

L 10 KA 67/02

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
10
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 17 KA 49/01
Datum
14.08.2002
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 10 KA 67/02
Datum
23.07.2003
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 76/03 R
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf wird zurückgewiesen. Die Kläger tragen die außergerichtlichen Kosten des Beklagten auch für das Berufungsverfahren. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Kläger wenden sich gegen die Begrenzung des abrechenbaren Punktzahlvolumens für vertragsärztliche Leistungen im Quartal IV/ 1999 gem. § 7 HVM - Individualbudget -.

Ab dem Quartal III/99 führte die Beklagte in ihrem Honorarverteilungsmaßstab (HVM) die Regelungen der sogenannten Individualbudgets ein (Beschluss der Vertreterversammlung vom 17.04.1999, Rhein. Ärzteblatt VI/99, rückwirkend geändert durch den Beschluss vom 07.08.1999, Rhein. Ärzteblatt IX/99). Gemäß § 7 Abs. 1 HVM erhält jede vertragsärztliche Praxis ein individuelles Leistungsbudget (Punktzahlengrenzwert). Abrechnungspunktzahlen, die diese Grenze überschreiten, werden nicht vergütet. Nach § 7 Abs. 6 gelten als Bemessungszeitraum die Quartale III/97 bis II/98. Das individuelle Leistungsbudget wird aus den individuellen Umsätzen des Durchschnittes des Bemessungszeitraums ermittelt.

Die Kläger sind als HNO-Ärzte in E zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Für das streitige Quartal wurden mit Bescheid vom 13.04.2000 die Regelung über das Individualbudget angewendet. Das maximal zulässige Punktzahlvolumen der Kläger wurde mit 2.506.497,2 Punkten (2 Ärzte) angegeben, der durchschnittliche Punktzahlengrenzwert der Fachgruppe mit 1.938.622,0 (2 Ärzte). Die Überschreitung der maximal abrechenbaren Punktzahl wurde mit 352.511,5 Punkten festgestellt. Mit ihrem Widerspruch machten die Kläger geltend, die Kürzung in Höhe von 352.511,5 Punkten nach § 7 HVM als Fallzahlzuwachsbegrenzung verstoße gegen die geltende Rechtsprechung und sei unwirksam. Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 03.01.2001 zurückgewiesen; die in § 7 HVM getroffene Regelung zum Individualbudget sei mit der gesetzlichen Vorgabe in [§ 85 Abs. 4](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) - Gesetzliche Krankenversicherung - vereinbar, da sie dem Ziel diene, bei begrenzten Gesamtvergütungen und Steigen der Leistungsmenge dem einzelnen Vertragsarzt eine gewisse Planungs- und Kalkulationssicherheit im Voraus, d.h. vor Leistungserbringung, zu geben. Unter diesen Voraussetzungen könne für die Festlegung des dem Vertragsarzt zustehenden Kontingents auch an sein früheres Leistungsvolumen angeknüpft werden. Dieses gelte um so mehr, als für Inhaber neu gegründeter Praxen in § 7 a Abs. 6 HVM eine Ausnahmeregelung getroffen worden sei. Eine derart beschaffene Regelung genüge den Erfordernissen, die das Bundessozialgericht (BSG) durch aktuelle Rechtsprechung entwickelt habe.

Dagegen haben die Kläger am 05.02.2001 (Montag) Klage erhoben und vorgetragen, es sei nicht zulässig, dass sie, die über dem Fachgruppendurchschnitt lägen, nicht wachsen könnten, sondern auf den Status quo eingefroren würden. Eine solch strikte Begrenzung sei nicht zulässig; ein gewisses Wachstum müsse zugelassen werden. Derartige Begrenzungen habe die Rechtsprechung bisher nur im zahnärztlichen Bereich, für den aber andere Voraussetzungen gelten würden, als zulässig erachtet.

