

## L 11 KA 256/01

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
11  
1. Instanz  
SG Düsseldorf (NRW)  
Aktenzeichen  
S 2 KA 43/01  
Datum  
10.10.2001  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 11 KA 256/01  
Datum  
20.11.2002  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 6 KA 7/03 R  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 10.10.2001 teilweise geändert. Die Beklagte wird unter Abänderung ihrer Bescheide vom 14.01. und 13.04.2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.01.2001 sowie ihres Bescheides vom 27.01.2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.09.2001 verurteilt, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senates neu zu entscheiden. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen. Die Beklagte hat die außergerichtlichen Kosten der Kläger auch im Berufungsverfahren zu erstatten. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Kläger wenden sich gegen die Begrenzung des abrechenbaren Punktzahlvolumens für vertragsärztliche Leistungen in den Quartalen III und IV/1999 gemäß § 7 des Honorarverteilungsmaßstabes der Beklagten (HVM) - Individualbudget.

§ 7 HVM in der ab dem 01.07.1999 geltenden Fassung (Rhein. Ärzteblatt 6/99, S. 57 ff.; 9/99, S. 59 ff.) ist mit "Leistungsmengensteuerung" überschrieben und soll dem Eingangssatz nach die Mengenentwicklung bei den ambulanten ärztlichen Leistungen steuern und die Vorschriften des [§ 85 Abs. 4](#) Fünftes Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) erfüllen. Nach § 7 Abs. 1 Satz 1 HVM erhält jede Praxis ein individuelles Leistungsbudget (Punktzahlengrenzwert). Ausgenommen sind die in § 7 Abs. 1 Satz 3 HVM genannten Honoraranteile, im Wesentlichen Leistungen im ärztlichen organisierten Notfalldienst, Präventions-, Impf- und Methadonleistungen, psychotherapeutische Leistungen und hausärztliche Grundvergütung. Von dem verbleibenden individuellen Umsatz werden 3 % für die Finanzierung neuer Praxen und des erlaubten Zuwachses etablierter Praxen zurückgestellt (§ 7 Abs. 1 Satz 4 HVM). Bemessungsgrundlage sind die individuellen Honorarumsätze des Bemessungszeitraums, der die Quartale III/1997 bis II/1998 umfasst (§ 7 Abs. 6 HVM i.V.m. § 7a Abs. 2 HVM). Bei Ärzten, deren Niederlassungsdauer am 30.06.1999 weniger als 21 Quartale beträgt, können auf Antrag die durchschnittlichen anerkannten Werte aus bis zu vier aufeinander folgenden Quartalen vor Inkrafttreten des HVM, nicht jedoch vor dem Quartal III/1997, zu Grunde gelegt werden (§ 7a Abs. 6 HVM). Der hiernach verbleibende Honoraranteil, vervielfältigt mit dem Faktor 10, ergibt das zulässige Punktzahlvolumen (§ 7 Abs. 2 Satz 1 HVM). Darüber hinausgehend abgerechnete Punktzahlen "werden nicht vergütet" (§ 7 Abs. 2 Satz 2 HVM). Ein Punktzahlzuwachs ist nur möglich bei Praxen, die unter dem gemäß § 7 Abs. 4 HVM berechneten durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert ihrer Arztgruppe liegen, und zwar maximal im Umfang von 3 % bezogen auf das Vorjahresquartal (§ 7 Abs. 3 Sätze 1 und 2 HVM), ab 01.01.2000 bezogen auf den Bemessungszeitraum. Eine Ausnahme gilt u.a. für neu niedergelassene Ärzte, die für die Dauer von 20 Quartalen bis zum Erreichen des durchschnittlichen Punktzahlengrenzwertes unbegrenzt wachsen dürfen (§ 7 Abs. 8 HVM). Das hiernach zulässige Punktzahlvolumen wird mit der Fachgruppenquote vervielfältigt, die sich aus dem im jeweiligen Honoraropf zur Verfügung stehenden Honorarvolumen ergibt. So errechnet sich das individuelle Punktzahlvolumen, das nach einem festen Punktwert von 10,0 Pf vergütet wird (§ 7 Abs. 2 Sätze 3 und 4 HVM). Auf Antrag kann der Vorstand der Beklagten die Individualwerte nach Maßgabe des § 7a Abs. 7 HVM anpassen und sich aus der Umsetzung des HVM ergebende Ausnahmeregelungen beschließen (§ 7a Abs. 8 HVM). Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Vorschriften der §§ 7, 7a HVM verwiesen.

Mit dieser Regelung entfiel die bis zum 30.06.1999 geltende Fallzahlzuwachsregelung in § 7 HVM a.F. Die ursprünglich in § 7 Abs. 5 HVM in der Fassung ab dem 01.07.1999 enthaltene Fallzuwachsregelung wurde in der Praxis nie umgesetzt (Beschluss der Vertreterversammlung vom 27.11.1999) und ab dem 01.01.2000 förmlich gestrichen (§ 12 HVM in der Fassung des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 30.05.2000, Rhein. Ärzteblatt 6/00, S. 75 ff.).

Die Kläger sind als Ärzte für Allgemeinmedizin - Psychotherapie - in ...niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, die Klägerin zu 1) seit 1990, der Kläger zu 2) seit 1991 in der seit dieser Zeit mit der Klägerin zu 1) bestehenden Gemeinschaftspraxis.

Am 25.11.1999 beantragten die Kläger die "Befreiung" von der in § 7 Abs. 3 HVM geregelten "Steigerungsrate des jährlichen Punktzahlvolumens" in Höhe von lediglich 3 %. Sie sähen sich unangemessen benachteiligt gegenüber Praxen, die einen Patientenstamm übernommen hätten. Diesen werde eine ebenso lange Aufbauphase zugebilligt wie einer Praxis, die (wie ihre) neu angefangen habe. Bis jetzt habe ihre Praxis eine im Vergleich zu anderen Allgemeinmedizinern unterdurchschnittliche Fallzahl, expandiere aber erheblich über 3 %. Wegen ihres Neuanfangs seien unter den Patienten nur 10 % Rentner, was zu einer vergleichsweise geringen Leistungsmenge führe. Die Stadtlage der Praxis bringe im Vergleich zu Praxen im ländlichen Bereich eine verzögerte Expansion mit sich. Mit Bescheid vom 28.02.2000 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.01.2001 lehnte die Beklagte den Antrag ab, da der HVM eine entsprechende Ausnahmeregelung nicht vorsehe und die Anwendung des § 7 HVM bei den Klägern nicht zu einer besonderen Härte führe.

Mit Schreiben vom 14.01.2000 bzw. 13.04.2000 teilte die Beklagte den Klägern die "Leistungsmengensteuerung gem. § 7 HVM" für die Quartale III und IV/1999 mit, die ein maximal zulässiges Punktzahlvolumen der Praxis von 829.911,8 Punkten im Quartal III/1999 und von 832.506,1 Punkten im Quartal IV/1999 festlegten. Der Berechnung legte die Beklagte die Mitteilung "Ermittlung des maximal zulässigen Punktzahlvolumens" zu Grunde, die ein maximal zulässiges Punktzahlvolumen von 801.726,8 Punkten ergab. Diesen Wert ermittelte die Beklagte, indem sie zunächst die Summe der Primär- und Ersatzkassenhonorare der Kläger in den Quartalen III/1997 bis II/1998 (insgesamt 454.343,05 DM) um die in diesen Quartalen gezahlten Honorare für Leistungen im organisierten, ärztlichen Notfalldienst (8.955,89 DM), psychotherapeutische Leistungen (insgesamt 101.367,61 DM) sowie einen weiteren Betrag von 13.169,34 DM, darunter 11.729,50 DM für Laborleistungen, verminderte. Den Differenzbetrag von 330.609,04 DM teilte sie sodann durch vier, zog von dem so ermittelten bereinigten Durchschnittshonorar je Quartal 3 % ab (§ 7 Abs. 1 Satz 4 HVM) und vervielfältigte das Ergebnis mit dem Punktzahlfaktor 10. Ausgehend von dem so ermittelten maximal zulässigen Punktzahlvolumen berechnete die Beklagte in der "Leistungsmengensteuerung gem. § 7 HVM" das maximal zulässige Punktzahlvolumen im jeweiligen Abrechnungsquartal, das individuelle Punktzahlvolumen und die praxisindividuelle Quote. Hierzu bewilligte sie den Klägern einen Punktzahluwachs von 28.185,0 Punkten für das Quartal III/1999 und von 30.779,3 Punkten für das Quartal IV/1999 (entsprechend jeweils 3 % des Leistungsbedarfs der Praxis in den Vorjahresquartalen III bzw. IV/1998). Es ergaben sich maximal zulässige Punktzahlvolumina von 829.911,8 Punkten für das Quartal III/1999 und von 832.506,1 Punkten für das Quartal IV/1999. Der für das Individualbudget anerkannte Leistungsbedarf der Kläger betrug in diesen Quartalen 1.051.265,4 bzw. 1.144.046,8 Punkte und überschritt die maximal zulässigen Punktzahlvolumina damit um 221.353,6 bzw. 331.540,7 Punkte. Angesichts einer Fachgruppenquote von 95,0385 % bzw. 103,1495 % ergaben sich in individuelle Punktzahlvolumina von 788.735,7 Punkten im Quartal III/1999 bzw. 858.725,8 Punkten im Quartal IV/1999 und damit praxisindividuelle Quote bezogen auf den anerkannten Leistungsbedarf von 75,0% bzw. 75,1 %. Der (im Hinblick auf die aus zwei Ärzten bestehende Gemeinschaftspraxis verdoppelte) Grenzwert der Fachgruppe lag in beiden Quartalen bei 1.224.132,0 Punkten. Gegen die in diesen Berechnungen liegenden "Kürzungen" erhoben die Kläger Widerspruch, den die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 23.01.2001 zurück wies.

