-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	6
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	10.07.2002

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	10.12.2003

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts DÃ¼sseldorf vom 10. Juli 2002 wird mit der MaÃgabe zurÃ¼ckgewiesen, dass die Beklagte unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats Ã¼ber die Honoraranforderungen des KlÃ¤gers erneut zu entscheiden hat. Die Beklagte trÃ¤gt die Kosten des Revisionsverfahrens.

GrÃ¼nde:

I

Streitig ist die Begrenzung vertragsÃ¤rztlicher HonoraransprÃ¼che durch Regelungen Ã¼ber sog Individualbudgets.

Der KlÃ¤ger ist seit 1992 als Augenarzt im Bereich der beklagten KassenÃ¤rztlichen Vereinigung (KÃV) niedergelassen und zur vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zugelassen.

Die Beklagte begrenzte seine Honoraranforderungen fÃ¼r das Quartal III/1999 in Anwendung von Regelungen, die sie mit Wirkung ab dem 1. Juli 1999 in ihren

HonorarverteilungsmaÃstab (HVM) aufgenommen hatte. In Â§Â§ 7, 7a HVM war bestimmt, dass fÃ¼r jede vertragsÃ¤rztliche Praxis ein quartalsbezogenes individuelles Leistungsbudget in Form eines Punktzahlvolumens festgelegt wird, bis zu dem dem Vertragsarzt grundsÃ¤tzlich eine VergÃ¼tung mit einem festen Punktwert von 10 Pf gesichert werden sollte. Das Punktzahlvolumen wurde â mit verschiedenen Einzelregelungen â auf der Basis der HonorarumsÃ¤tze der Quartale III/1997 bis II/1998 errechnet und so begrenzt, dass ein Punktwert von 10 Pf gewÃ¤hrt werden konnte. FÃ¼r den KlÃ¤ger, der in seiner Honoraranforderung 766.621,3 Punkte geltend gemacht hatte, ergab sich im Rahmen des Individualbudgets ein zu vergÃ¼tendes Punktzahlvolumen von ca 550.000 Punkten.

Gegen den Honorarbescheid fÃ¼r das Quartal III/1999 hat der KlÃ¤ger nach erfolglosem Widerspruch Klage erhoben, der das Sozialgericht (SG) im Sinne einer Neubescheidungsverpflichtung stattgegeben hat (Urteil vom 10. Juli 2002). Die HVM-Regelungen stÃ¼nden zwar im Grundsatz im Einklang mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG). Das System einer Bindung des Vertragsarztes an einen in der Vergangenheit erzielten eigenen Honorarumsatz sei grundsÃ¤tzlich rechtmÃ¤Ãig. UnschÃ¤dlich sei, dass der genaue Punktzahlengrenzwert jeweils erst nach Ablauf des Quartals mitgeteilt werde. Jedoch sei die WachstumsmÃ¶glichkeit fÃ¼r Praxen mit unterdurchschnittlicher Fallzahl, die â wie die des KlÃ¤gers â bereits mehr als fÃ¼nf Jahre bestÃ¼nden, zu eng begrenzt.

Die Beklagte macht mit ihrer vom SG zugelassenen (Sprung-)Revision geltend, ihr HVM sei entgegen der Auffassung des SG mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit vereinbar. Sie weist unter anderem darauf hin, dass sie die Zuwachsregelung fÃ¼r unterdurchschnittlich abrechnende Praxen mit Wirkung ab dem 1. Januar 2003 verbessert habe, indem sie ihrem HVM eine neue Regelung in Â§ 13 HVM eingefÃ¼gt habe, wodurch der 3 %ige Zuwachs statt auf das Leistungsvolumen im Bemessungszeitraum auf das gegenwÃ¤rtige Leistungsvolumen bezogen werde, wenn eine Volumenssteigerung im Vergleich zum Bemessungszeitraum bzw beim Ãbergang von einer so genannten Jung- zur Altpraxis gegeben sei. Der zugestandene Zuwachs von 3 % reiche ansonsten aber aus. Diese Begrenzung betreffe nur einen Honoraranteil von ca 60 %, weil groÃe Bereiche durch die Regelungen in Â§ 7 Abs 1 Satz 3 und Â§ 7a Abs 2 HVM nicht erfasst seien. Der Wert von 3 % basiere auf Erfahrungen im KÃV-Bezirk, in dem die Steigerungen der Leistungsmengen bei ca 2,1 % lÃ¤gen. Die Zuwachsrate von 3 % gelte ferner nur fÃ¼r ein Jahr, in jedem folgenden kÃ¤men wieder je 3 % hinzu.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts DÃ¼sseldorf vom 10. Juli 2002 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der KlÃ¤ger beantragt,

die Revision zurÃ¼ckzuweisen.