Die Kläger haben beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Widerspruchsbescheides vom 03.01.2001 zu verurteilen, über den Widerspruch der Kläger gegen den Abrechnungsbescheid IV/99 erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden, hilfsweise, die Sprungrevision zuzulassen. Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat ausgeführt, mengenbegrenzende Honorarverteilungsregelungen auf der Grundlage individueller Bemessungsgrundlagen seien in der höchst- und obergerichtlichen Rechtsprechung mehrfach für recht- bzw. verfassungsmäßig erachtet worden. Einen Grundsatz, dass eine individuelle Kontingentierung nur zulässig sei, wenn eine Aufspaltung der Honorarverteilung in eine Vergütung nach festen Punktwerten einerseits sowie in eine abschließende Restvergütung nach schwankenden Punktwerten vorgesehen sei, habe das BSG in seinen Entscheidungen nicht aufgestellt. Es habe lediglich eine HVM-Regelung, die anders als die der Beklagten eine entsprechende Differenzierung vorsehe, für grundsätzlich zulässig erachtet. Ebenso habe das BSG individuelle Kontingentierungen mit festen Punktwerten, die an individuelle Abrechnungswerte vergangener Quartale anknüpften, im Grundsatz nicht beanstandet. Es habe vielmehr festgestellt, dass die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung berechtigt sei, der Budgetierung der Gesamtvergütungen durch Einführung einer am bisherigen Umsatz der einzelnen praxisorientierten Bemessungsgrenze Rechnung zu tragen, bis zu der (zahn-)ärztliche Leistungen nach festen Punktwerten vergütet würden. Es sei nur nicht mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit vereinbar, wenn die mit der individuellen Bemessungsgrenze beabsichtigte Vergütungsbegrenzung neu gegründete oder unter dem Durchschnitt liegende Praxen faktisch daran hindere, ihren Umsatz durch einen Zugewinn von Patienten zumindest bis zum durchschnittlichen Umsatz der Fachgruppe steigern zu können. Dies sei durch die streitige Regelung des § 7 HVM gewährleistet. Darüber enthalte der hier maßgebliche HVM Sondervorschriften, die eine Anpassung der Individualwerte erlaubten.

Das SG hat mit Urteil vom 14.08.2002 die Klage abgewiesen; es hat die im streitigen Quartal zugrunde zu legenden Regelungen des HVM als rechtmäßig erachtet.

Gegen das am 09.09.2002 zugestellte Urteil haben die Kläger am 04.10.2002 Berufung eingelegt, nachdem die Beklagte ihre Zustimmung zur Sprungrevision nicht erteilt hatte. Sie haben zur Begründung im wesentlichen vorgetragen, auch wenn ihre Punktzahlen über dem Fachgruppendurchschnitt lägen, müsse ein gewisses Wachstum zugelassen werden. Vor dem 01.01.1998 habe bereits ein höherer Punktzahlengrenzwert bestanden, der drastisch herabgesetzt worden sei und nunmehr als Fachgruppendurchschnitt angenommen werde. Sie lägen also gar nicht über dem Fachgruppendurchschnitt, weil dieser unzutreffend bestimmt worden sei. Die Referenzquartale III/97 bis II/98 lägen zu weit vor dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der ab III/99 geltenden Regelungen. Ferner sei in den den Referenzquartalen folgenden Quartalen keine Arztzahldynamisierung durchgeführt worden, so dass dies weiter zu Lasten der Ärzte in den betreffenden Honorartöpfen gehe. In seinen Ausführungen, dass nur ca. 60% der Leistungen in das Individualbudget fielen, hinsichtlich der übrigen 40% ein Wachstum möglich sei, habe das SG übersehen, dass sie keine maßgeblichen Umsätze mit Leistungen erzielten, die unter diese 40% fielen.

Die Kläger beantragen,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 14.08.2002 abzuändern und die Beklagte unter Aufhebung des Widerspruchsbescheides vom 03.01.2001 zu verurteilen, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats über ihren Widerspruch gegen den Bescheid vom 13.04.2000 neu zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 14.08.2002 zurückzuweisen.

Zur Begründung verweist sie auf die Entscheidung des 11. Senates des Landessozialgerichts Nordrhein - Westfalen (LSG NRW) vom 20.12.2002 - [L 11 KA 85/02](#) -, wonach die Einrichtung von Individualbudgets mit [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) vereinbar sei. In diesem Urteil sei der HVM nur insoweit beanstandet worden, als er für Praxen, deren Individualbudget unter dem Fachgruppendurchschnitt liege, lediglich einen unterschiedslosen Punktzahlenzuwachs bis zum durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der Fachgruppe von 3% gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal zulasse. Den Klägern sei jedoch bereits ein maximal zulässiges Punktzahlvolumen zugestanden worden, das weit oberhalb des Grenzwertes der Fachgruppe liege.