Mit der gegen beide Widerspruchsbescheide am 19.02.2001 zum Sozialgericht Düsseldorf (SG) erhobenen Klage haben die Kläger einen Verstoß von § 7 HVM gegen [§ 85 Abs. 4 Satz 3](#) Fünftes Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) und den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit gemäß [Art 3 Abs. 1](#) i.V.m. [Art 12 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) gerügt und insbesondere die Regelung des § 7 Abs. 3 HVM beanstandet, die kleineren Praxen das Recht nehme, ihre Fallzahl jeden falls bis zur durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe zu steigern.

Mit Quartalskonto/Abrechnungsbescheid vom 27.01.2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.09.2001 hat die Beklagte ausgehend von ihren Berechnungen in der "Leistungsmengensteuerung" den Klägern für das Quartal III/1999 ein Honorar von 136.780,42 DM, davon 126.222,87 DM für die Behandlung von Versicherten der Primär- und Ersatzkassen, bewilligt. Mit Schriftsatz vom 28.09.2001 haben die Kläger diesen Bescheid im Wege der Klageerweiterung zum Gegenstand des Verfahrens gemacht.

Die Kläger haben beantragt,

1. Unter Abänderung des Quartalsabrechnungsbescheides für das Quartal III/1999 vom 27.01.2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.09.2001 wird die Beklagte verurteilt, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichtes neu zu entscheiden.
2. Die Kürzungen gemäß § 7 HVM für die Quartale III/1999 und IV/1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.01.2001 werden aufgehoben.
3. Unter Abänderung des Bescheides vom 28.02.2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.01.2001 wird die Beklagte verpflichtet, über den Antrag der Kläger auf Änderung der Festsetzung des Bemessungszeitraumes zur Berechnung des Individualbudgets gemäß § 7 HVM und/oder Erhöhung des maximalen Punktzahlvolumens unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichtes erneut zu entscheiden.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat die Regelung des § 7 HVM verteidigt und insbesondere die Auffassung vertreten, § 7 Abs. 3 HVM und die zahlreichen Ausnahmetatbestände ermöglichten in ausreichendem Maße ein Wachstum bis zum durchschnittlichen Umsatz der Fachgruppe.

Mit Urteil vom 10.10.2001 hat das SG die Beklagte unter Abänderung des angefochtenen Quartalskonto/Abrechnungsbescheides für das Quartal III/1999 verurteilt, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichtes erneut zu entscheiden, die "Kürzungen" für die Quartale III/1999 und IV/1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.01.2001 aufgehoben und die Klage im Übrigen abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, die Regelungen der §§ 7, 7a HVM seien im Grundsatz nicht zu beanstanden. Allerdings verletze § 7 Abs. 3 HVM das dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit inne wohnende Differenzierungsgebot zwischen Praxen mit unterdurchschnittlicher Fallzahl, die - wie die Kläger - nicht mehr als neue Praxen anzusehen seien, und durchschnittlichen bzw. überdurchschnittlichen Praxen. Denn die Regelung führe dazu, dass kleinere Praxen ihren Umsatz oft erst nach Ablauf von mehr als einer Dekade an den durchschnittlichen Umsatz der Fachgruppe angleichen könnten. Die Beklagte müsse daher bei einer Ergänzung ihres HVM eine Regelung schaffen, die Praxen mit unterdurchschnittlichem Umsatz nicht dauerhaft an ihrer besonders ungünstigen Ertragssituation festhalte.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Beklagten. Sie trägt vor: Nach ständiger Rechtsprechung habe sie einen weiten Gestaltungsspielraum für die Verteilung der Gesamtvergütung. Die Notwendigkeit, kleinere Praxen in einem bestimmten Mindestumfang wachsen zu lassen, könne dieser Rechtsprechung hingegen nicht entnommen werden. Vielmehr seien Wachstumsbeschränkungen aus Gemeinwohlgründen gerechtfertigt.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 10.10.2001 abzuändern und die Klage abzuweisen.

Die Kläger beantragen,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie folgen dem Urteil des SG, soweit es einen Punktzahlzuwachs von 3 % jährlich für unzureichend hält.

Der Senat hat die Abrechnungsunterlagen der Kläger aus den Quartalen III/1997 bis IV/2001 beigezogen und zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht. Wegen der Auswertung dieser Unterlagen wird auf die nachfolgende Tabelle Bezug genommen, die in der mündlichen Verhandlung mit den Beteiligten erörtert worden ist.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist im Wesentlichen unbegründet.

Die angefochtenen Bescheid sind in dem Umfang, wie sie das Sozialgericht aufgehoben hat, rechtswidrig, weil die ihnen zu Grunde liegende Regelung des § 7 Abs. 3 HVM nicht in vollem Umfang mit höherrangigem Recht vereinbar ist. Die Beklagte muss über das maximal zulässige Punktzahlvolumen der Praxis der Kläger neu entscheiden, nachdem sie ihren HVM unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats geändert bzw. ergänzt hat.

1. Gegenstand des Berufungsverfahrens sind, nachdem nur die Beklagte das erstinstanzliche Urteil angefochten hat, allein die Bescheide über die Leistungseigensteuerungen vom 14.01. und 13.04.2000 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.01.2001 sowie der Quartalskonto/Abrechnungsbescheid vom 27.01.2000 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.09.2001, den die Kläger im Wege zulässiger Klageerweiterung in das Verfahren eingeführt haben.

In allen genannten Bescheiden hat die Beklagte Regelungen zu den Bemessungsgrundlagen des Honorars der Kläger getroffen, bei denen sie die Vorschrift des § 7 HVM angewandt hat und die die Kläger unverändert belasten.

Das gilt zunächst für den Widerspruchsbescheid vom 25.09.2001, betreffend den Quartalskonto/Abrechnungsbescheid für das Quartal III/1999 vom 27.01.2000. Zwar heißt es in der Begründung dieses Widerspruchsbescheides, die Kläger erhielten einen gesonderten Bescheid, sofern Sie auch gegen Maßnahmen des § 7 HVM Widerspruch eingelegt hätten. Diese Formulierung findet sich mehreren, dem Senat aus anderen Verfahren bekannten Widerspruchsbescheiden der Beklagten und entspringt ihrer zum Teil geübten Praxis, für ein Abrechnungsquartal zwei Widerspruchsbescheide zu erlassen, von denen einer die Anwendung von § 7 HVM und der andere die Honorarberechnung im Übrigen betraf. Die Beklagte hat jedoch für den vorliegenden Fall in der mündlichen Verhandlung mitgeteilt, sie werde einen weiteren Widerspruchsbescheid nicht erlassen. Damit ist klar gestellt, dass der Widerspruchsbescheid vom 25.09.2001 auch das Individualbudget der Kläger regelt.

Durch den zwischenzeitlichen Erlass des Quartalskonto/Abrechnungsbescheides für das Quartal III/1999 ist der Bescheid über Leistungsmengensteuerung für dieses Quartal nicht gegenstandslos geworden. Zwar stellt die Mitteilung der Bemessungsgrundlagen für das vertragsärztliche Honorar zur Überzeugung des Senats grundsätzlich keine eigenständig anfechtbare Regelung im Sinne eines Verwaltungsakts ([§ 31 Satz 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch) dar. Das gilt umso mehr, wenn diese Mitteilung, wie bei der Beklagten an und für sich üblich, als Anlage zum Quartalskonto/Abrechnungsbescheid versandt wird. Der Senat schließt sich jedoch der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) an, wonach jedenfalls dann, wenn die Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) über die Bemessungsgrundlagen einen förmlichen Bescheid erlässt (wie hier spätestens durch den Widerspruchsbescheid vom 23.01.2001 geschehen), dieser Bescheid eigenständig anfechtbar ist und auch gegenüber nachfolgenden Honorarbescheiden eigenständige Bedeutung behält (BSG, Urt. v. 21.10.1998 - [B 6 KA 71/97 R](#) - [BSGE 83, 52, 53](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#)).

2.  
a) Das von der Beklagten praktizierte System einer Bindung des Vertragsarztes an einen in der Vergangenheit erzielten eigenen Honorarumsatz ist allerdings grundsätzlich zulässig.

Die Einrichtung von Individualbudgets ist mit [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) vereinbar, wonach die KÄVen bei der Verteilung Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu Grunde zu legen haben. Zwar gebietet es die berufsregelnde Tendenz dieser Bestimmung, dass die Honorarverteilung an den Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung gebunden ist, demzufolge ärztliche Leistungen prinzipiell gleichmäßig zu vergüten sind (vgl. statt aller BSG, Urt. v. 03.12.1997 - [6 RKA 21/97](#) - [BSGE 81, 213, 217 f.](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#)). Das BSG hat es aber mit diesem Grundsatz für vereinbar gehalten, wenn KÄVen eine gesetzlich angeordnete strikte Begrenzung des Anstiegs der Gesamtvergütung über die Honorarverteilung weitergeben ([BSGE 81, 213, 219](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#)). Das kann, wie im vorliegenden Fall, auch über individuelle Kontingentgrenzen geschehen ([BSGE 83, 52, 54 ff.](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#)). Denn vor dem Hintergrund einer begrenzten Gesamtvergütung muss entweder eine Begrenzung der abrechenbaren Einzelleistungen vorgenommen oder auf feste Punktwerte verzichtet werden. Angesichts dieser Alternativen ist es nicht zu beanstanden, wenn eine KÄV der Garantie eines festen Punktwertes pro Praxis den Vorrang vor einer Honorierung sämtlicher Punkte mit einem floatenen Punktwert gibt (vgl. dazu ausführlich KVNo aktuell 4/99, S. 3 ff.). Mit Rücksicht hierauf deckt [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) auch Maßnahmen der Leistungsmengensteuerung, wie es in der Überschrift zu § 7 HVM ausdrücklich heißt.