Er verteidigt das Berufungsurteil. Wie das SG zu Recht ausgefÃ¼hrt habe, sei die Wachstumsregelung nicht mit dem Gleichbehandlungsgebot vereinbar. Sie sei vor allem fÃ¼r kleinere Praxen zu eng begrenzt. Diese mÃ¼ssten nach der Rechtsprechung des BSG ihr Honorarvolumen noch steigern, nÃ¤mlich durch ErhÃ¶hung ihrer Patientenzahlen den fachgruppen-durchschnittlichen Umsatz erreichen kÃ¶nnen. FÃ¼r sie dauere bei der Begrenzung des Zuwachses auf 3 % das Erreichen des durchschnittlichen Umsatzes der Fachgruppe aber zu lange.

II

Die (Sprung-)Revision der Beklagten ist unbegrÃ¼ndet. Das SG hat die Regelungen ihres HVM, die dem angefochtenen Bescheid zu Grunde liegen, zu Recht als teilweise rechtswidrig beanstandet.

Rechtsgrundlage fÃ¼r Regelungen Ã¼ber Honorarbegrenzungen durch sog individuelle Leistungsbudgets ist Â§ 85 Abs 4 Satz 1 bis 3 SGB V (in der bis zum 31. Dezember 1999 geltenden Fassung des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) vom 20. Dezember 1988, BGBl I S 2477, geÃ¤ndert durch Gesetz vom 22. Dezember 1999, BGBl I S 2626). Danach haben die KÃ□Ven die GesamtvergÃ¼tung nach MaÃ□gabe des HVM an die VertragsÃ¤rzte zu verteilen; bei der Verteilung sind Art und Umfang der Leistungen der VertragsÃ¤rzte zu Grunde zu legen. Bei der Ausgestaltung des HVM haben die KÃ□Ven einen Gestaltungsspielraum, weil die Honorarverteilung eine in der Rechtsform einer Satzung ergehende MaÃ□nahme der Selbstverwaltung ist (BSGE 89, 173, 175 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 45 S 370; BSG SozR aaO Nr 44 S 360). Der HVM muss mit der ErmÃ¤chtigungsgrundlage in Einklang stehen und insbesondere das in Â§ 85 Abs 4 Satz 3 SGB V angesprochene Gebot der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars (vgl BVerfGE 33, 171, 184 = SozR Nr 12 zu Art 12 GG S Ab 15 R; BSGE 81, 213, 217 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 23 S 152) sowie den aus Art 12 Abs 1 iVm Art 3 Abs 1 Grundgesetz (GG) herzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit beachten (hierzu zuletzt BSG, Urteil vom 11. September 2002 â□□ B 6 KA 30/01 R = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 48 S 408). Honorarbegrenzungsregelungen kÃ¶nnen den sich daraus ergebenden MaÃ□stÃ¤ben widersprechen, weil HonorarkÃ¼rzungen bei Ã□berschreitung sog individueller Leistungsbudgets zur Folge haben, dass sich das Honorar vermindert, obwohl auch die Leistungen, die nicht in die VergÃ¼tung mit einbezogen sind, der Leistungsbeschreibung im Einheitlichen BewertungsmaÃ□stab fÃ¼r vertragsÃ¤rztliche Leistungen (EBM-Ã□) entsprechend erbracht worden sind. Bei dem Gebot der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars handelt es sich jedoch nur um einen Grundsatz. Von diesem darf abgewichen werden, wenn die KÃ□V damit andere billigenswerte Zwecke verfolgt (BSGE 89, 173, 175 f = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 45 S 370 f; BSG SozR aaO Nr 44 S 360; Nr 48 S 408). Solche anerkennenswerten Zielsetzungen kÃ¶nnen in einer Stabilisierung des Auszahlungspunktwertes durch die Begrenzung des Anstiegs der zu vergÃ¼tenden Leistungsmenge liegen, weil auf diese Weise den VertragsÃ¤rzten fÃ¼r einen bestimmten Anteil des vertragsÃ¤rztlichen Honorars eine gewisse Kalkulationssicherheit gewÃ¤hrleistet wird.

Die HVM-Regelungen der Beklagten, auf denen der angefochtene Honorarbescheid

beruht, stehen mit den sich aus Â§ 85 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ergebenden Anforderungen nicht in vollem Umfang in Einklang und sind insoweit rechtswidrig.

