welcher Höhe eine Fallzahlsteigerung zugestanden werde. Auch dies werde in dem zitierten Urteil des BSG vom 13. März 2003 beanstandet. Im Übrigen entspricht der Schriftsatz der Klägerbevollmächtigten den schon im Widerspruchs- und Klageverfahren eingereichten Schriftsätzen.

Die Beklagte hat auf Anforderung des Senats noch die Häufigkeitsstatistik sowie eine Übersicht über die Durchschnittsumsätze der Allgemeinärzte insgesamt in Bayern bzw. in der Bezirksstelle München Stadt und Land und des Klägers im Quartal 2/99 übersandt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 19. März 2003 hinsichtlich des Az.: [S 22 KA 338/02](#) (Quartal 2/99) sowie den Honorarbescheid der Beklagten vom 16. November 1999 für das Quartal 2/99 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Februar 2002 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, den Kläger hinsichtlich seines Honoraranspruches für das Quartal 2/99 erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu verbescheiden.

Die Beklagte stellt den Antrag,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 21. Oktober 2004 darauf hingewiesen, dass für unterdurchschnittliche Praxen, Praxisneugründungen sowie Praxisübernahmen in Ziff.3.9.1.3 (3.6.1.3) der Anlagen 1 und 2 des HVM ausdrücklich normierte Härtefallregelungen bestehen würden. Als Schwellenwert des Arztes bei der Übernahme einer vertragsärztlichen Praxis, wie vorliegend, würden die Werte des Praxisvorgängers bzw. der Durchschnitt in der Fachgruppe, falls dieser höher sei, herangezogen. Eine Fallzahlbegrenzung beim einzelnen Arzt setze daher erst oberhalb des Durchschnitts der Fachgruppe ein. Die Regelung erlaube auch dem Kläger eine erhebliche und nachhaltige Steigerung der Fallzahlen. So habe der Kläger im Quartal 2/97 insgesamt 691 Fälle abgerechnet, im Quartal 2/99 schon 1240. Da nur 34 Fälle gekürzt worden seien, sei insgesamt eine Steigerung auf 1206 Fälle vergütet worden. Es lägen beim Kläger auch ansonsten keine besonderen Umstände vor, die die Fallzahlzuwachsbeschränkung als unbillig erscheinen lassen würden. Soweit der Kläger geltend mache, die gestiegenen Fallzahlen seien auf Neubaugebiete im Einzugsbereich zurückzuführen, könne dies keinen Härtefall begründen, da der Planungsbereich München Stadt und Land mit einem Versorgungsgrad von 119,8 % permanent gesperrt gewesen sei.

Dem Senat liegen die Akte der Beklagten, die Klageakte des Sozialgerichts München mit dem Az.: [S 22 KA 338/02](#) und die Berufungsakte des Bayer. Landessozialgericht mit dem Az.: [L 12 KA 89/03](#) zur Entscheidung vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren sonstigen Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte sowie gem. [§ 151 Abs.1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist nicht begründet.