Die Möglichkeiten der Gestaltung des HVM sind dabei nicht durch [§ 85 Abs. 4](#) Sätze 6 und [7 SGB V](#) in der Fassung des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes abschließend vorgegeben. Nach diesen Bestimmungen besteht "insbesondere" die Möglichkeit, Regelleistungsvolumina mit festen Punktwerten zu vergüten und den Punktwert bei Überschreitung dieser Volumina abzustaffeln. Durch die Wendung "insbesondere" ist dabei jedoch klar gestellt, dass der weitergehenden Gestaltungsmacht der KÄVen keine verbindlichen, abschließenden Vorgaben gemacht werden sollten.

Die Einführung der Individualbudgets scheitert nicht daran, dass im Zeitpunkt des Inkrafttretens von § 7 HVM die Gesamtvergütung, anders als z.B. bei der zitierten Entscheidung des BSG vom 03.12.1997, nicht strikt budgetiert war. Denn jedenfalls unterliegt sie über [§ 71 Abs. 2 SGB V](#) dem Grundsatz der Beitragsstabilität und damit einer verbindlichen Anbindung an die Entwicklung des Beitragsaufkommens. Wesentliche Unterschiede zu einer von vornherein vorgegebenen festen Budgetierung ergeben sich daraus nicht. Denn auch bei einer ihrem Anstieg nach von vornherein begrenzten Gesamtvergütung besteht ebenso wie bei einem zahlenmäßig festgelegten Budget die Alternative, entweder Leistungsmengen zu begrenzen oder aber sich mit dem "Hamsterradeffekt" und in seiner Folge einem verfallenden Punktwert abzufinden.

Unschädlich ist, dass - wiederum anders als zum Zeitpunkt der zitierten Entscheidungen des BSG - seit dem 01.07.1997 bereits im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) eine Budgetierung nach Praxis- und Zusatzbudgets vorgesehen ist. Denn dies nimmt den KÄVen nicht das Recht, mengensteuernde Regelungen zu treffen, um ihrer Verantwortung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ([§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) gerecht zu werden. Praxisbudgets reduzieren lediglich den Anreiz zu immer weiterer Vermehrung der abrechenbaren Leistungen. Da aber selbst für die Leistungen des budgetierten "grünen" Bereichs (erst recht für Leistungen des nicht budgetierten "roten" Bereichs) keine festen Punktwerte gelten, ist es auch nach dem 01.07.1997 Aufgabe der KÄVen, im Rahmen der Honorarverteilung das Notwendige und Mögliche zur Gewährleistung ausreichender Punktwerte zu tun und auf regionaler Ebene eintretende unerwünschte Verwerfungen zwischen einzelnen Arztgruppen und auch innerhalb einer Arztgruppe zu verhindern (BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 23](#); vgl. im Übrigen auch BSG, [Urt. v. 13.03.2002 - B 6 KA 48/00 R](#), 1/01 R - zur Veröffentlichung in BSGE und/oder SozR vorgesehen). Regelungen, die wie die Individualbudgets dem Ziel einer Stabilisierung des Punktwertes dienen, sind daher in Honorarverteilungsmaßstäben unverändert statthaft.

Die Rechtmäßigkeit von § 7 HVM wird vor diesem Hintergrund auch nicht dadurch in Frage gestellt, dass die Regelung alle Arztgruppen betrifft und damit (anders als die Fälle individueller Kontingentgrenzen, über die das BSG bis her entschieden hat), nicht nur eine einzelne Arztgruppe wie z.B. die der Zahnärzte. Vielmehr hat die Beklagte dem Umstand, dass die betroffenen Arztgruppen nicht homogen sind, dadurch Rechnung getragen, dass sie die durch durchschnittlichen Punktzahlengrenzwerte nach Arzt- und Untergruppen differenziert berechnet hat. Auf diese Weise wird das Maß an Homogenität hergestellt, das auch der Konzeption der Praxisbudgets im EBM-Ä zu Grunde liegt. Dieses Maß an Differenzierung hält auch der Gesetzgeber für grundsätzlich ausreichend, wie [§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V](#) in der Fassung des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes zeigt.

Es ist nicht zu beanstanden, dass § 7 HVM für das individuelle Leistungsbudget an das im sogenannten Bemessungszeitraum der Quartale III/1997 bis II/1998 erzielte Honorar anknüpft.

Das BSG hat bereits zur Bildung fachgruppenbezogener Honorarkontingente entschieden, es sei auch außerhalb eines unmittelbar durch das Gesetz begrenzten Anstiegs der Gesamtvergütungen sachgerecht und vom Gestaltungsspielraum bei der Honorarverteilung gedeckt, die Honorarkontingente auf der Grundlage eines bestimmten Basisjahres festzuschreiben ([Urt. v. 28.01.1998 - B 6 KA 96/96 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 24](#)). Dadurch werde verhindert, dass Leistungsausweitungen einer Fachgruppe Einfluss auf die Honorierung ärztlicher Leistungen in anderen Fachgruppen hätten. Für individuelle Kontingente in der Form von Individualbudgets gilt nichts anderes. Denn auch sie verfolgen das Ziel, Mengenausweitungen (in diesem Fall der einzelnen Praxis) zu Lasten der übrigen Vertragsärzte zu verhindern.

Dabei muss auch die Beschränkung auf den Zeitraum lediglich eines Jahres hingenommen werden. Die Beklagte stand insoweit vor dem Problem, einen auch von den rechtlichen Rahmenbedingungen her in sich geschlossenen Zeitraum auswählen zu müssen. Dabei erscheint es sachgerecht, diesen Zeitraum erst mit dem Quartal III/1997 wegen der Geltung der Praxisbudgets ab dem 01.07.1997 beginnen zu lassen. Eine Erweiterung des Zeitraums über ein Jahr hinaus bis zum Quartal II/1999 wäre nicht praktikabel gewesen, weil die Honorarwerte bereits für die Abrechnung des Quartals III/1999 vorliegen mussten. Allgemeinen Schwankungen, aufgrund derer der Bemessungszeitraum nicht vollständig für die Praxisentwicklung repräsentativ ist und die durch einen längeren Bemessungszeitraum nicht ausgeglichen werden, kann dadurch begegnet werden, dass § 7 Abs. 3 Satz 2 HVM auch Budgeterhöhungen aufgrund Steigerungen des Punktevolumens zulässt. Für größere Schwankungen, die auf atypischen Besonderheiten im Bemessungszeitraum beruhen, hat die Beklagte insbesondere mit § 7a Abs. 6, 7 Buchst. d) und 8 HVM hinreichende Ausnahmenvorschriften geschaffen.

Die Beklagte konnte dabei rechtsfehlerfrei an das in der Vergangenheit erzielte Honorar und nicht an die angeforderte oder zugestandene Leistungs- bzw. Punktmenge anknüpfen. Bereits in der Entscheidung vom 21.10.1998 ([BSGE 83, 52, 57 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#)) hat das BSG ausgeführt, es sei nicht zu beanstanden, wenn eine individuelle Kontingentregelung "an die Abrechnungsergebnisse" des einzelnen Arztes "in vergangenen Zeiträumen", d.h. an den eigenen Praxisumsatz in der Vergangenheit anknüpfe. Zwar war Gegenstand dieser Entscheidung eine HVM-Bestimmung, die sich auf das individuelle Punktevolumen in der Vergangenheit bezog. Die Formulierungen des BSG lassen jedoch den Schluss zu, dass auch ein Anknüpfen an den Praxisumsatz und damit an das Honorarvolumen nicht zu beanstanden ist. Nur auf diese Weise lässt sich im Übrigen eine honorarverteilungsgerechte Lösung erzielen. Wenn nämlich, wie dargestellt, die Festlegung eines lediglich durch Fachgruppenquoten modifizierten einheitlichen Punktwertes bei gleichzeitiger Leistungsmengenbegrenzung zulässig ist, ist es vor dem Hintergrund stark differierender Punktwerte in den einzelnen Arztgruppen ausgeschlossen, das zugestandene Punktevolumen als Basis für die Festlegung des Budgets zu nehmen. Dieses ist nämlich bereits unter den Bedingungen der Praxisbudgets ermittelt worden. Durch die unterschiedliche Budgetbildung, insbesondere die Aufteilung in praxis- und zusatzbudgetbezogene sowie budgetfreie Leistungen haben sich die individuellen Punktevolumina weit auseinander entwickelt. Erst durch die Verknüpfung mit den proportional differierenden Punktwerten sind leistungs- und verteilungsgerechte Honorare entstanden. Nur das Abstellen auf das Honorar lässt folglich auch eine mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit vereinbare Bestimmung der individuellen Leistungsbudgets erwarten.

Etwas anderes gälte nur dann, wenn sich die bis zum 30.06.1998 bestehenden Budgetbedingungen als rechtswidrig erwiesen hätten. In



diesem Fall wäre es unzulässig, den rechtswidrigen Honorierungszustand für die Zukunft in Gestalt der Individualbudgets fortzuschreiben. Anhaltspunkte für eine solche Rechtswidrigkeit bestehen jedoch nicht. Vielmehr ist die Zulässigkeit der Regelungen zum Praxisbudget im EBM-Ä vom BSG ausdrücklich bestätigt worden (Urt. v. 08.03.2000 - [B 6 KA 7/99 R](#) - [BSGE 86, 16](#) = [SozR 3-2500 § 87 Nr. 23](#)). Auch die auf dieser Grundlage fußenden HVM-Regelungen der Beklagten, soweit es sich um die zur Absicherung der Praxisbudgets eingeführten Fallzahlzuwachsbeschränkungen gehandelt hat, hat das BSG für zulässig gehalten (Urt. v. 13.03.2002 - [B 6 KA 1/01 R](#)). Die übrigen im Bemessungszeitraum geltenden HVM-Bestimmungen sind ebenfalls rechtlich nicht beanstandet worden.