Â§ 7 HVM in der zum 1. Juli 1999 beschlossenen Fassung (Rheinisches Ãrzteblatt (RhÃrzteBl) 9/1999 S 59 ff) sieht fÃ¼r jede Praxis ein individuelles Leistungsbudget in Form eines Punktzahlengrenzwertes fÃ¼r das Gros der von ihr erbrachten Leistungen vor (Abs 1 Satz 1). Davon ausgenommen sind Notfall-, PrÃ¤ventions-, Impf-, Methadon- und psychotherapeutische Leistungen, die hausÃ¤rztliche GrundvergÃ¼tung, die Ã¼brigen Vorwegzahlungen nach Â§ 6 Abs 3 â wie zB Fremdkassenausgleich, Dialyse-Kostenerstattungen â sowie bestimmte Labor-Kostenanteile (Abs 1 Satz 3). Der Punktzahlengrenzwert wird aus den â um die vorgenannten Leistungen bereinigten â HonorarumsÃ¤tzen der Quartale III/1997 bis II/1998 errechnet (Abs 6 mit Detailregelungen in Â§ 7a Abs 2), wovon 3 % abgezogen werden (Â§ 7 Abs 1 Satz 4 â fÃ¼r die Finanzierung neuer Praxen und des bestimmten Praxen erlaubten Zuwachses). Bei Ãrzten, deren Niederlassungsdauer am 30. Juni 1999 weniger als 21 Quartale betrug, kÃ¶nnen auf Antrag die UmsÃ¤tze vier anderer Quartale zu Grunde gelegt werden (Â§ 7a Abs 6). Diese DM-BetrÃ¤ge ergeben multipliziert mit 10 (dem Faktor zur Umrechnung der DM-BetrÃ¤ge auf eine am Wert von 10 Pf orientierte Punktzahl) das zulÃ¤ssige Punktzahlvolumen (Â§ 7 Abs 2 Satz 1). DarÃ¼ber hinaus abgerechnete Punkte "werden nicht vergÃ¼tet" (Abs 1 Satz 2 und Abs 2 Satz 2). Ein Punktzahlzuwachs wird nur Praxen gewÃ¤hrt, die unter dem durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der jeweiligen Fach-/Untergruppe abrechnen (Abs 3 Satz 1 iVm Abs 4 HVM â Tabelle -, hier fÃ¼r AugenÃ¤rzte 828.553 Punkte). Der Zuwachs ist auf 3 %, jeweils bezogen auf das Honorarvolumen im Vorjahresquartal bzw seit dem 1. Januar 2000 bezogen auf dasjenige im Bemessungszeitraum, begrenzt (Abs 3 Satz 2 HVM, â Ãnderung vom 2. Dezember 1999, RhÃrzteBl 1/2000 S 59, 66 f); nur fÃ¼r neu niedergelassene Ãrzte ist 20 Quartale lang unbegrenzter Zuwachs mÃ¶glich (Abs 8). Das hiernach fÃ¼r den einzelnen Arzt zulÃ¤ssige Punktzahlvolumen wird entsprechend dem im jeweiligen Honorartopf zur VerfÃ¼gung stehenden Honorarvolumen so weit quotiert, dass ein Punktwert von 10 Pf gewÃ¤hrt werden kann (Abs 2 Satz 3 und 4). Der Vorstand der Beklagten kann aber bei besonderen UmstÃ¤nden des Einzelfalls â auf Antrag â ZuschlÃ¤ge auf den individuellen Punktzahlengrenzwert bewilligen sowie erforderlichenfalls weitere (Ausnahme-)Regelungen beschlieÃen (Â§ 7a Abs 7 Buchst d und Abs 8). Die Beklagte hat die Bestimmungen nachtrÃ¤glich durch Neuregelungen in Â§Â§ 7a, 7b HVM ergÃ¤nzt (Beschluss vom 2. Dezember 1999, RhÃrzteBl 1/2000 S 59, 68 f, 73 mit Inkrafttreten teils zum 1. Juli 1999, im Ãbrigen zum 1. Januar 2000).

Die Honoraranforderung des KlÃ¤gers fÃ¼r das Quartal III/1999 betrug 766.621,3 Punkte. Die Beklagte berechnete im Rahmen des Individualbudgets das zulÃ¤ssige Punktzahlvolumen des KlÃ¤gers. DafÃ¼r legte sie das von ihm in den Quartalen III/1997 bis II/1998 erzielte Honorar zu Grunde und zog hiervon bestimmte, nicht einzubeziehende Leistungen ab. Das ergab fÃ¼r ein Quartal â nach Abzug von 3 % und multipliziert mit dem Faktor 10 (zur Umrechnung des DM-Betrags auf eine am Wert von 10 Pf orientierte Punktzahl) â 593.305,7 Punkte. Dieses Punktzahlvolumen wurde mit der zulÃ¤ssigen Steigerungsrate von 3 % im Vergleich

mit dem Vorjahresquartal auf 614.425,5 Punkte erhÃ¶ht und in Anwendung der fachgruppenbezogenen Quote verringert, die sich â unter BerÃ¼cksichtigung des Ziels einer Honorierung mit einem Punktwert von 10 Pf â aus dem VerhÃ¤ltnis des im Honorartopf zur VerfÃ¼gung stehenden VergÃ¼tungsvolumens und der Gesamtpunktzahlanforderung der Fachgruppe ergab. Da der individuelle Punktzahlengrenzwert des KlÃ¤gers mit 593.305,7 Punkten niedriger als der Punktzahlengrenzwert der Fachgruppe lag (828.553 Punkte bei der Fachgruppe der AugenÃ¤rzte), folgte hieraus keine zusÃ¤tzliche Begrenzung.