Die Beklagte hat das Honorar des Klägers für das Quartal 2/99 mit Honorarbescheid vom 16. November 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Februar 2002 in rechtlich nicht zu beanstandender Weise auf DM 120.102,72 festgesetzt. Das Sozialgericht München hat deshalb mit dem angefochtenen Urteil vom 19. März 2003 unter anderem die Klage des Klägers mit dem Az.: [S 22 KA 338/02](#) zu Recht abgewiesen. Der angefochtene Honorarbescheid vom 16. November 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Februar 2002 verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Er beruht auf den Vorschriften der Anlage 1 (Honorarverteilung Regionalkassen) Nr.3.9.2 ff. zum HVM in der Fassung des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 20. Februar 1999 (gültig ab 01. April 1999) bzw. im Bereich der Ersatzkassen auf der Anlage 2 zum HVM, die wiederum auf Anlage 1 Bezug nimmt. Danach (Nr.3.9.1.1) unterliegt unter anderem die Arztgruppe der Allgemeinärzte einer Begrenzung der ambulanten Fallzahl. Die Gesamtfallzahl a) GKV einer jeden in Satz 1 genannten Arztgruppe (also auch der Allgemeinärzte) bzw. b) Regionalkassen einer jeder in Satz 1 genannten Arztgruppe wird dabei im Abrechnungsquartal (hier Quartal 2/99) verglichen mit der jeweiligen Gesamtfallzahl entsprechend den Buchstaben a) und b) des entsprechenden Quartals 1997, erhöht um die durch den seither erfolgten Arztzahlzuwachs bedingte Fallzahlmehrerung. Die Fallzahlmehrerung wird ermittelt, indem die Durchschnittsfallzahl jeder Arztgruppe im entsprechenden Quartal 1997 gebildet wird und sodann mit der Differenz der Arztzahl zwischen Abrechnungsquartal und entsprechendem Quartal 1997 multipliziert wird. Die Summe der so ermittelten Fallzahlen einer jeden Arztgruppe ergibt die durch den Arztzahlzuwachs bedingte Fallzahlmehrerung einer jeden Arztgruppe. Die Gesamtfallzahl nach Satz 2 der Nr.3.9.1.1 ergibt sich als Summe aller ambulant/kurativen Behandlungsfälle, ohne die Behandlungsfälle des organisierten kassenärztlichen Notfall-/Notarzdienstes und der genehmigungspflichtigen Psychotherapie. Werden für eine Arztgruppe alle in Ziff.3.9.1.1 definierten Grenzen a) und b) der Gesamtfallzahl überschritten, wird für die Gesamtfallzahl GKV eines jeden Arztes ein Schwellenwert ermittelt (Schwellenwert des Arztes). Dieser errechnet sich aus der Gesamtfallzahl GKV des Arztes im entsprechenden Quartal 1997. Überschreitet die Gesamtfallzahl GKV des Arztes die in Satz 2 definierte Grenze, wird für die Gesamtfallzahl Regionalkassen des Arztes ein Schwellenwert (individueller Schwellenwert des Arztes) ermittelt. Dieser errechnet sich aus der Gesamtfallzahl Regionalkassen im entsprechenden Quartal 1997. Die Schwellenwertüberschreitung der Arztgruppe wird mit der Summe aller individuellen Schwellenwertüberschreitungen in der Gruppe verglichen. Der Korrekturfaktor je Arztgruppe wird als Quotient aus der Überschreitung der Arztgruppe und der Summe aller individuellen Schwellenwertüberschreitungen ermittelt. Bei dem Arzt, der den individuellen Schwellenwert überschreitet, wird seine Überschreitung mit dem Korrekturfaktor multipliziert. Um den sich hieraus ergebenden Wert ist die Fallzahl des Arztes zu verringern. Die anerkannte Punktesumme des Arztes wird entsprechend der Fallzahlverringereung reduziert (vgl. im einzelnen Ziff.3.9.1.2). Gemäß Ziff.3.9.1.3 gilt abweichend von Ziff.3.9.1.2 folgende Regelung: Liegt der individuelle Schwellenwert des Vertragsarztes unter dem Fachgruppendurchschnitt des Vergleichs quartals 1997, findet eine Fallzahlverringereung nur bis zur Höhe des Fachgruppendurchschnitts im Vergleichs quartal statt. Ärzte, die erstmals nach dem Vergleichs quartal zugelassen wurden, erhalten den Fachgruppendurchschnitt des Vergleichs quartals 1997 als individuellen Schwellenwert.