Zulässig ist dabei, dass die Honorare für die in §§ 6 Abs. 3, 7 Abs. 1 Satz 3 HVM näher bezeichneten Leistungen nicht ins Individualbudget einfließen. Dabei handelt es sich nämlich sämtlich um Leistungen, die kraft gesetzlicher Anordnung oder zur Sicherstellung der Honorarverteilungsgerechtigkeit vorab bzw. gesondert zu vergüten sind. An diese Vorgaben, die Ausfluss höherrangigen Rechts sind, ist die Beklagte bei der Ausgestaltung ihres HVM jedoch zwingend gebunden.

Die Beklagte durfte sämtliche, also auch neue und unterdurchschnittliche Praxen, an der Finanzierung des Wachstums dieser Praxen durch Rückstellung von 3 % des in die Individualbudgets einfließenden Umsatzes beteiligen (§ 7 Abs. 1 Satz 4 HVM). Grundsätzlich ist eine solidarische Finanzierung der artiger Gemeinschaftsaufgaben nicht zu beanstanden. Wenn und soweit sich hierdurch für kleinere Praxen unzureichende Wachstumsmöglichkeiten ergeben, handelt es sich um eine Fragestellung, die allein im Rahmen der Zuwachsregelung des § 7 Abs. 3 HVM zu beantworten ist.

Der von der Beklagten mit § 7 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 Satz 2 HVM gewählten Lösung kann nicht entgegen gehalten werden, sie sei rechtswidrig, weil die Punkte oberhalb des Punktzahlengrenzwertes gänzlich unberücksichtigt blieben. Zwar legt die Formulierung der Vorschrift ein solches Verständnis auf den ersten Blick nahe. Tatsächlich handelt es sich dabei aber lediglich um die Beschreibung einer Rechenoperation. Im Ergebnis werden jedoch nicht etwa bestimmte individualisierbare Leistungen nicht vergütet. Vielmehr sinkt statt dessen mit der Überschreitung des Punktzahlengrenzwertes die Vergütung für die einzelne erbrachte Leistung (vgl. hierzu [BSGE 81, 213, 221](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#); ebenso zuvor bereits [BSGE 78, 98, 108](#) = [SozR 3-2500 § 87 Nr. 12](#)). Dem entspricht auch die von der Beklagten in der Anlage "Leistungsmengensteuerung" zum angefochtenen Bescheid für das Quartal III/1999 praktizierte Berechnung des Honorars der Kläger, den gesamten anerkannten Leistungsbedarf von 828.007,5 Punkten mit einer praxisindividuellen Quote von (allerdings nur) 75,0272 % zu vergüten, aus der sich ein Honorar von 78.873,57 DM ergibt (entsprechend betrug die Quote für das Quartal IV/1999 75,0603 %).

Ebenso führt es nicht zur Rechtswidrigkeit von § 7 HVM, dass unterhalb der Punktzahlengrenzwerte liegende, "nicht verbrauchte" Punkte in einzelnen Quartalen nicht auf andere Quartale übertragen werden können (so die Fallgestaltung in [BSGE 81, 213](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#)) und dass es auch keine Restvergütung wie im der Entscheidung [BSGE 83, 52](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#) zu Grunde liegenden Sachverhalt gibt. Das Fehlen einer Kompensationsmöglichkeit im Jahreszeitraum beruht vielmehr auf der unterschiedlichen Honorarausgestaltung. In den vom BSG entschiedenen Fällen war ein Jahreskontingent fest geschrieben worden, das seinerseits auf einem Mittelwert von mindestens vier Quartalen beruhte. Vor diesem Hintergrund war es sachgerecht und konsequent, Ausgleichsregeln vorzusehen. Für die Beklagte bestand hierzu jedoch keine Notwendigkeit. Denn sie hat die Individualbudgets quartalsbezogen festgelegt, weil auch der Anteil der quartalsweisen Auszahlung der Gesamtvergütung festgelegt ist (s. dazu KVNo aktuell August 2001 Honorar extra) und zudem jedenfalls im hier streitbefangenen Quartal III/1999 den Zuwachs des Punktevolumens in § 7 Abs. 3 HVM auf das Vorjahresquartal bezogen, also Schwankungen des Leistungsvolumens im Jahreslauf hinreichend Rechnung getragen.

Die Beklagte ist berechtigt - wie durch §§ 7 Abs. 2 Satz 2, Abs. 3 Satz 1 geschehen -, die Vertragsärzte jedenfalls für einen vorübergehenden Zeitraum grundsätzlich an das im Bemessungszeitraum erzielte Honorar binden. Dabei darf sie sich insbesondere von der Erwägung leiten lassen, dass Praxen mit einem durchschnittlichen Umsatz die Belastungen, die sich aus der Begrenzung des Vergütungsanspruchs ergeben können, zu verkraften imstande sind. Im Rahmen einer dem Normgeber erlaubten typisierenden Betrachtungsweise ist der erreichte Praxisumsatz nämlich ein entscheidendes Indiz für den Umfang, in dem der einzelne Vertragsarzt nach seiner persönlichen Entscheidung und/oder der von ihm vorgefundenen und nicht beeinflussbaren äußeren Bedingungen tätig sein will bzw. muss und in der Vergangenheit ohne die Gefährdung der Existenz seiner Praxis auch tätig geworden ist ([BSGE 83, 52, 57](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#)). Das gilt umso mehr, als sich größere Schwankungen im Leistungsverhalten bei langjährig betriebenen und etablierten Praxen in der Regel nur in begrenztem Umfang ergeben. Diese zunächst für den vertragszahnärztlichen Bereich getroffene Feststellung hat das BSG später auf den vertragsärztlichen Bereich unter Hinweis darauf ausgedehnt, es spreche nichts dafür, dass hier grundlegend andere Verhältnisse als im vertragszahnärztlichen Bereich bestünden (Urt. v. 13.03.2002 - [B 6 KA 48/00 R](#) -). Dieser Einschätzung schließt sich der Senat an.

Es kommt hinzu, dass nur ein Teil der vertragsärztlichen Honorare der Individualbudgetierung unterliege, während im budgetfreien, durch § 7 Abs. 1 Satz 3 HVM beschriebenen Bereich weiter Honorarsteigerungen möglich sind. Die dort aufgeführten Honoraranteile umfassen, wie die Beklagte in der mündlichen Verhandlung eingeräumt hat, in etwa 40 % der Gesamtvergütung. Allein die Vorweg abzüge des § 6 Abs. 3 HVM machen etwa ein Viertel der Gesamtvergütung aus (KVNo aktuell Extra 8/01, S. 7).

Die Bindung an das im Bemessungszeitraum erzielte Honorar dient in zulässiger Weise den von der Beklagten mit der in § 7 HVM geregelten Leistungsmengensteuerung verfolgten Zielen. Das BSG hat zu Begrenzungen der Gesamtpunktzahl, der Fallzahl und des Fallwertes ausgeführt, sie verringerten den Anreiz zur Ausweitung der Leistungsmenge. Gleichzeitig gewährleisteten sie für den einzelnen Vertragsarzt ein hohes Maß an Kalkulationssicherheit (vgl. i.E. BSG, Urt. v. 08.03.2000 - [B 6 KA 7/99 R](#) - [BSGE 86, 16, 21](#) = [SozR 3-2500 § 87 Nr. 23](#); Urt. v. 13.03.2002 - [B 6 KA 1/01 R](#); zuvor schon Urt. v. 21.10.1998 - [B 6 KA 60/97 R](#) - USK 98181). Diese Erwägungen treffen auch auf § 7 HVM zu. Gewiss wird damit die Chance des einzelnen Vertragsarztes gemindert, durch seinen Erfolg, die Attraktivität seiner Behandlung oder die Organisation sei neuer Praxis neue Patienten zu gewinnen oder sonst durch mehr Leistungen ein höheres Honorar zu erwirtschaften, und insofern der Wettbewerb unter den Vertragsärzten eingeschränkt. Diese Anreizminderung darf die Beklagte jedoch zur Erreichung der vorgenannten Ziele hinnehmen, zumal diese Ziele nicht minder als die Förderung des Wettbewerbs unter den Vertragsärzten letztlich der Qualitätssteigerung in der medizinischen Versorgung dienen.

Das Ziel der Berechenbarkeit des individuellen Einkommens wird dabei auch nicht deshalb verfehlt, weil - jedenfalls bei den vom Senat zu entscheidenden Streitigkeiten und auch im vorliegenden Fall - der genaue Punktzahlengrenzwert erst nach Ablauf der jeweiligen betroffenen Quartale mitgeteilt worden ist. Zwar hat das BSG in seiner Entscheidung zur rückwirkenden Einführung der Teilbudgets dargelegt,

Vorschriften, welche die vertragsärztliche Leistungserbringung steuern, begründeten einen besonderen Vertrauensschutz, weil im Nachhinein eine Umsteuerung nicht möglich sei (vgl. Ur. v. 17.09.1997 - [6 RKA 36/97](#) - [BSGE 81, 86](#), 92 f. = [SozR 3-2500 § 87 Nr. 18](#)). Diese Erwägungen greifen hier jedoch nicht durch. Denn die Beklagte hat bereits mit dem Heft KVNo-Aktuell 4/1999 im Mai 1999 Handreichungen zur Berechnung der Individualbudgets überreicht, die eine im Wesentlichen verlässliche Einschätzung ermöglichten. Wenn aber selbst die verspätete Bekanntgabe einer Norm im Hinblick auf vorangegangene, sie ankündigende Rundschreiben zulässig ist (vgl. BSG, Ur. v. 07.02.1996 - [6 RKA 68/94](#) - [BSGE 77, 288](#), 290 f. = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 11](#)), so kann im vorliegenden Fall nichts anderes gelten.