Die aufgezeigten Begrenzungen der Honorarverteilung, die der HVM durch die EinfÃ¼hrung individueller Leistungsbudgets fÃ¼r den einzelnen Vertragsarzt getroffen hat, sind von Ansatz und wesentlicher Ausgestaltung her mit den von der Rechtsprechung des erkennenden Senats entwickelten GrundsÃ¤tzen vereinbar. In dieser sind zunÃ¤chst am Fachgruppendurchschnitt ausgerichtete Grenzen gebilligt worden (BSG, Urteil vom 3. Dezember 1997, BSGE 81, 213, 220 ff = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 23 S 155 ff; ebenso Urteil vom 21. Oktober 1998 â B 6 KA 60/97 R = USK 98 181 S 1090 ff). In weiteren Entscheidungen hat er auch solche Honorarkontingente fÃ¼r grundsÃ¤tzlich rechtmÃ¤ÃIig erklÃ¤rt, die sich fÃ¼r den einzelnen Vertrags(zahn)arzt nach den Abrechnungsergebnissen in vergangenen ZeitrÃ¤umen bemessen (BSG, Urteile vom 21. Oktober 1998 â B 6 KA 71/97 R = BSGE 83, 52, 54 ff = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 28 S 203 ff; B 6 KA 65/97 R = SozR aaO Nr 27; B 6 KA 67/97 R = USK 98 178; B 6 KA 68/97 R = SGb 1999, 524, 526 ff; B 6 KA 35/98 R = MedR 1999, 472, 474 ff; ebenso Urteil vom 28. April 1999, USK 99 119 S 688 ff). Dem liegt die berechtigte Annahme zu Grunde, dass der in der Vergangenheit erreichte Praxisumsatz bei typisierender Betrachtung ein maÃIgebendes Indiz fÃ¼r den Umfang ist, auf den der Vertragsarzt seine vertragsÃ¤rztliche TÃ¤tigkeit ausgerichtet hat. Die sachliche Rechtfertigung fÃ¼r solche Honorarkontingente ergibt sich aus dem Ziel, die Anreize zur Ausweitung der Leistungsmenge zu verringern, dadurch die Gesamthonorarsituation zu stabilisieren und damit die Kalkulierbarkeit der Einnahmen aus vertragsÃ¤rztlicher TÃ¤tigkeit zu verbessern sowie die VersorgungsqualitÃ¤t zu steigern (s vorgenannte Urteile, zB BSGE 83, 52, 56 f = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 28 S 205 f).

Entsprechendes gilt fÃ¼r die EinfÃ¼hrung der individuellen Leistungsbudgets durch die Beklagte. Mit diesen Regelungen will die Beklagte durch eine Begrenzung der zu vergÃ¼tenden Punktmenge bei bestimmten Leistungen eine Stabilisierung des Punktwertes fÃ¼r den einzelnen Arzt erreichen. Dieser soll in dem vom Budget erfassten Bereich 10 Pf betragen (Â§ 7 Abs 2 HVM). Damit hat der einzelne Arzt fÃ¼r die Leistungsmenge in HÃ¶he seines individuellen Budgets Kalkulationssicherheit in dem Sinne, dass er bei ungefÃ¤hr gleich bleibenden BehandlungsfÃ¤llen und -voraussetzungen schon zu Beginn eines Quartals die HÃ¶he des insoweit zu erwartenden Honorars sicherer abschÃ¤tzen kann. Ausweitungen der Leistungsmenge durch andere ÃIrzte wirken sich in dem durch das individuelle Budget gesicherten Bereich nicht aus. Bei der von der Beklagten angestrebten Stabilisierung des Auszahlungspunktwertes und der damit verbundenen Schaffung einer gewissen finanziellen Kalkulationssicherheit handelt es sich um ein im Rahmen des Â§ 85 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit billigenswertes Ziel (stRspr, zB BSG SozR 3-2500

Â§ 85 Nr 44 S 362).

