

L 4 KA 11/07

Land

Schleswig-Holstein

Sozialgericht

Schleswig-Holsteinisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

4

1. Instanz

SG Kiel (SHS)

Aktenzeichen

S 15 KA 211/04

Datum

02.03.2007

2. Instanz

Schleswig-Holsteinisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 11/07

Datum

22.01.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 2. März 2007 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger wendet sich gegen Honorarbegrenzungen in Gestalt individueller Punktzahlvolumina (IPZV) für die Quartale III/03 und IV/03. Außerdem wendet er sich gegen die Ablehnung eines Härtefallantrages für die Quartale III/03 bis II/04.

Der Kläger ist seit 1988 als Anästhesist im Bereich der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Im Zusammenhang mit der Aufhebung der Regelungen zum Praxisbudget im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) mit Ablauf des Quartals II/03 führte die Beklagte mit Wirkung zum 1. Juli 2003 Regelungen zur Bildung von IPZV für die meisten Arztgruppen einschließlich der Gruppe der Anästhesisten (Ausnahmen gelten für Laborärzte, Pathologen, ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte, Psychotherapeuten und Radiologen, vgl. § 12.3.3.b) HVM) und für den ganz überwiegenden Teil der Leistungen (Ausnahmen gelten für Leistungen des organisierten Notdienstes, die hausärztliche Grundvergütung, u.a.) ein. Die durch die Abgeordnetenversammlung der Beklagten am 11. Juni 2003 beschlossene Neufassung des § 12 HVM sieht die Bildung sog. Startquartale von III/03 bis II/04 vor. Für die Bildung des IPZV in diesen Startquartalen wird auf das praxisindividuelle Honorar aus dem Jahr 2002 zurückgegriffen. Bei Praxen, die in den Jahren 2001 und 2002 keinen Statuswechsel vollzogen haben, werden auch die Quartale des Jahres 2001 berücksichtigt. Für Leistungen innerhalb der IPZV wird ein Punktwert von 4,5 Cent angestrebt. Dazu wird für jede Praxis und für jedes Quartal die Punktzahl so begrenzt, dass unter Zugrundelegung des im Bemessungszeitraum (2001/2002) erzielten Honorars eine Vergütung mit 4,5 Cent hätte erfolgen können (§ 12.4.2.b) Satz 1 HVM). Dabei wird von dem Honorar des entsprechenden Bestquartals aus den Jahren 2001 und 2002 ausgegangen. Überschreitet die Summe der vier gewählten Quartale die entsprechende Summe des Bestjahres, so werden die Bestquartale entsprechend quotiert (§ 12.4.2.b) Sätze 2 und 3 HVM). Die das IPZV überschreitenden Mehrleistungen werden mit 0,05 bis maximal 1 Cent vergütet. Zur Sicherung des Zielpunktwertes und zur Finanzierung der Vergütung für Mehrleistungen wird die Punktzahl in den Startquartalen um 3 % reduziert (§ 12.4.2.c) HVM). Die IPZV werden getrennt nach Kassenarten gebildet, wobei jedoch ein Ausgleich stattfindet (vgl. § 12.4.1.a) HVM). Für die Weiterentwicklung der IPZV nach Ablauf der Startquartale (sog. Folgequartale ab III/04) trifft § 12.4.3. HVM gesonderte Regelungen, nach denen sich die Weiterentwicklung im Wesentlichen nach dem Maß der Überschreitung oder Unterschreitung des IPZV und nach dem Abrechnungsverhalten der anderen Ärzte der Fachgruppe richtet. Die erreichbare Zugewinnmenge im Vergleich zu dem entsprechenden Quartal des Vorjahres wird auf 10% der durchschnittlichen anerkannten Punktzahlanforderung je Arzt innerhalb der Arztgruppe begrenzt. Wegen der Einzelheiten des Verteilungsverfahrens bei einer Überschreitung des IPZV wird auf § 12 HVM (Bl. 2 bis 18 VA) und dabei insbesondere auf § 12.4.3.a) a.3) HVM (Bl. 9 VA) Bezug genommen. Der HVM enthält in § 12.4.4. Sonderregelungen für die Bildung des IPZV in den Startquartalen und in den Folgequartalen u.a. für neu gegründete Praxen, nicht jedoch für andere unterdurchschnittlich abrechnende Praxen. Nach der Härteregelung in § 12.4.4.j) HVM kann der Vorstand auf Antrag in besonderen Fällen aus Sicherstellungsgründen Punktzahlvolumina der Praxis neu festlegen, wenn besondere Umstände des Einzelfalles vorliegen. Weiter heißt es: "Hierzu zählen insbesondere dauerhafte Veränderungen in der vertragsärztlichen Versorgung im Umfeld der Praxis." Ergänzend enthält der HVM eine allgemeine Härteregelung in § 12.6.2., nach der der Vorstand über unbillige Härtefälle infolge der Anwendung des HVM entscheidet. Speziell für die Bildung des IPZV in den Startquartalen sieht § 12.4.2.d) HVM vor, dass der Vorstand auf Antrag der Praxis Veränderungen der Punktzahlvolumina festlegen kann, sofern bei der Zugrundelegung des "Berechnungszeitraums" Ausnahmesituationen zu einer im Vergleich zu anderen Quartalen deutlichen Verringerung der Punktzahlanforderung geführt haben.