Ebenso wenig wird die Eignung von § 7 HVM, das Einkommen berechenbar zu machen und damit den Punktwert zu stabilisieren, durchgreifend dadurch in Frage gestellt, dass zwischen die Ermittlung des individuellen Punktzahlvolumens und das Honorar eine weitere Variable in Gestalt der Fachgruppenquote geschaltet ist (§ 7 Abs. 2 Sätze 3 und 4 HVM). Zwar hat diese, wie die Beklagte selbst einräumt, von Anfang an niedriger gelegen als angenommen (vgl. dazu KVNo Extra Aktuell 8/01, S. 15). Grund hierfür war, dass die zur Unterstützung neuer und unterdurchschnittlich abrechnender Praxen vorgenommene Rückstellung von 3 % des für die Individualbudgets maßgebenden Honorarvolumens (§ 7 Abs. 1 Satz 4 HVM) nicht ausgereicht hat, um das zulässige Wachstum der ser Praxen zu finanzieren. Überdies ergab sich ein unterschiedliches Wachstum in den einzelnen Fachgruppen. Schließlich haben die Fachgruppen ihren Leistungsbedarf verschieden stark gesteigert. All dies führt jedoch nicht dazu, dass die Regelung insgesamt ungeeignet ist oder sich wegen Verstoßes gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit als unwirksam erweist. Denn das BSG hat überzeugend dargelegt, dass dem Normgeber bei komplexen Regelungen im Anfangs- und Erprobungsstadium ein weiter gehender Gestaltungsspielraum zuzuerkennen ist (BSG, Ur. v. 29.01.1997 - [6 RKA 3/96](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 15](#)). Im Gegenzug muss er zwar die Umsetzung der Regelung in der Praxis beobachten und gegebenenfalls Anpassungen bzw. Verfeinerungen vornehmen. Dieser Verpflichtung ist die Beklagte jedoch nachgekommen. So hat sie mit Wirkung ab dem 01.07.2000 u.a. die Honorartöpfe neu bestimmt (§ 6 Abs. 5 HVM) und überdies praxisindividuelle Punktwerte nach Primär- und Ersatzkassen ein geführt (§ 7 Abs. 2 Satz 4 und 5 HVM; jeweils in der Fassung vom 13.05.2000, Rhein. Ärzteblatt 6/00, S. 75 ff.). Einzelne Arztgruppen (Kardiologen, Radiologen und Pathologen) sind zum 01.01.2000 - zum Teil vorübergehend - von den Individualbudgets ausgenommen worden (§ 7 Abs. 1 Satz 1 in der Fassung vom 27.11.1999; Rhein. Ärzteblatt 1/00, S. 59 ff.). Für Pathologen hat die Beklagte mit § 7b HVM eine gesonderte Regelung über den Punktzahlengrenzwert geschaffen, während für die beiden übrigen Arztgruppen seit dem 01.01.2001 ein veränderter Bemessungszeitraum gilt (§§ 7 Abs. 6 Sätze 1 und 2, 7a Abs. 2 Sätze 1 und 2 HVM in der Fassung vom 25.11.2000, Rhein. Ärzteblatt 1/01, S. 116 ff.). Das zulässige Wachstum von jährlich maximal 3 % bezieht sich seit dem 01.01.2000 nicht mehr auf das Vorjahresquartal, sondern auf den Bemessungszeitraum (§ 7 Abs. 3 Satz 2 in der Fassung vom 27.11.1999, a.a.O.) und wird seit dem 01.07.2001 getrennt von der solidarischen Finanzierung neuer Praxen finanziert (§ 7 Abs. 1 Sätze 4 ff. HVM in der Fassung vom 05.05.2001, Rhein. Ärzteblatt 6/01, S. 93 ff.).

Ob die Bildung von Individualbudgets dabei zeitlichen Grenzen unterliegt, insbesondere, ob solche Budgets für länger als vier oder fünf Jahre durchgehalten werden dürfen, ist im vorliegenden Fall nicht zu entscheiden. Denn es geht hier ausschließlich um die Anfangsphase der individuellen Budgetierung. Jedenfalls hat der Senat gegen die Geltung der Individualbudgets bis Ende 2002 keine grundsätzlichen Bedenken.

Rechtsfehlerfrei hat die Beklagte schließlich der Forderung des BSG Rechnung getragen, zur Vermeidung von Verstößen gegen die Honorarverteilungsgerechtigkeit für bestimmte untypische, nicht konkret vorhersehbare Umstände den Vorstand nach Art einer Generalklausel zu Ausnahmeentscheidungen zu ermächtigen (Ur. v. 21.10.1998 - [B 6 KA 65/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 27](#); [BSGE 83, 52](#), 61 = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#)). Insoweit beinhaltet § 7a Abs. 7 Buchst. d) HVM eine Ausnahmebestimmung, die sich speziell auf Sicherheitsaspekte bezieht und § 7a Abs. 8 HVM eine generelle Ausnahmeermächtigung für sonstige Fälle. Damit ist sicher gestellt, dass der Vorstand auf sämtliche atypischen Konstellationen angemessen reagieren kann (vgl. zu diesem Erfordernis BSG, Ur. v. 03.03.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)).

Weitergehende Ausnahmeregelungen brauchte die Beklagte im HVM nicht zu schaffen. Insbesondere gibt es im Rahmen von Honorarbegrenzungsregeln keinen Anspruch auf Berücksichtigung jedweder individueller, unter Umständen in Jahrzehnten gewachsener Praxisstruktur ([BSGE 81, 213](#), 223 = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#)), abgesehen davon, dass diese berücksichtigt worden sind, wenn sie sich auch in den Jahren 1997 und 1998 in der Honorarhöhe ausgedrückt haben.

Nicht zu beanstanden ist schließlich, dass die Beklagte sowohl hinsichtlich der Möglichkeit, den Bemessungszeitraum zu verlegen, als auch in Bezug auf das Recht des unbegrenzten Wachstums bis zum Fachgruppenschnitt zwischen sog. neuen Praxen, d.h. solchen, die weniger als 21 Quartale bestehen, und den sonstigen sog. etablierten Praxen differenziert hat. Zwischen Praxisanfängern und solchen Vertragsärzten, die bereits seit längerem tätig sind, bestehen Unterschiede von solchem Gewicht, dass eine Differenzierung hinsichtlich Bemessungszeitraum und der Veränderung des individuellen Leistungsbudgets nicht sachwidrig ist (vgl. hierzu grundsätzlich bereits [BSGE 81, 213](#), 222 = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#)). Insbesondere kann das Festhalten am Bemessungszeitraum der Quartale III/1997 bis II/1998 bei solchen Praxen zu erheblichen Ungerechtigkeiten führen, weil und soweit dieser Zeitraum mitten in ihre Gründungsphase fällt. Die Regelung des § 7a Abs. 6 HVM, die insoweit eine Ausnahme zulässt, betrifft nämlich Praxen, die ab dem Quartal III/1994 oder später gegründet worden sind, sich also während des Regelbemessungszeitraums erst im vierten Jahr ihrer Tätigkeit befunden haben. Die Möglichkeit, für die Dauer von 20 Quartalen unbegrenzt wachsen zu dürfen, trägt überdies dem Umstand Rechnung, dass Anfängerpraxen sich am Markt oftmals nur allmählich etablieren können und erst nach Ablauf eines bestimmten Zeitraums eine vergleichsweise konstante Patientenstruktur aufweisen. Indem die Beklagte diesen Zeitraum auf fünf Jahre veranschlagt hat, ist sie innerhalb des ihr bei der Honorarverteilung zustehenden Gestaltungsspielraums geblieben.

b) Nach Maßgabe dieser Grundsätze hat die Beklagte das zulässige Punktzahlvolumen der Kläger zutreffend berechnet. Die Kläger haben gegen die Berechnung als solche auch keine Einwände erhoben.

Zu Recht hat die Beklagte die Kläger dabei zum Zeitpunkt der Einführung der Individualbudgets mit dem Quartal III/1999 nicht als "neu" niedergelassene Ärzte mit einem Niederlassungszeitraum von bis zu 20 Quartalen angesehen. Denn die Kläger sind spätestens seit 1991 niedergelassen, haben das 20. Niederlassungsquartal also spätestens 1996 vollendet.

Ebenfalls zu Recht hat die Beklagte eine Ausnahmeregelung zugunsten der Kläger auf der Grundlage von § 7a Abs. 7 Buchst. d), Abs. 8 HVM abgelehnt.

Die Vorschrift des § 7a Abs. 7 Buchst. d) HVM setzt voraus, dass erstens besondere Umstände des Einzelfalles vorliegen, die in Sicherstellungsgründen wurzeln. Zweitens müssen diese Umstände gegenüber dem Bemessungszeitraum zu einer nachweislich veränderten Leistungsmenge geführt haben, mit der Folge, dass drittens das Verhältnis zwischen dieser Leistungsmenge und dem Punktzahlengrenzwert aus dem Bemessungszeitraum nicht mehr angemessen ist.