Die EinwÃ¤nde, die gegen die EinfÃ¼hrung sog individueller Leistungsbudgets und ihrer im HVM der Beklagten vorgenommenen Ausgestaltung erhoben worden sind, greifen ganz Ã¼berwiegend nicht durch. So ist nicht zu beanstanden, dass durch Â§ 7 Abs 1 Satz 3 iVm Â§ 6 Abs 3 HVM zahlreiche Leistungsbereiche nicht von den Individualbudgets erfasst werden, diese sich vielmehr auf Teilbereiche beschrÃ¤nken, die das Berufungsgericht auf durchschnittlich ca 60 % geschÃ¤tzt hat. Es besteht keine Verpflichtung der KÃ□Ven, bei EinfÃ¼hrung individueller Leistungsbudgets diese auf alle Leistungsbereiche zu erstrecken. DemgemÃ¤ss hat die Rechtsprechung des BSG Individualbudgets, die auf Teile der vertrags(zahn)Ã¤rztlichen TÃ¤tigkeit begrenzt waren, als rechtmÃ¤Ã□ig beurteilt (s die zitierten Urteile vom 21. Oktober 1998 und vom 28. April 1999 mit Regelungen nur fÃ¼r die konservierend-chirurgischen Leistungen oder nur fÃ¼r diese zuzÃ¼glich der Parodontose- und Kieferbruchbehandlungen). Auch das Fehlen einer sog RestvergÃ¼tungsregelung fÃ¼hrt nicht zur Rechtswidrigkeit der HVM-Bestimmungen (s den Fall BSGE 81, 213 = SozR aaO Nr 23).

Rechtlich unbedenklich ist gleichfalls die Kombination von Individualbudgets und floatendem Element, die hier durch die in Â§ 7 Abs 2 Satz 3 und 4 HVM geregelte Quotierung des fÃ¼r den einzelnen Arzt zulÃ¤ssigen Punktzahlvolumens entsprechend dem im jeweiligen Honorartopf zur VerfÃ¼gung stehenden Honorarvolumen zur GewÃ¤hrung eines Punktwerts von 10 Pf vorgenommen worden ist (vgl dazu BSGE 81, 213 = SozR aaO Nr 23 mit erst nachtrÃ¤glicher Festlegung des Abrechnungswerts auf 97 Punkte; ebenso BSGE 83, 52, 54 = SozR aaO Nr 28 S 203; s auch BSG SozR aaO Nr 27 S 194 f zur Kombination des Individualbudgets mit einer flexiblen RestleistungsvergÃ¼tung, die aber auch entfallen kann, aaO S 195). Der Einwand, die Quotierung bewirke eine ungerechtfertigte Reduzierung der zu vergÃ¼tenden Punkte, trifft nicht zu. Durch die Quotierung wird lediglich nominell die Punktzahl verringert, damit fÃ¼r die so verminderte Punktzahl dann ein Punktwert von 10 Pf gewÃ¤hrt werden kann. FÃ¼r das sich letztlich ergebende Honorarvolumen bleibt es gleich, ob einer grÃ¶Ã□eren Punktzahl ein entsprechend verminderter Punktwert oder â□□ nach einer "Quotierung" â□□ einer geringeren Punktzahl ein entsprechend erhÃ¶hter Punktwert zugeordnet wird. Dagegen kann auch nicht mit Erfolg eingewandt werden, letztlich bleibe ein Teil der durch Ã¤rztliche TÃ¤tigkeit erarbeiteten Punkte unvergÃ¼tet. Die EinfÃ¼hrung von Honorarobergrenzen bedeutet nicht, dass fÃ¼r einzelne Leistungen oder Teile von ihnen keine VergÃ¼tung gewÃ¤hrt werde; vielmehr wird lediglich das AusmaÃ□ der VergÃ¼tungen insgesamt der HÃ¶he nach begrenzt, sodass das auf die einzelne Leistung entfallende Honorar entsprechend der grÃ¶Ã□eren Anzahl erbrachter Leistungen sinkt (s BSG SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 48 S 411 mwN). Daran Ã¤ndert die Terminologie des Â§ 7 Abs 1 Satz 2, Abs 2 Satz 2 HVM (" â□¦ werden nicht vergÃ¼tet") nichts.

Die Bemessung der Individualbudgets muss nicht an Punktmengen, sondern kann â□□ wie hier gemÃ¤Ã□ Â§ 7 Abs 6 HVM â□□ an HonorarumsÃ¤tze anknÃ¼pfen, die in DM bemessen sind (vgl zB BSGE 83, 52, 54 f, 57 = SozR aaO Nr 28 S 203, 206). Dabei kÃ¶nnen auch Honorarvolumina aus zurÃ¼ckliegenden