Die genannten Regelungen über Honorarbeschränkungen als Folge von Fallzahlzuwachsbeschränkungen der Anlagen 1 und 2 des HVM unter Ziff.3.9.1 ff. finden ihre Rechtsgrundlage in [§ 85 Abs.4 Satz 1 bis 3 SGB V](#) in der bis zum 31. Dezember 1999 geltenden Fassung des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) vom 20. Dezember 1988 ([BGBl. I S.2477](#), geändert durch Gesetz vom 22. Dezember 1999, [BGBl. I S.2626](#)) i.V.m. der Ziff.5 der Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) zur Einführung von Praxisbudgets zum 01. Juli 1997 (DÄ 1997, A-403). Nach [§ 85 Abs.4 Satz 1 bis 3 SGB V](#) haben die KÄVen die Gesamtvergütung nach Maßgabe des im Benehmen mit den Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstabes an die Vertragsärzte zu verteilen; bei der Verteilung sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zugrunde zu legen. Bei der Ausgestaltung des HVM hat die KÄV einen Gestaltungsspielraum, weil die Honorarverteilung eine in der Rechtsform einer Satzung ergehende Maßnahme der Selbstverwaltung ist. Die von der KÄV beschlossene Satzung muss mit der Ermächtigungsgrundlage in Einklang stehen und insbesondere das in [§ 85 Abs.4 Satz 3 SGB V](#) angesprochene Gebot der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars beachten. Die genannten Regelungen des HVM können mit diesem Gebot in Konflikt geraten, weil die Honorarkürzung bei Überschreitung des individuellen Schwellenwertes zur Folge hat, dass sich das Honorar vermindert, obwohl auch die Leistungen in den Behandlungsfällen, die über die zugelassene Fallzahlsteigerung hinausgehen, der Leistungsbeschreibung im EBM-Ä entsprechend erbracht worden sind. Das Gebot der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars ist jedoch nicht mehr als ein Grundsatz, der eingeschränkt werden darf, wenn die KÄV damit andere billigenwerte Zwecke verfolgt. Solche anerkanntenswerten Zielsetzungen können sich aus der Verpflichtung der KÄV zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in ihrem Bereich, aus Regelungen des EBM-Ä zur Honorarverteilung oder aus den zur Umsetzung des EBM-Ä getroffenen Vereinbarungen der Partner der Bundesmantelverträge (BMV-Ä), hier der Vereinbarung zur Einführung von Praxisbudgets zum 01. Juli 1997, ergeben. Nach der Ziff. b) der Praxisbudgetvereinbarung haben die KÄVen die Möglichkeiten der Vertragsärzte, ihre Fallzahlen zu steigern, durch Mittel der Honorarverteilung zu begrenzen. Die in Ziff.5 der Praxisbudgetvereinbarung geregelte Begrenzung des Fallzahlzuwachses ist rechtmäßig (vgl. zum Vorgenannten insgesamt eingehend mit zahlreichen Nachweisen u.a. Urteil des BSG vom 13. März 2002, [B 6 KA 1/01 R = SozR 3-2500 § 85 Nr.45](#)). Sie verpflichtet die KÄVen, die Fallzahlentwicklung zu überprüfen und medizinisch nicht begründeten Fallzahlsteigerungen entgegenzuwirken. Zu diesem Zweck ist auch ein Vergleich der Zahl der vom einzelnen Arzt abgerechneten Fälle vor und nach der Einführung der Budgets durchzuführen. Steigt im Bezirk einer KÄV die Fallzahl gegenüber dem Vergleichs quartal des Vorjahres um mehr als 5 %, hat die KÄV Maßnahmen zu ergreifen, die dazu dienen, eine Punktwertminderung, die von einer mehr als 5 %-igen Fallzahlsteigerung hervorgerufen wird, zu verhindern. Aber auch Fallzahlsteigerungen unterhalb der 5 %-Grenze erlauben der KÄV Fallzahlbegrenzungen einzuführen (vgl. BSG, Urteil vom 13. März 2002, [B 6 KA 48/00 R = SozR 3-2500 § 85 Nr.44](#)). Als zu ergreifende Maßnahme kommt vorrangig eine Regelung zur Begrenzung des zulässigen Fallzahlzuwachses in Betracht. Sie stellt sich als notwendige flankierende Maßnahme zur Absicherung der Wirkung der Praxisbudgets dar. Die Zahl der im Quartal abgerechneten Behandlungsfälle ist nämlich der variable Faktor bei der Bildung der Praxisbudgets. Könnte die Fallzahl beliebig gesteigert werden, bestünde trotz der Limitierung der pro Behandlungsfall rechnerisch abgerechneten Punkte die Möglichkeit, deren Menge unbegrenzt zu vermehren.