Soweit die Kläger sich im erstinstanzlichen Verfahren auf das Vorliegen eines atypischen Einzelfalles wegen der Schließung der sog. Praxis Gothe in ihrer näheren Umgebung berufen und damit einen Sicherstellungsgrund im Sinne dieser Bestimmung geltend gemacht haben, haben sie dies im weiteren Verfahren und insbesondere in der Berufungsinstanz nicht weiter verfolgt, nachdem die Beklagte zutreffend darauf hingewiesen hat, dass die Praxisschließung bereits 1996 erfolgt ist und sich daher in vollem Umfang im Bemessungszeitraum ausgewirkt hat.

Die übrigen von den Klägern für das ihrer Einschätzung nach verzögerte Wachstum ihrer Praxis geltend gemachten Umstände wurzeln sämtlich nicht in Sicherstellungsgründen. Dabei kann der Senat es dahingestellt lassen, ob der Beklagten bei der Feststellung solcher "Sicherstellungsgründe" ein gerichtlich nur beschränkt überprüfbarer Beurteilungsspielraum zukommt. Dagegen spricht allerdings, dass die KÄVen bei der Feststellung solcher Sicherstellungsgründe keinen Erkenntnis- oder Einschätzungsvorrang haben (vgl. BSG, Urt. v. 31.05.2001 - B 6 KA 53/00 R - SozR 3-2500 § 87 Nr. 31; Urt. v. 15.05.2002 - B 6 KA 22/01 R) und dass sich die in § 7a Abs. 7 Buchst. d) Satz 2 HVM aufgeführten Beispielfälle ohne Weiteres im Tatsächlichen nachprüfen lassen. Dabei bestehen im vorliegenden Fall jedoch, wie die Beklagte im Widerspruchsbekleid zutreffend ausgeführt hat, keine Anhaltspunkte für eine Leistungssteigerung aus Sicherstellungsgründen. Welche Gründe insoweit in Betracht kommen, ist in § 7a Abs. 7 Buchst. d) Satz 2 HVM beispielhaft aufgeführt. Es handelt sich sämtlich um vom einzelnen Vertragsarzt nicht beeinflussbare äußere Umstände, die eine atypische Leistungssteigerung der Praxis erforderlich machen. Hierfür ist im vorliegenden Fall jedoch nichts ersichtlich oder vorgetragen. Vielmehr beschreiben die Kläger das charakteristische Bild einer sich allmählich etablierenden Praxis, die in der für städtische Bereiche typischen Konkurrenzdichte nur allmählich wächst und aufgrund der für eine vergleichsweise neue Praxis ebenfalls nicht ungewöhnlich niedrigen Rentnerzahl ein im Verhältnis eher geringes Leistungsvolumen erbringt. Dementsprechend zeigt auch die Auswertung der Abrechnungsunterlagen im Anschluss an den Bemessungszeitraum einen gemäßigten Anstieg der Fallzahlen bei zum Teil sogar leicht rückläufigem Leistungsbedarf.

Im Hinblick hierauf brauchte die Beklagte auch keine Ausnahmeregelung im Sinne von § 7a Abs. 8 HVM zu treffen. Diese Generalklausel kann nämlich ebenfalls nur solche Fälle erfassen, die untypisch und nicht konkret vorhersehbar sind. Dagegen müssen typischerweise vorhersehbare Fallgruppen zumindest in den Grundzügen im HVM selbst geregelt werden, um die Kompetenz für die Honorarverteilung nicht zu weitgehend von der Vertreterversammlung auf den Vorstand zu verlagern. Hierzu zählt insbesondere der Umstand, dass vertragsärztliche Praxen insbesondere in der Gründungsphase regelmäßig unterdurchschnittlich viele Patienten behandeln und die durchschnittliche Fallzahl bzw. das durchschnittliche Punktevolumen ihrer Fachgruppe erst nach einem von Praxis zu Praxis verschiedenen langen Zeitraum des Aufbaus erreichen (BSGE 83, 52, 58 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 28).

3. Rechtswidrig ist der HVM der Beklagten (und damit der auf ihm fußende Abrechnungsbescheid) demgegenüber, soweit er für Praxen, deren Individualbudget unter dem Fachgruppendurchschnitt liegt, lediglich einen unterschiedslosen Punktzahlzuwachs bis zum durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der Fachgruppe von 3 % gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal zulässt (§ 7 Abs. 3 Satz 2 HVM). Insoweit verstößt die Regelung gegen den aus Art 3 Abs. 1 GG i.V.m. Art 12 Abs. 1 GG abzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Vielmehr ist bei der Möglichkeit des Honorarzuwachses grundsätzlich zwischen denjenigen Praxen zu differenzieren, die ihre Leistungsmenge erhöhen und denjenigen, bei denen das nicht der Fall ist. Für die erstere Gruppe ist darüber hinaus die Begrenzung des Zuwachses auf 3 % unangemessen.

a) Nach der Rechtsprechung des BSG, der sich der Senat anschließt, wird der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit auch dann verletzt, wenn eine HVM-Regelung bei Vorliegen wesentlicher Unterschiede zwischen den betroffenen Arztgruppen bzw. Ärzten keine differenzierende Regelung trifft. Zwei Gruppen, die sich in verschiedener Lage befinden, dürfen nämlich nur bei Vorliegen zu reichender Gründe gleich behandelt werden. Dagegen ist es mit Art 3 Abs. 1 GG unvereinbar, Ungleiches gegen ein zwingendes Gebot gleichzubehandeln (vgl. BSGE 83, 52, 58 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 28 m.w.N. aus der Rechtsprechung des BVerfG).

Dabei durfte die Beklagte die in § 7 Abs. 3 Satz 2 HVM enthaltene pauschalierende Regelung nicht schon deshalb treffen, weil sie lediglich einen geringen Teil der Normunterworfenen belastete und diese im Hinblick auf die angestrebten Ziele (Stabilisierung des Punktwertes, Vorausberechenbarkeit des Honorars) eine solche Pauschalierung hinnehmen müssten. Zwar hat die Beklagte vorgetragen, der erlaubte Zuwachs von 3 % beruhe auf Erfahrungswerten aus der Zeit vor dem Quartal II/1999. Danach mag sie davon ausgegangen sein, der größte Teil der von § 7 Abs. 3 Satz 2 HVM angesprochenen Praxen werde den Zuwachs von 3 % nicht ausschöpfen können. Indessen sind nach den von ihr im Schriftsatz vom 18.11.2002 (überreicht im Verfahren L 11 KA 17/02 LSG NRW) vorgelegten Zahlen im Quartal III/1999 3.808 der insgesamt 4.605 etablierten Praxen, deren Individualbudgets unter dem Fachgruppendurchschnitt lagen, von Kürzungsmaßnahmen auf der Grundlage des § 7 Abs. 3 HVM betroffen gewesen. Das entspricht einem Anteil von 82,7 %. Bezogen auf die Gesamtzahl der Praxen beträgt der Anteil immer noch 34,3 %. Auch wenn sich die genannten Daten aufgrund nachträglich gewährter Ausnahmeregelungen weiter reduzieren sollten, würde dies am Ergebnis der Beurteilung nichts ändern. Denn selbst wenn sich die Zahl der von Kürzungsmaßnahmen betroffenen Praxen halbiert haben sollte (wofür die Beklagte bislang verlässliches statistisches Material nicht vorlegen konnte), wären immer noch über 40 % der unterdurchschnittlich abrechnen den Praxen durch § 7 Abs. 3 Satz 2 HVM an einem stärkeren Wachstum gehindert worden. Auch damit wäre jedoch der Bereich noch zulässiger pauschalierender Regelungen deutlich überschritten. Insoweit orientiert sich der Senat an der höchstrichterlichen Rechtsprechung, derzufolge eine Pauschalierung jedenfalls dann unzulässig wird, wenn mehr als 10 % der Normunterworfenen nicht mehr dem Typ des Normadressaten entspricht, den der Normgeber sich bei Schaffung der Vorschrift vorgestellt hat (vgl. hierzu BVerwG, Beschl. v. 19.09.1983 - B N 1/83 - BVerwGE 68, 36, 41).

Die Kläger gehören dabei zu derjenigen Gruppen von Vertragsärzten, die von § 7 Abs. 3 Satz 2 HVM nachteilig betroffen werden. Vom anerkannten Leistungsbedarf von 1.051.265,4 Punkten für kurative Leistungen ohne Psychotherapie sind ihnen im Quartal III/1999 lediglich 829.911,8 Punkte nach einem Punktwert von 10,0 Pf (ohne Berücksichtigung der Fachgruppenquote) vergütet worden, obwohl ihr anerkannter budgetrelevanter Leistungsbedarf im Vergleich zum Vorjahresquartal um 11 % gestiegen ist und sich ihre Fallzahl von durchschnittlich 1.325 im Bemessungszeitraum bzw. 1.335 im Vorjahresquartal auf 1.377 (also um 3,9 % bzw. 3,1 %) erhöht hat. Von dem um 111.766 Punkte gestiegenen Leistungsbedarf ist nur ein Zuwachs von 28.185 Punkten in die Honorarberechnung eingeflossen. Nicht anders

verhält es sich im Quartal IV/1999. Hier sind ohne Berücksichtigung der Fachgruppenquote 832.506,1 Punkte des anerkannten budgetrelevanten Leistungsbedarfs von 1.144.046,8 Punkten mit einem Punktwert von 10,0 Pf vergütet worden. Dabei ist der anerkannte Leistungsbedarf gegenüber dem Vorjahresquartal um 12 % gestiegen, und auch die Fallzahl hat sich erhöht (von 1.429 im Vorjahresquartal auf 1.525). Dementsprechend ist vom um 118.072,2 Punkte gewachsenen Leistungsbedarf nur ein Zuwachs von 30.779,3 Punkten in die Honorarberechnung eingeflossen.