(Bemessungs-)ZeitrÃ¤umen zu Grunde gelegt werden (ebenso bei HonorartÃ¶pfen: BSG SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 48 S 409 oben; â□□ und bei einem gesetzlichen Ausgabenvolumen: BSGE 90, 111, 117 f = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 49 S 421). Gleichfalls unbedenklich ist die weitere Begrenzung gemÃ¤Ã□ Â§ 7 Abs 1 Satz 4 HVM, wonach die zu vergÃ¼tende Punktmenge um eine 3 %ige ZurÃ¼ckstellung gemindert wird. Diese ist, wie in dieser Rechtsnorm ausdrÃ¼cklich angefÃ¼hrt ist, fÃ¼r die Finanzierung neuer Praxen und des bestimmten Praxen erlaubten Zuwachses erforderlich. Dementsprechend hat der Senat auch bisher solche Reduzierungen nicht beanstandet (vgl BSGE 83, 52, 55 f = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 28 S 204 f zu einer Minderung um 8 bzw 10 %; ebenso BSG USK 98 178 S 1065 f, 1068 und BSG SGb 1999, 524, 525 ff; â□□ weitergehend BSG MedR 1999, 472, 474 zu einer Reduzierung um bis zu 15 %). Der RechtmÃ¤Ã□igkeit der hier zu beurteilenden Regelung steht weiterhin nicht entgegen, dass sie keine Ã□bertragung "nicht verbrauchter" Punkte auf andere Quartale zulÃ¤sst. Weder aus der bisherigen Rechtsprechung noch sonst ergeben sich rechtliche Ansatzpunkte dafÃ¼r, dass bei Individualbudgets eine solche MÃ¶glichkeit bestehen mÃ¼sste.

Nach den Regelungen des Â§ 7a HVM kÃ¶nnen Sondersituationen durch Ausnahmeentscheidungen berÃ¼cksichtigt werden (vgl dazu zB BSGE 83, 52, 61 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 28 S 210). Danach ist es ua mÃ¶glich, bei Aufbaupraxen als Bemessungsgrundlage die UmsÃ¤tze vier anderer Quartale zu Grunde zu legen (Abs 6), aus GrÃ¼nden einer atypisch verÃ¤nderten Versorgungslage ZuschlÃ¤ge zum individuellen Punktzahlengrenzwert zu bewilligen (Abs 7 Buchst d) oder weitere (Ausnahme-)Regelungen zu beschlieÃ□en (Abs 8).

Rechtlich unbedenklich ist die nachtrÃ¤gliche, teils rÃ¼ckwirkende Inkraftsetzung ergÃ¤nzender Bestimmungen in Â§Â§ 7a, 7b HVM (idF vom 2. Dezember 1999, RhÃ□rzteBl 1/2000 S 59, 68 f), nachdem die "Grundregelung" des Â§ 7 HVM bereits im Juni 1999 verkÃ¼ndet worden war (allgemein zur grundsÃ¤tzlichen UnschÃ¤dlichkeit erst spÃ¤terer rÃ¼ckwirkender Inkraftsetzungen und Festlegungen: BSG SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 31 S 239 f; â□□ Ausnahmen gelten nur in SonderfÃ¤llen, vgl dazu BSG, Urteil vom 24. September 2003 â□□ B 6 KA 41/02 R -, zur VerÃ¶ffentlichung in SozR 4 vorgesehen).

Zwischenzeitliche Ã□nderungen des SGB V haben der in der Rechtsprechung des BSG anerkannten Berechtigung der KÃ□Ven, Regelungen Ã¼ber Individualbudgets zu treffen, nicht die Grundlage entzogen. So enthalten die Bestimmungen, die die Schaffung von Regelleistungsvolumina ermÃ¶glichen (Â§ 85 Abs 4 Satz 6 und 7 SGB V idF des GKV-SolidaritÃ¤tsstÃ¤rkungsgesetzes (GKV-SolG) vom 19. Dezember 1998, BGBl I 3853), keine abschlieÃ□enden Gestaltungsvorgaben, wie schon die einleitende Formulierung "Insbesondere" ergibt. Die 1996/97 durch den EBM-Ã□ eingefÃ¼hrten Teil- bzw Praxisbudgets stehen der Schaffung von Individualbudgets schon deshalb nicht entgegen, weil sie die Gestaltungsfreiheit der KÃ□Ven im Rahmen ihres HonorarverteilungsmaÃ□stabes grundsÃ¤tzlich nicht beseitigen (s hierzu BSGE 86, 16, 26 = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 23 S 125 f; BSG SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 48 S 410 f). Auch das Auslaufen der fÃ¼r die Jahre 1993 bis 1998 bestehenden Obergrenzen fÃ¼r ErhÃ¶hungen der GesamtvergÃ¼tungen (vgl Â§ 85 Abs 3 bis 3c SGB V und weitere Regelungen, s dazu BSGE 86, 126, 140 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr

37 S 301) hat keine grundlegenden Änderungen bewirkt. Nach wie vor bestehen Begrenzungen – jedenfalls in Gestalt des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität (s im Einzelnen BSG aaO; – für 1999 s auch Art 14 GKV-SolG) -, die einen sachlichen Grund darstellen können, diese auf die verschiedenen Arztgruppen bzw Leistungsbereiche "herunterzubrechen" und den einzelnen Vertragsärzten in Form von Honorarobergrenzen oder Individualbudgets weiterzugeben (vgl zB BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 48 S 409).

Rechtswidrig sind die hier zu beurteilenden HVM-Regelungen aber insoweit, als sie nicht in ausreichendem Maße Rücksicht auf unterdurchschnittlich abrechnende Praxen nehmen. Die Zuwachsmarge von 3 % genügt nicht den rechtlichen Anforderungen.