Auf der Grundlage der dargestellten Honorarverteilungsregelungen kommt es beim Kläger im Quartal 2/99 zu einer Fallzahlzuwachsbeschränkung von 34 Fällen im Ersatzkassenbereich und als Folge davon zu einer Kürzung des Leistungsbedarfs des Klägers in Höhe von 25.220,2 Punkten (= 1.223,72 Euro bzw. 2.393,40 DM - 25.220,2 Punkte x Punktwert EK in Höhe von 9,49 Dpf.). Dieses Ergebnis ergibt sich daraus, dass der Kläger im Ersatzkassenbereich im Bezugsquartal 2/97 346 Behandlungsfälle zur Abrechnung gebracht hat, die als Schwellenwert heranzuziehen waren (vgl. Ziff. 3.9.1.2), weil der seit März 1997 zugelassene Kläger im Ersatzkassenbereich mit dieser Behandlungszahl bereits deutlich über dem Fallzahldurchschnitt der Fachgruppe im Quartal 2/97 mit 234 Behandlungsfällen lag. Im

Primärkassenbereich lag der Kläger im Quartal 2/97 dagegen mit 345 Behandlungsfällen deutlich unter dem Fallzahldurchschnitt der Fachgruppe mit 544 Behandlungsfällen, weswegen letzterer Wert als Schwellenwert heranzuziehen war bzw. eine Fallzahlverringerung nur bis zur Höhe des Fachgruppendurchschnitts im Vergleichsquartal stattfindet. (vgl. Ziff. 3.9.1.2). Mit den im Ersatzkassenbereich bzw. im Primärkassenbereich im Quartal 2/99 abgerechneten 695 bzw. 545 Behandlungsfällen überschreitet der Kläger die Schwellenwerte um 349 Behandlungsfälle im Ersatzkassenbereich bzw. 1 Behandlungsfälle im Primärkassenbereich. Die Multiplikation mit dem sog. Korrekturfaktor von 0,0977 (EK) bzw. 0,1555 (PK) führt dazu, dass im Ersatzkassenbereich lediglich 34 Behandlungsfälle und im Primärkassenbereich überhaupt kein Behandlungsfall "gekürzt" wird. Wenn man im Quartal 2/99 von den tatsächlich behandelten 1.240 Fällen (EK 695 und RK 545) die tatsächlich gekürzten Fälle (EK: 34 und PK: 0) in Abzug bringt, verbleiben 1.206 Behandlungsfälle - ohne Notfälle -, mit denen der Kläger gegenüber dem Bezugsquartal 2/97 immer noch eine Steigerung um +74,53 % aufweist (Ersatzkassenbereich +91,04 % und Primärkassenbereich +57,97 %). Damit liegt der Kläger zugleich auch um 8,26 % über der ungekürzten durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe im Quartal 2/99. Die dargestellten Regelungen des HVM gewährleisten also, dass der Kläger trotz Praxisübernahme und Praxisbeginn im März 1997 sich innerhalb von zwei Jahren zu einer Praxis mit deutlich überdurchschnittlicher Fallzahl entwickeln konnte. Maßgeblich hierfür ist insbesondere der bereits näher beschriebene Korrekturfaktor gemäß Ziff.3.9.1.2, der der Quotient aus den Mehrfällen der Arztgruppe und der Summe aller individuellen Schwellenwertüberschreitungen in dieser Arztgruppe ist. Die Wirkung dieses Korrekturfaktors besteht tendenziell darin, dass je mehr die Schwellenwertüberschreitung bei bestimmten Ärzten durch einen Fallzahlrückgang bei anderen Ärzten innerhalb der Fachgruppe ausgeglichen werden, der Wert des Quotienten (= Korrekturfaktor) gegen 0 geht und die Begrenzung des Fallzuwachses umso geringer ausfällt. Im entgegengesetzten, allerdings rein theoretischen Extremfall - den Schwellenwertüberschreitungen von Ärzten steht keinerlei Fallzahlrückgang bei anderen Ärzten gegenüber - entspricht der