Zu Unrecht differenziert § 7 Abs. 3 Satz 2 HVM nicht zwischen solchen Praxen, die (wie die Kläger) ihren anerkannten budgetrelevanten Leistungsbedarf im aktuellen Quartal gegenüber dem Bemessungszeitraum oder dem Vorjahresquartal tatsächlich zulässigerweise steigern und solchen, die ein konstantes oder gar sinkendes Leistungsvolumen oberhalb ihres Individualbudgets erbringen.

Hat eine Praxis beispielsweise im Bemessungszeitraum einen anerkannten Leistungsbedarf von 1,2 Mio. Punkten gehabt und hieraus bei einem Punktwert von 6,7 Pf ein budgetrelevantes Honorar von 80.000 DM erwirtschaftet, so beträgt ihr individueller Punktzahlengrenzwert - die Rückstellung von 3 % aus Gründen der Übersichtlichkeit vernachlässigt - 800.000 Punkte. Liegt der durch durchschnittliche Punktzahlengrenzwert demgegenüber z.B. bei 1 Mio. Punkten, so erzielt diese Praxis eine jährliche Honorarsteigerung von 3 %, selbst wenn sie ihr Leistungsvolumen konstant hält oder um bis zu 20 % auf gut 800.000 Punkte zurückfährt, und zwar ohne jeden Bezug zur Fallzahlentwicklung. Diesem fiktiven Beispiel kann nicht entgegengehalten werden, es handele sich um einen erdachten, in der Wirklichkeit nicht anzutreffenden Ausnahmefall. Denn die geschilderte Möglichkeit einer Leistungsmengenreduzierung trotz gleichzeitiger Honorarsteigerung hat in vier der fünf vom Senat in seiner Sitzung vom 20.11.2002 verhandelten Praxisfällen (so z.B. im Verfahren L 11 KA 14/02 LSG NRW) bestanden, wie mit allen Beteiligten erörtert worden ist.

Zwischen Ärzten, die auf diese Weise ihr Leistungsvolumen absenken bzw. konstant halten und denjenigen, die wie die Kläger in ihrem Wachstum durch Erhöhung des Leistungsvolumens und/oder der Fallzahl beschränkt werden, bestehen Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht, dass eine Differenzierung unverzichtbar ist. Dabei verkennt der Senat nicht, dass Sinn und Zweck des § 7 Abs. 3 Satz 2 HVM auch darin bestehen, die Letztgenannten allmählich an einen tatsächlichen Punktwert von 10,0 Pf und damit auch an das durchschnittliche Honorar heranzuführen. Indessen zeichnen sich die betreffenden Vertragsärzte dadurch aus, dass sie entweder die bewusste Entscheidung treffen, an einem bereits erreichten Leistungsvolumen festzuhalten und ein im Wesentlichen konstantes, bestenfalls allmählich steigendes Honorar in Kauf zu nehmen, oder aber dass sie mit dem konstanten Leistungsvolumen - aus welchen Gründen auch immer - an den Grenzen ihrer praxisindividuellen Möglichkeiten angelangt sind. In beiden Fällen stellt das konstante Leistungs- und Umsatzniveau einen zuverlässigen Indikator des (von dem Vertragsarzt gewünschten oder maximal erreichbaren) Ausmaßes seiner Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung dar. Demgegenüber zeichnen sich Vertragsärzte wie die Kläger durch den Willen und die Fähigkeit zur weiteren Erhöhung des Leistungsvolumens aus. Das gegenwärtig erreichte Leistungs- und Honorarniveau ist bei ihnen nur unvermeidliches Durchgangsstadium auf dem Weg zu einer gewünschten größeren Patienten- bzw. Leistungsmenge.

Lassen sich diese Vertragsärzte nicht gegen ihren Willen auf diesem Niveau festhalten, werden sie entgegen dem mit § 7 HVM verfolgten Ziel, einen festen Punktwert von 10,0 Pf zu erreichen, an einem niedrigen tatsächlichen Punktwert festgehalten. Der Fall der Kläger bestätigt das. Für sie errechnet sich, ähnlich wie im Bemessungszeitraum, ein tatsächlicher Punktwert von 7,5 Pf, der auch in den Folgequartalen zunächst allenfalls marginal angestiegen, im Quartal I/2001 z.B. sogar auf 7,2 Pf abgesunken ist.

Der Senat sieht keine durchgreifenden Schwierigkeiten, eine Differenzierung zwischen Praxen mit einem steigenden Leistungsvolumen einerseits und solchen mit einem konstanten oder sinkenden Leistungsvolumen andererseits, in der Praxis umzusetzen. Die hierfür erforderlichen wesentlichen Parameter sind, wie den von der Beklagten als Anlagen zu den Abrechnungsbescheiden verschickten Leistungsmengensteuerungen und der einmal versandten Ermittlung des maximal zulässigen Punktzahlvolumens entnommen werden kann, sämtlich erhoben worden bzw. werden laufend erhoben. Das gilt ungeachtet der Frage, ob für die Leistungssteigerung (wie neuerdings) an den Bemessungszeitraum oder (wie im streitbefangenen Quartal III/1999) an das Abrechnungsergebnis des Vorjahres quartals angeknüpft wird. Wie in der mündlichen Verhandlung festgestellt worden ist, stehen keine technischen Schwierigkeiten entgegen, einen individuellen Punktzahl- und damit möglichen Honorarzuwachs mit einer Steigerung des anerkannten Leistungsbedarfs zu verknüpfen.

b) § 7 Abs. 3 Satz 2 HVM verstößt darüber hinaus gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit auch insofern, als er die Ärzte mit einem Individualbudget unter dem durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der Fachgruppe, die ihr Leistungsvolumen im Verhältnis zum Vorjahresquartal bzw. Bemessungszeitraum steigern, daran hindert, ihren Umsatz in angemessener Zeit bis zum durchschnittlichen Umsatz der Fachgruppe zu steigern.

Das BSG hat hierzu mehrfach überzeugend ausgeführt, kleineren Praxen müsse stets die Chance belassen werden, durch Steigerung ihrer Fallzahl das durch durchschnittliche Umsatzniveau ihrer Arztgruppe zu erreichen ([BSGE 83, 52](#), 57 ff. = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#); [Urt. v. 13.03.2002 - B 6 KA 1/01 R](#) -). Den hierzu angestellten ausführlichen Erwägungen schließt der Senat sich nach eigener Prüfung ausdrücklich an. Zwar sind dabei bislang die Fragen noch nicht beantwortet, ob diese Wachstumsmöglichkeit überhaupt, gegebenenfalls in welchem Umfang bzw. über welchen Zeitraum beschränkt werden darf und welche Einbußen etablierten, überdurchschnittlich abrechnenden Praxen im Rahmen einer vorgegebenen, begrenzten Gesamtvergütung zur Finanzierung des Wachstums kleinerer Praxen zugemutet werden dürfen. Die Chance des Wachstums bis zum durchschnittlichen Fachgruppenthonorar hat für die betroffenen Praxen jedoch nur dann einen wirtschaftlichen Wert, wenn sie innerhalb eines angemessenen Zeitraums realisiert werden kann. Zu Unrecht nimmt die Beklagte in diesem Zusammenhang einen besonders weit gehenden Beurteilungsspielraum für sich in Anspruch. Die Beschränkung eines grundrechtlich verbürgten Anspruchs erfordert nämlich eine besondere Rechtfertigung und unterliegt dementsprechend einer erhöhten gerichtlichen Kontrolldichte. Das gilt umso mehr, als im Rahmen typisierender Regelungen immer auch maßgebend ist, mit welchem Aufwand eine hierdurch entstehende Ungerechtigkeit vermeidbar ist (vgl. [BVerfG, Beschl. v. 08.02.1983 - 1 BvL 28/79 - BVerfGE 63, 119, 128](#)), oder ob eine der Verfassung besser entsprechende Regelung genauso möglich ist (vgl. [BVerfG, Beschl. v. 26.04.1978 - 1 BvL 29/76 - BVerfGE 48, 227, 239](#)).

Durch die Regelung des § 7 Abs. 3 Satz 2 HVM wird das Recht auf Wachstum bis zum Fachgruppenthonorar in einem angemessenen Zeitraum erheblich beschränkt, weil die Praxen nicht um mehr als 3 % im Vergleich zum Vorjahresquartal, faktisch also pro Jahr, wachsen dürfen. Zwar ermöglicht diese Regelung den betroffenen Praxen noch, exponentiell zu wachsen, während die ab dem Quartal I/2000 geltende Nachfolgebestimmung nur noch ein lineares Wachstum bezogen auf den Bemessungszeitraum erlaubt. Gleichwohl benötigt, eine



Praxis, deren Individualbudget 50 % des durchschnittlichen Punktzahlengrenzwertes der Fachgruppe beträgt, selbst für ein exponentielles Wachstum ihres Honorars auf der Grundlage der im Quartal III/1999 geltenden Regelungen bis zum Fachgruppendurchschnitt 24 Jahre. Eine Praxis mit einem Individualbudget in Höhe von 75 % des durchschnittlichen Punktzahlengrenzwertes braucht hier für immerhin noch 10 Jahre. Dabei ist noch nicht eingerechnet, dass auch die unterdurchschnittlichen Praxen von ihrem im Bemessungszeitraum erzielten Honorarvolumen zunächst 3 % zu ihrer eigenen Finanzierung abgeben müssen, was die Entwicklung des individuellen Punktzahlengrenzwertes zusätzlich verlangsamt. Für das Honorar der Kläger gilt nichts anderes. Ausgehend von einem ab dem Quartal I/2000 nur noch linear möglichen Wachstum benötigt sie bei einem maximal zulässigen Punktzahlvolumen von 801.726,8 Punkten nunmehr sogar 18 Jahre, um an den durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der Fachgruppe von 1.224.132 Punkten heranzuwachsen.