In der Rechtsprechung ist wiederholt klargestellt worden, dass umsatzmäßig unterdurchschnittlich abrechnende Praxen – typischerweise insbesondere neu gegründete Praxen – die Möglichkeit haben müssen, durch Erhöhung der Zahl der von ihnen behandelten Patienten den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erreichen (vgl zB BSGE 83, 52, 55, 58 f = SozR aaO Nr 28 S 203, 207 ff). Dem Vertragsarzt muss die Chance bleiben, durch Qualität und Attraktivität seiner Behandlung oder auch durch eine bessere Organisation seiner Praxis neue Patienten für sich zu gewinnen und so legitimerweise seine Position im Wettbewerb mit den Berufskollegen zu verbessern (vgl BSG aaO S 56 f bzw S 205). Das gilt für die damit verbundenen Umsatzsteigerungen jedenfalls bis zum Durchschnittsumsatz der Fachgruppe.

Dabei muss der HVM es dem einzelnen Vertragsarzt mit unterdurchschnittlichem Umsatz nicht nur überhaupt, sondern auch in effektiver Weise ermöglichen, den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erreichen. Das bedeutet nicht, dass Praxen mit unterdurchschnittlichem Umsatz von jeder Begrenzung des Honorarwachstums verschont werden müssten. Im Hinblick auf die mit der Einführung individueller Leistungsbudgets verfolgten Ziele der Punktwertstabilisierung und der Gewährleistung von Kalkulationssicherheit ist es auch solchen Praxen zumutbar, dass ihr pro Jahr zulässiges Honorarwachstum beschränkt wird, sofern diese Begrenzung nicht zu eng ist. Daher sind Wachstumsraten in einer Größenordnung zuzulassen, die es noch gestattet, den durchschnittlichen Umsatz in absehbarer Zeit zu erreichen. Absehbar in diesem Sinne ist ein Zeitraum von fünf Jahren. Dabei können für die Vertragsärzte unterschiedliche Steigerungssätze je nach dem, wie weit ihr Umsatz noch von dem Fachgruppendurchschnitt entfernt ist, festgelegt werden. Werden im HVM prozentuale Steigerungssätze bestimmt, sollten diese nicht auf das bisherige Abrechnungsvolumen des Arztes, sondern auf einen generellen Wert wie zB den Durchschnittsumsatz der Fachgruppe bezogen werden, um ungleiche Zuwachsmöglichkeiten auszuschließen.

Die Steigerungsmöglichkeit, die bei der vorliegenden Ausgestaltung des HVM Praxen mit unterdurchschnittlichem Umsatz einzuräumen ist, kann allerdings in der Weise begrenzt werden, dass sie ihren Umsatz nur bis zum Fachgruppendurchschnitt steigern dürfen. Weder aus § 85 Abs 4 Satz 3 SGB V

noch aus dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit lÃ¤Ãt sich ableiten, dass es beim Eingreifen von HonorarbegrenzungsmaÃnahmen gestattet sein muss, in HonorarumsÃ¤tze oberhalb des Fachgruppendurchschnitts hineinzuwachsen. WÃ¼rden unterdurchschnittlich abrechnende Praxen ihren Umsatz nÃ¤mlich Ã¼ber den Fachgruppendurchschnitt hinaus steigern kÃ¶nnen und tÃ¤ten einige von ihnen dies auch â und kÃ¶nnten bereits Ã¼berdurchschnittlich abrechnende ihren Umsatz noch weiter erhÃ¶hen -, so ergÃ¤be dies Punktwertminderungen fÃ¼r alle VertragsÃ¤rzte. Das Erreichen des mit den Individualbudgets verfolgten Zieles, die Gesamthonorarsituation zu stabilisieren und die Kalkulierbarkeit der Einnahmen aus vertragsÃ¤rztlicher TÃ¤tigkeit zu verbessern, wÃ¤re damit gefÃ¤hrdet (s oben zitierte Urteile vom 21. Oktober 1998, zB BSGE 83, 52, 56 f = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 28 S 205 f). Aus diesem Grund kann ein HVM, in dem Honorarbegrenzungen durch individuelle Leistungsbudgets eingefÃ¼hrt werden, bei Praxen mit Ã¼berdurchschnittlichem Umsatz auch eine weitere Steigerung des Honorarumsatzes ausschlieÃen (vgl dazu Urteil vom 10. Dezember 2003 â B 6 KA 76/02 R â zur VerÃ¶ffentlichung in SozR 4 bestimmt).