Fallzahlzuwachs der Fachgruppe insgesamt der Summe der individuellen Schwellenwertüberschreitungen und der Wert des Quotienten bzw. der Korrekturfaktor läge bei 1 und es käme damit zu keiner Korrektur, sondern zu einer vollen Kürzung der individuellen Schwellenwertüberschreitung. Vor diesem Hintergrund ist Ziel und Zweck des Korrekturfaktors erkennbar darin zu sehen, Wanderbewegungen und Wettbewerb innerhalb der Fachgruppe durch Fallzahlbegrenzungsregelungen wenig zu beeinträchtigen, während eine hohe Fallzahlsteigerung der Fachgruppe insgesamt als medizinisch nicht begründbar angesehen wird und deshalb der Fallzahlzuwachs deutlich begrenzt wird. Vorliegend ist festzustellen, dass der Korrekturfaktor sowohl im Ersatzkassenbereich (0,0977) als auch im Regionalkassenbereich (0,1555) als sehr günstig zu bezeichnen ist, was zur Folge hat, dass dem Kläger im Ersatzkassenbereich nur 34 Fälle der Überschreitung von 349 Fällen und im Regionalkassenbereich gar kein Fall (von allerdings nur einem Überschreitungsfall) abgezogen wird. Die Beklagte überschreitet mit der dargestellten Regelung und Ausgestaltung der Fallzahlzuwachsbegrenzung nicht den ihr zustehenden Gestaltungsspielraum und verstößt auch nicht gegen das sich aus Art.12 Abs.1 i.V.m. [Art.3 Abs.1 GG](#) ergebende Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Denn diese Regelungen stellen bei einer Gesamtschau sicher, dass der Arzt seine Fallzahlen in aller Regel deutlich über die von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts als unbedenklich angesehene Fallzahlzuwachsbegrenzung in Höhe von 3 % bzw. von 5 % gegenüber dem Vorjahresquartal (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 10. März 2004, [B 6 KA 3/03 R](#)) steigern kann - so wie hier der Kläger um + 74,53 % in zwei Jahren. Dies ergibt sich zunächst daraus, dass eine Fallzahlbegrenzung überhaupt nur stattfindet, wenn die ambulante Fallzahl der Fachgruppe - bereinigt um die durch den Arzt-zahlzuwachs bedingte Fallzahlmehrerung - gegenüber dem Vergleichsquartal gestiegen ist (Ziff.3.9.1.1 und 3.9.2.2). Zum anderen ist bei der Berechnung des individuellen Schwellenwertes des Arztes sichergestellt, dass der Arzt immer nur an Vergleichswerten festgehalten wird (individueller Schwellenwert), die zumindest dem durchschnittlichen Fallzahlwert der Vergleichsgruppe im Vergleichsquartal entsprechen. Der Senat hält nach alledem den von der Beklagten gewählten Korrekturfaktor für ein nach sachbezogenen Gesichtspunkten gewähltes Berechnungselement, das im Vergleich zu einer an einer strikten prozentual orientierten Fallzahlzuwachsbegrenzung als zumindest gleich geeignetes Instrument anzusehen ist. Aber selbst wenn man die Berechnung der Fallzahlzuwachsbegrenzung auf der Grundlage unter anderem eines Korrekturfaktors unter dem Gesichtspunkt der Vorhersehbarkeit für den einzelnen Arzt als problematisch ansehen wollte, könnte sich vorliegend der Verzicht auf eine strikte 3 bzw. 5 %-ige Fallzahlsteigerungsmöglichkeit zugunsten einer Fallzahlzuwachsbegrenzung auf der Grundlage des dargestellten Korrekturfaktors nicht zu Lasten des Klägers ausgewirkt haben. Zum einen ist für den Kläger auf der Grundlage