Noch härter als die Kläger trifft dies diejenigen Vertragsärzte, die sich auch als sog. etablierte Praxen nach mehr als 20 Quartalen an einem Honorarvolumen festhalten lassen müssen, das sie während ihrer Aufbauphase erzielt haben. Die in dieser Phase auftretenden typischen Anfängerschwierigkeiten werden auf diese Weise praktisch für die gesamte Praxisentwicklung fest geschrieben. In erster Linie benachteiligt werden hiervon alle Praxen, die in der Zeit von IV/1992 bis II/1994 entstanden sind, bei denen also der Bemessungszeitraum ganz oder zum Teil ins vierte oder fünfte Jahr der Praxisführung fällt, die aber andererseits die Ausnahmvorschrift des § 7a Abs. 6 HVM für sich nicht mehr in Anspruch nehmen können. Das Recht auf Wachstum bis zum durchschnittlichen Honorar der Fachgruppe ist auf diese Weise faktisch weit gehend entwertet. Darin liegt für die betroffenen Ärzte eine unangemessene Benachteiligung.

Die beanstandeten Regelungen lassen sich dabei auch nicht unter dem Gesichtspunkt des erweiterten Beurteilungsspielraums bei Anfangs- bzw. Erprobungsregelungen halten. Denn die von der Beklagten vorgenommene Weichenstellung ist bereits im Ansatz verfehlt und verfestigt Ungerechtigkeiten dadurch, dass sich dieser Ansatz in sämtlichen nachfolgenden Budgetberechnungen fortsetzt. Überdies ist nicht ersichtlich, dass die Beklagte insoweit im Rahmen ihrer Beobachtungs- und Anpassungspflicht bis zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung eine Korrektur vorgenommen hätte.

Bei der Änderung bzw. Ergänzung dieser Regelungen wird die Beklagte berücksichtigen dürfen, dass ein Wachstum etablierter, unterdurchschnittlich abrechnender Praxen bis zum Fachgruppendurchschnitt bei einer ihrem Anstieg nach begrenzten Gesamtvergütung nur solidarisch finanziert werden kann. Das kann es erforderlich machen, auch die Wachstumsmöglichkeiten solcher Praxen zu begrenzen, um eine übermäßige Belastung derjenigen Praxen, die ihrerseits keine Steigerungsmöglichkeiten mehr haben, zu verhindern. Bei der danach erforderlichen Abwägung wird die Beklagte allerdings zu beachten haben, dass das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit für Praxen mit einem Individualbudget unterhalb des durchschnittlichen Punktzahlengrenzwertes der Fachgruppe ein möglichst weitgehend proportionales Wachstum von zulässiger, insbesondere durch Fallzahlsteigerungen hervorgerufener, Leistungsmengensteigerung und Honorarzuwachs gebietet. Soweit das BSG dabei in seiner Entscheidung vom 13.03.2002 ([B 6 KA 48/00 R](#)) erwogen hat, dass Fallzahlzuwachsbeschränkungen auch einen unter 5 % liegenden Zuwachs vorsehen dürften, wird sich diese Erwägung nicht auf den vorliegenden Fall übertragen lassen.

Wie das BSG nämlich in seiner Entscheidung vom selben Tag zu den von ihm für zulässig erachteten Fallzahlzuwachsbeschränkungen der KÄV Westfalen-Lippe aus geführt hat, ist die dortige Regelung gerade deshalb wirksam, weil sie Praxen mit unterdurchschnittlicher Fallzahl nicht betrifft und ihnen ein Wachstum bis zum Fachgruppendurchschnitt ermöglicht ([B 6 KA 1/01 R](#)).

Bei der Beurteilung der Frage, bis zu welchem Umfang es zumutbar ist, das Wachstum bisher unterdurchschnittlich abrechnender Praxen solidarisch zu finanzieren, wird die Beklagte in Rechnung stellen müssen, dass ein deutlich höherer jährlicher Punktzahlzuwachs das zu seiner Finanzierung notwendige Rückstellungsvolumen nicht in gleichem prozentualen Umfang erhöht. Nach den von der Beklagten mit Schriftsatz vom 18.11.2002 überreichten Berechnungen waren zur Finanzierung des 3 %igen Zuwachses im III. Quartal 1999 79.111.106,9 Punkte (nämlich 76.898.108,1 Punkte für gekürzte Praxen, die ihr Zuwachsvolumen ausgeschöpft haben, und weitere 2.212.329,8 Punkte für Praxen, die ihren maximalen Zuwachs nicht erreicht haben). Das entspricht im Hinblick auf die Fachgruppenquoten einem Honorarvolumen von etwa 7 Mio. DM. Die Finanzierung eines Zuwachses von z.B. 10 % hätte danach höchstens 22 Mio. DM erfordert, ohne dass der Senat damit entscheidet, dass ein Zuwachs in dieser Höhe gewährleistet sein muss. Berücksichtigt man weiter, dass die Beklagte pro Quartal ein Honorarvolumen von etwa 1,4 Mrd. DM verteilt und dass hiervon nach eigenen Angaben auf der Grundlage von § 6 Abs. 3 HVM etwa 40 % vorab zu verteilen sind, so verbleibt ein Volumen von 830 Mio. DM. Hiervon 3 % entspricht etwa 25 Mio. DM. Erhöht man diesen Betrag um die Differenz von 22 Mio. DM und 7 Mio. DM, also um 15 Mio. DM, so ergibt sich eine Rückstellung von 40 Mio. DM. Das entspricht einem Anteil von 4,8 % an der nach den Abzügen des § 6 Abs. 3 HVM zur Verteilung stehenden Vergütung. Auch wenn man zusätzlich in Rechnung stellt, dass vor Bildung der Individualbudgets auf der Grundlage des § 7 Abs. 1 Satz 3 HVM Abzüge erfolgen, die allerdings weitestgehend mit denen des § 6 Abs. 3 HVM identisch sind, ergibt sich keine wesentliche Abweichung. Vielmehr ist unbedenklich anzunehmen, dass eine Erhöhung des zulässigen Wachstums unterdurchschnittlich abrechnender Praxen um mehr als das Dreifache durch eine Erhöhung der Rückstellung auf weit weniger als das Doppelte der jetzigen Werte zu finanzieren wäre.

Zusätzlich fallen folgende Gesichtspunkte ins Gewicht: Wenn die Erfahrungswerte der Beklagten, auf die sie das erlaubte Wachstum von jährlich 3 % gestützt hat, auch nur annähernd zutreffen, werden längst nicht alle Praxen eine höhere Zuwachsmarge ausnutzen. Zudem wird die Belastung der Vertragsärzte mit einer höheren Rückstellung nur einen vorübergehenden Zeitraum in Anspruch nehmen, da schnell wachsende oder nur mit ihrem Individualbudget nur knapp unter dem durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der Fachgruppe liegende Praxen vergleichsweise zügig den Fachgruppendurchschnitt erreichen und auf diese Weise von "Auch-Nehmer-Praxen" zu reinen "Geber-Praxen" werden. Schließlich wird auch die gebotene Differenzierung zwischen real wachsenden und stagnierenden oder sogar schrumpfenden Praxen unterhalb des Fachgruppen durchschnitts die Gesamtbelastung verringern. Die Letztgenannten auf einem Wachstum von höchstens 3 % jährlich oder auch darunter festzuhalten, bestünden nach Ansicht des Senates unter den geschilderten Differenzierungsgesichtspunkten nämlich keine Bedenken.

Dabei wird die Beklagte zur Überzeugung des Senats auch weiter auf eine Steigerung der Punktzahlenmenge und nicht nur der Fallzahl abheben dürfen. Zwar hat das BSG, soweit es Kontingenzierungsregeln wegen unzureichender Wachstumsmöglichkeiten für unzulässig gehalten hat, stets auf das Fallzahl- und nicht das Punktzahlwachstum abgestellt (vgl. [BSGE 83, 52, 57 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#); bestätigt in [Urt. v. 13.03.2002 - B 6 KA 1/01 R](#) -). In der Tat werden regelmäßig keine legitimen Gründe bestehen, den Leistungsbedarf der Praxis, also das Punktevolumen, auszuweiten, ohne dass dem eine Steigerung der Fallzahl korrespondiert. Dies führt aber nicht dazu, dass eine auf die Punktzahlsteigerung abstellende Regelung unzulässig wird. Soweit die Erhöhung des Leistungsbedarfs auf einem Fallzahlzuwachs beruht,

bedarf dies keiner näheren Darlegung. Einer ungerechtfertigten Leistungsausweitung kann mit den Mitteln der Wirtschaftlichkeitsprüfung begegnet werden. Im Übrigen ermöglicht die von der Beklagten geschaffene Regelung es aber auch, geringe Schwankungen des Leistungsbedarfs gegenüber dem vergleichsweise kurzen Bemessungszeitraum angemessen zu berücksichtigen.

4. Der Senat hat den Tenor der erstinstanzlichen Entscheidung präzisiert und neu gefasst. Dabei war gleichzeitig klarzustellen, dass die "Kürzungen" aus den Leistungsmengensteuerungen (Bescheide vom 14.01.2000 bzw. 13.04.2000 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.01.2001) nicht ersatzlos wegfallen müssen, sondern von der Beklagten unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senates neu festzulegen sind. Lediglich insoweit war die Berufung der Beklagten begründet.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtsfragen hat der Senat die Revision zugelassen ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-08-21