Die hier zu beurteilende Zuwachsregelung entspricht den rechtlichen Anforderungen nur teilweise. Rechtswidrig ist die Vorschrift des Â§ 7 Abs 3 Satz 2 Halbsatz 1 HVM insoweit, als der Zuwachs, berechnet nach dem eigenen Umsatz im Vorjahresquartal, auf hÃ¶chstens 3 % beschrÃ¤nkt ist. Hierdurch ist es nicht allen unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen mÃ¶glich, den durchschnittlichen Umsatz ihrer Fachgruppe in absehbarer Zeit, dh binnen ca fÃ¼nf Jahren, zu erreichen. Die Begrenzung auf jÃ¤hrlich 3 % bedeutet â nach den im Parallelverfahren B 6 KA 54/02 R zu Grunde gelegten Berechnungen im dortigen LSG-Urteil, die Fehler nicht erkennen lassen und nicht einmal die Punktzahlminderung um 3 % gemÃ¤Ã Â§ 7 Abs 1 Satz 4 HVM einberechnen -, dass zB bei einer Praxis mit 50 % des Punktzahlengrenzwertes der Fachgruppe der Durchschnittsumsatz der Fachgruppe erst nach mehr als 24 Jahren erreicht werden kann. Bei einer Praxis mit 75 % des Punktzahlengrenzwertes der Fachgruppe sind dafÃ¼r immer noch mehr als 10 Jahre erforderlich. Der danach gebotenen Zulassung grÃ¶Ãerer SteigerungsmÃ¶glichkeiten kann nicht entgegengehalten werden, dass dies nicht finanzierbar sei. Ausgehend von den Berechnungen in dem genannten LSG-Urteil, wonach zB fÃ¼r eine Verdreifachung der Wachstumsmargen die Punktzahlminderung gemÃ¤Ã Â§ 7 Abs 1 Satz 4 HVM lediglich verdoppelt werden mÃ¼sste, bedeutet die Steigerung der ZuwachsmÃ¶glichkeiten fÃ¼r unterdurchschnittlich abrechnende Praxen keine unzumutbare Belastung der Ã¼brigen Praxen. Erfolglos ist auch der Einwand, die Begrenzung des Wachstums auf 3 % stelle eine zulÃ¤ssige Pauschalierung dar, denn erfahrungsgemÃ¤Ã gebe es kaum je ein schnelleres Wachstum. Dies trifft so nicht zu. Nach den Feststellungen in dem LSG-Urteil sind mehr als 25 % aller Praxen und sogar mehr als 80 % der unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen von der Begrenzung auf 3 % negativ betroffen.

Die Regelungen Ã¼ber die Individualbudgets sind des Weiteren insofern rechtswidrig, als sie die ZuwachsmÃ¶glichkeiten von Praxen nach der Aufbauphase betreffen, wie im Urteil vom heutigen Tag im Verfahren B 6 KA 54/02 R im Einzelnen dargelegt ist (zur VerÃ¶ffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen). Dies wirkt

sich jedoch auf den KlÃ¤ger des hier zu entscheidenden Verfahrens nicht aus, weil bei ihm die Aufbauphase schon vor dem Beginn des Bemessungszeitraums (Quartal III/1997) abgeschlossen war. Daher bedarf es hier dazu keiner nÃ¤heren AusfÃ¼hrungen.

Soweit die Regelungen Ã¼ber die Individualbudgets den Anforderungen des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht genÃ¼gen, mÃ¼ssen sie neu gefasst werden. Bis dies geschehen ist, sind sie im Umfang der Unvereinbarkeit mit dem hÃ¶herrangigen Recht nicht anwendbar (vgl BSGE 83, 218, 223, 224 = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 21 S 112, 113 mit BVerfG-Angaben; s auch BVerfGE 107, 27, 58). Bei der erforderlichen Neuregelung muss der Normgeber die Rechtswidrigkeit nicht nur fÃ¼r die Zukunft beseitigen, sondern auch fÃ¼r die Vergangenheit, insoweit unter Beachtung des Verbots rÃ¼ckwirkender Schlechterstellung. Bei der Neuregelung fÃ¼r die Vergangenheit kann er deren Anwendung auf die noch nicht bestandskrÃ¤ftig entschiedenen FÃ¤lle beschrÃ¤nken (BSG aaO S 223 f bzw S 113 mwN; BVerfG aaO). Die Neuregelung muss bis zum Ende des Jahres 2004 erfolgen (zur Rechtsfolge bei FristÃ¼berschreitungen s BSG aaO S 224 bzw S 113 f mwN). Sobald die Neuregelung beschlossen worden ist, ist auf ihrer Grundlage dem KlÃ¤ger ein neuer Honorarbescheid fÃ¼r das Quartal III/1999 zu erteilen.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 3 Sozialgerichtsgesetz, Â§ 154 ff Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Die Beklagte trÃ¤gt gemÃ¤Ã Â§ 154 Abs 2 VwGO die Kosten des von ihr gefÃ¼hrten erfolglosen Rechtsmittels.

Erstellt am: 29.04.2004

Zuletzt verändert am: 20.12.2024