der sonstigen Regelungen des HVM (vgl. Ziff. 3.9.1.3) durch die Zugrundelegung des Fallzahldurchschnitts der Vergleichsgruppe im Primärkassenbereich im Quartal 2/97 (= 544 Behandlungsfälle) anstelle der vom Kläger abgerechneten Fallzahl von 345 Behandlungsfällen insgesamt (Primär- und Ersatzkassenbereich) eine für den Kläger vorhersehbare Steigerung um 199 Behandlungsfälle (+ 28,79 %) in zwei Jahren gegeben. Zum anderen beträgt die tatsächliche Steigerung unter Anwendung des Korrekturfaktors - wie bereits dargestellt - sogar + 74,53 % in zwei Jahren. Auch die weitere Frage, ob eine Fallzahlzuwachsbegrenzung auch die Möglichkeit von Ausnahme- bzw. Sonderbestimmungen für Fälle unbilliger Härte vorsehen müsste (vgl. hierzu m.w.N. BSG, Urteil vom 10. März 2004, [B 6 KA 3/03 R](#)), kann vorliegend unentschieden bleiben, weil sich aus dieser etwaige Mangel nicht zu Lasten des Klägers ausgewirkt haben kann. Gesichtspunkte, die beim Kläger einen Fall unbilliger Härte begründen könnten, sind weder aus den Akten ersichtlich noch vom Kläger geltend gemacht worden. Diesbezüglich ist festzustellen, dass der streitgegenständliche Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten bereits eine Härtefallregelung für Praxen - wie die des Klägers - enthält, deren Fallzahl im Vergleichsquartal unter dem Fachgruppendurchschnitt liegt (vgl. Ziff. 3.9.1.3), indem als Ansatzpunkt für die Bildung des individuellen Schwellenwertes als unterste Stufe der Fachgruppendurchschnitt herangezogen wird. Auch mit Hilfe dieser Regelung wird sichergestellt, dass der Kläger sich auch umsatzmäßig innerhalb von zwei Jahren seit Praxiseröffnung überdurchschnittlich entwickeln konnte und damit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. zuletzt insbesondere Urteil vom 10. Dezember 2003, [B 6 KA 54/02 R](#) und Urteil vom 10. März 2004, [B 6 KA 3/03 R](#)) Genüge getan wird. Nach dieser Rechtsprechung müssen umsatzmäßig unterdurchschnittlich abrechnende Praxen - insbesondere, aber nicht nur, neugegründete Praxen - die Möglichkeit haben, durch Erhöhung der Zahl der von ihnen behandelten Patienten den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erreichen. Jedem Vertragsarzt muss grundsätzlich die Chance bleiben, durch Qualität und Attraktivität seiner Behandlung oder auch durch eine bessere Organisation seiner Praxis neue Patienten für sich zu gewinnen und so legitimer Weise seine Position im Wettbewerb mit den Berufskollegen zu verbessern. Das bedeutet nicht, dass alle Praxen mit unterdurchschnittlichem Umsatz von jeder Begrenzung des Honorarwachstums verschont werden müssten, wie dies den neugegründeten Praxen einzuräumen ist, solange sich diese noch in der Aufbauphase befinden, die auf drei bis fünf Jahre bemessen werden kann (zu solchen Zeitspannen vgl. [BSGE 83, 52, 58 f.](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr.28](#) S.208 sowie die bereits genannten Entscheidungen a.a.O.). Praxen, die die Aufbauphase überschritten haben - sei es, dass sie die zeitlich festgelegte Aufbauphase verlassen oder bereits vorher die Durchschnittswerte der Arztgruppe erreicht haben -, ist es im Hinblick auf die mit der Einführung