Nachdem die Beklagte dem Kläger mit Schreiben vom 27. Juni 2003 seine IPZV für die Quartale III/03 bis II/04 mitgeteilt hatte, beantragte der Kläger am 4. Juli 2003 bei der Beklagten eine Erhöhung der IPZV und führte zur Begründung aus: Er führe ambulante Narkosen in der Gynäkologischen Praxis A, Dr. G, B in E durch. Diese Praxis sei im Februar 2002 um einen vollen Vertragsarzt erweitert worden. Daraus ergebe sich aufgrund einer wachsenden Patientinnenzahl eine Steigerung der operativen Fallzahlen. Da er sich mit seinen Punktzahlen weit unter dem Fachgruppendurchschnitt bewege, habe die Frage der Erhöhung des IPZV für ihn existentielle Bedeutung.

Die Beklagte berechnete das IPZV des Klägers getrennt für den Bereich der Primärkassen und der Ersatzkassen auf der Grundlage der Bestquartale aus den Jahren 2001 und 2002 mit der in § 12.4.2.b) Satz 3 HVM vorgesehenen Quotierung auf das Bestjahr. Auf dieser Grundlage wurden dem Kläger Punktzahlen innerhalb des IPZV zwischen 357.724 (Quartal III/03) und 452.165 (II/04) und damit in Höhe von etwas mehr als der Hälfte des Fachgruppendurchschnitts zugewiesen. Im Hinblick auf die Vergütung von Leistungen außerhalb des IPZV auf der Grundlage von Strukturverträgen wurde eine Reduzierung des IPZV vorgenommen. Wegen der Einzelheiten wird auf Bl. 27, 29 der Gerichtsakte Bezug genommen.

Mit Honorarbescheid vom 14. Januar 2004 gewährte die Beklagte dem Kläger ein Honorar in Höhe von 16.160,10 EUR für das Quartal III/03 (vor Abzug des Verwaltungskostenbeitrages). Dabei legte sie für die Leistungen innerhalb des IPZV (357.724) einen Punktwert von 4,2429 Cent (Primärkassen) bzw. 4,2400 Cent (Ersatzkassen) und für die das IPZV übersteigenden Mehrleistungen (22.360 Punkte ausschließlich im Bereich Primärkassen) einen Punktwert von 0,05 Cent zugrunde. Den auf die Erhöhung des IPZV gerichteten Antrag des Klägers lehnte die Beklagte mit Bescheid ebenfalls vom 14. Januar 2004 "als Bestandteil des Honorarbescheides" unter Bezugnahme auf die Regelung in § 12.4.3. HVM zur Weiterentwicklung der IPZV nach Ablauf der vier Startquartale ab.

Mit Bescheid vom 20. April 2004 gewährte die Beklagte dem Kläger für das Quartal IV/03 Honorar in Höhe von 17.989,46 EUR (vor Abzug des Verwaltungskostenbeitrags). Dabei legte sie für Leistungen innerhalb des IPZV (412.871 vor Berücksichtigung der Vergütung aufgrund von Strukturverträgen bzw. 390.163 nach deren Berücksichtigung) einen Punktwert in Höhe von 4,2068 (Primärkassen) bzw. 4,3885 (Ersatzkassen) und für die das IPZV übersteigenden Mehrleistungen (55.994 Punkte bzw. 78.702 ausschließlich im Bereich der Primärkassen) einen Punktwert von 0,05 Cent zugrunde.