Hinsichtlich des Sach- und Streitstandes im Übrigen nimmt der Senat Bezug auf die Gerichtsakte und den Verwaltungsvorgang der Beklagten. Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Kläger sind durch den angefochtenen Bescheid nicht beschwert, da dieser rechtmäßig ist. Die diesem zu Grunde liegenden Regelungen des § 7 HVM sind nicht zu beanstanden.

Zur Begründung wird auf die folgenden Ausführungen des 11. Senats des LSG NRW in der Entscheidung vom 20.11.2002 ([L 11 KA 85/02](#)) hingewiesen, denen der erkennende Senat beitrifft:

"Die Einrichtung von Individualbudgets ist mit [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) vereinbar, wonach die Kassenärztlichen Vereinigungen (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 (BSG, Urt. v. 21.10.1998 - [B 6 KA 71/97 R](#) u.a. - [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 floatenden 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 Beitragssatzstabilität 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 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 bisher 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 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 Ausnahmegesetze 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 derartiger 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](#)). 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).

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 Vorwegabzüge 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 seiner 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 steuerten, begründeten einen besonderen Vertrauensschutz, weil im Nachhinein eine Umsteuerung nicht möglich sei (vgl. Urt. 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, Urt. 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 dieser 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, Urt. 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 eingeführt (§ 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 (Urt. 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 Sicherstellungsaspekte 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, Urt. 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 Fachgruppendurchschnitt 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."

Dem Vortrag der Kläger, unter Berücksichtigung des vor Einführung der Individualbudgets für HNO-Ärzte geltenden Punktzahlengrenzwertes von 2.030.409 (pro Arzt) überschritten sie den Fachgruppendurchschnitt nicht, der in dem im streitigen Quartal geltenden HVM festgesetzte durchschnittliche Punktzahlengrenzwert sei deshalb unzutreffend bestimmt worden, ist nicht zu folgen. Ein Vergleich der Punktzahlengrenzwerte aus der Zeit vor Geltung des für den vorliegenden Fall maßgeblichen HVM mit dem in diesem genannten Punktzahlengrenzwert ist nicht zulässig. Denn den Werten liegen unterschiedliche Berechnungen zu Grunde, und sie sind Teil unterschiedlicher Vergütungssysteme. Vor dem 01.07.1999 errechnete sich der Punktzahlengrenzwert aus den durchschnittlichen Punktzahlen der Ärzte einer Fach-/Untergruppe (Rhein. Ärzteblatt 1983, Heft 24, S. 1272). Die in dem für das streitige Quartal maßgeblichen HVM in § 7 Abs. 4 festgesetzten Punktzahlengrenzwerten ergeben sich aus der Summe der gemäß Abs. 1 zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung je Fach-/Untergruppe multipliziert mit dem Faktor 10 und dividiert durch die Zahl der Ärzte dieser Fach-/Untergruppe im Bemessungszeitraum.

Dazu, dass die Beklagte mit der im streitigen Quartal geltenden Regelung rechtsfehlerfrei an das in der Vergangenheit erzielte Honorar und nicht an die angeforderte oder zugestandene Leistung- bzw. Punktemenge anknüpfen durfte, wird auf die vorstehend wiedergegebenen Ausführungen des 11. Senats des LSG NRW verwiesen.

Das weitere Vorbringen der Kläger, in den Quartalen II/98 bis II/99 sei keine Arztzahldynamisierung durchgeführt worden, dies gehe zu Lasten der Ärzte in den betreffenden Honorartöpfen, steht in keinem tatsächlichen oder rechtlichen Zusammenhang mit der Zulässigkeit der

durch § 7 HVM getroffenen Regelungen der Individualbudgets, die der angefochtenen Honorarabrechnung zu Grunde gelegen haben, sondern betrifft die Regelungen über die Verteilung der Gesamtvergütung (§ 6 HVM).

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-12-11