individueller Leistungsbudgets verfolgten Ziele der Punktwertstabilisierung und der Gewährleistung von Kalkulationssicherheit zumutbar, dass ihr pro Jahr zulässiges Honorarwachstum beschränkt wird, sofern diese Begrenzung nicht zu eng ist. Von einer zu engen Begrenzung des Honorarwachstums kann im Falle des Klägers in keiner Weise ausgegangen werden. Der Kläger liegt vielmehr mit seinem Umsatz im Quartal 2/99 in Höhe von 120.102,72 DM (= 61.407,55 Euro) deutlich über dem Durchschnittsumsatz der Allgemeinärzte in ganz Bayern in Höhe von 76.988,00 DM (= 39.363,34 Euro) und noch deutlicher über dem Durchschnittsumsatz der Allgemeinärzte der Bezirksstelle München Stadt und Land in Höhe von 53.448,16 DM (= 27.327,61 Euro). Auch unter diesem Gesichtspunkt kann der Senat in der beim Kläger erfolgten Kürzung des Honorars

um 2.393,40 DM (= 1.223,72 Euro) keine unzumutbare Härte erkennen. Beim Kläger liegen schließlich auch keine sonstigen besonderen Umstände vor, die die vorgenommene Fallzahlbegrenzungsregelung als unzumutbare Härte erscheinen lassen würden. Soweit die Klägerbevollmächtigten auf den Anstieg der Einwohnerzahlen im Einzugsbereich der Praxis (zum Einzugsbereich der Praxis zählen die Prozessbevollmächtigten die Gemeinden K. , F. , A. , P. und F.) in Höhe von 1.270 Einwohner hinweisen, ist dagegen grundsätzlich einzuwenden, dass aus einem Anstieg der Einwohnerzahl im Einzugsbereich der Praxis nicht ohne weiteres auf einen entsprechenden Patientenzulauf in der Praxis des Klägers geschlossen werden kann, zumal der Anstieg der Einwohnerzahlen im Einzugsbereich auch Zeiträume umfasst, die für den hier streitigen Zeitraum 2. Quartal 1997 bis 2. Quartal 1999 nicht relevant sind (insbesondere Gemeinde Finsing, wo auf den Zeitraum vom 31. Dezember 1995 bis 30. Juni 1999 und Gemeinde Pliening, wo auf den Zeitraum 31. Dezember 1997 bis 31. Dezember 1999 abgestellt wird). Des weiteren hat die Beklagte zu Recht darauf hingewiesen, dass der Planungsbereich München Stadt und Land mit einem Versorgungsgrad von 119,8 % durchgehend überversorgt und deshalb gesperrt war. Auch die lokale Versorgung durch Allgemeinärzte in den von der Klägerseite genannten Orten bzw. in deren näheren Umgebung ist als gut zu bezeichnen (2 Allgemeinärzte in F. , 5 Allgemeinärzte in K. , 3 Allgemeinärzte in A. , 4 Allgemeinärzte in H. , 7 Allgemeinärzte in Markt S. und 3 Allgemeinärzte in P. gem. dem Ärzteverzeichnis zum Quartal 2/99 der Bezirksstelle München Stadt und Land bzw. der Bezirksstelle Oberbayern). Der Senat kann von daher nicht erkennen, dass der Kläger mit einer Steigerungsmöglichkeit seiner Fallzahl vom Quartal 2/97 bis zum Quartal 2/99 in Höhe von 691 Behandlungsfällen diesen Zuzug nicht zumutbar mitbewältigen konnte. Eine vergleichbare Situation wie bei einer Schließung einer Praxis im selben Ort bzw. im Nachbarort ist in der dargestellten Versorgungssituation in der Umgebung der klägerischen Praxis nicht gegeben.

Nach alledem war die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs.1 VwGO](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs.2 Nrn.1](#) und [2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2005-02-14