Gegen beide Honorarbescheide einschließlich der Ablehnung des Härtefallantrages legte der Kläger Widerspruch ein und machte zur Begründung im Wesentlichen geltend, dass die Honorarabrechnung anstelle des der Berechnung des IPZV zugrunde gelegten Punktwerts von 4,5 Cent nach einem niedrigeren Punktwert erfolgt sei. Zusammen mit der Kürzung der das IPZV übersteigenden Punkte handle es sich also um eine doppelte Kürzung. Er dürfe angesichts seines generell niedrigen Honorarvolumens nicht jahrelang auf dem niedrigen Niveau fixiert werden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 24. Juni 2004 wies die Beklagte die Widersprüche des Klägers zurück und führte zur Begründung aus: Vor dem Hintergrund der Abschaffung der Praxisbudgets ab dem 1. Juli 2003 habe sie sich zu einer Neukonzeption der Honorarverteilung auf der Basis individueller Punktzahlvolumina für die meisten Arztgruppen entschieden. Hintergrund der Neuregelung sei es gewesen, insbesondere vor dem Hintergrund der gedeckelten Gesamtvergütung Hamsterradeffekten entgegenzuwirken und gleichzeitig eine kalkulierbare Honorierung anzustreben. Dazu würden für Startquartale Ausgangswerte gebildet. Für die Folgezeit sehe der HVM Regelungen für die Weiterentwicklung der IPZV vor. Dabei enthalte der HVM zwar keine Obergrenze des Wachstums für die einzelne Praxis. Allerdings sei festgelegt, dass kollektiv innerhalb der Arztgruppe pro Jahr lediglich 2 % des Gesamtpunktzahlvolumens für Wachstum der einzelnen Praxen zur Verfügung stehe. Die für Wachstum zur Verfügung stehende Punktzahl von ca. 2 % des Fachgruppentopfes werde in der Reihenfolge der prozentualen Überschreitung der IPZV auf die Praxen verteilt. Eine Sonderregelung für unterdurchschnittlich abrechnende Praxen, wie die des Klägers, die bereits länger als fünf Jahre bestehe, enthalte der HVM nicht. Allerdings böten die Regelungen für die Weiterentwicklung der IPZV gerade kleinen Praxen eine ausreichende Entwicklungsmöglichkeit, weil diese leichter von der Wachstumsmöglichkeit profitieren könnten. Das IPZV sei nicht auf Arztgruppen begrenzt, die ihr Leistungsverhalten steuern könnten. Dies entspreche dem anlässlich der Aufhebung der Praxisbudgets zum 1. Juli 2003 gefassten Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 19. Dezember 2002 sowie den in der Rechtsprechung entwickelten Maßstäben. Der angestrebte Zielpunktwert von 4,5 Cent für die Punktzahlvolumina innerhalb des IPZV sei leider bei den ersten Honorarabrechnungen in den meisten Fachgruppen nicht erreicht worden. Gründe seien u.a. eine Verringerung der Gesamtvergütung, eine Erhöhung der Zahl der Fachärzte sowie die Anwendung der Bestregelung auf Basis der Honorare in den Jahren 2001 und 2002. Auch dem Härtefallantrag habe der Vorstand nicht entsprechen können. Der Vorstand sei gehalten, mit Entscheidungen über die Erhöhung von Punktzahlvolumina äußerst restriktiv umzugehen, da in der Regel jede Erhöhung der Punktzahlvolumina dazu führe, dass der Anteil der Leistungen, die aus dem Topf der jeweiligen Fachgruppe zum Referenzpunktwert gezahlt werden müssten, zunehme. Im Ergebnis könnten derartige Ansprüche nur durch die Umverteilung von Geldern innerhalb der Fachgruppe bedient werden, weil letztlich nur die von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Gelder verteilt werden könnten. Für die Aufnahme eines weiteren Arztes in den vertragsärztlichen Versorgungsbereich der Krankenkassen würden keine Gelder zur Verfügung gestellt. Bei der Bildung des IPZV des Klägers sei der Eintritt des Kollegen B in die bestehende gynäkologische Praxis "A / G" und die für den Kläger daraus resultierende Fallzahlsteigerung bereits durch die zur Anwendung gekommene Bestregelung berücksichtigt worden. Im Rahmen der Härtefallregelung könne der Vorstand lediglich Aspekte im Rahmen der Sicherstellung berücksichtigen, jedoch nicht die Regelungen des HVM konterkarieren.

Dagegen hat sich der Kläger mit der am 26. Juli 2004 beim Sozialgericht Kiel eingegangenen Klage gewandt und zur Begründung ausgeführt: Seine Fallzahl habe sich in den Quartalen III/03 und IV/03 auf nur etwa die Hälfte des Fachgruppendurchschnitts belaufen. Die Beklagte habe die in der Rechtsprechung des BSG entwickelten Maßstäbe verletzt, nach denen kleinen Praxen stets die Chance belassen werden müsse, durch Steigerung der Fallzahlen das durchschnittliche Umsatzniveau der Arztgruppe zu erreichen.

Der Kläger hat beantragt,

den Widerspruchsbescheid der Beklagten vom 24. Juni 2004 über die Honorarabrechnungen für die Quartale III/03 und IV/03 und den Härtefallantrag aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Honorare für den Kläger mit der Maßgabe neu zu bescheiden, dass die Kürzungen nach dem HVM nicht berücksichtigt werden.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen,

und zur Begründung ausgeführt, dass dem Härtefallantrag des Klägers nicht entsprochen worden sei, weil der von ihm angesprochene Eintritt eines neuen, operierenden Arztes in die Gemeinschaftspraxis, mit der er zusammen arbeite, bereits im Jahr 2002 erfolgt sei. Da für die Bildung des IPZV die Bestquartale aus den Jahren 2001 und 2002 herangezogen würden, sei der Umstand, dass ein weiterer Kollege seit 2002 operiere und hierfür gegebenenfalls die Anästhesieleistungen des Klägers benötige, bereits berücksichtigt worden. Ein weitergehender Mehrbedarf an Anästhesieleistungen sei weder vom Kläger vorgetragen noch sonst ersichtlich.

Mit Urteil vom 2. März 2007 hat das Sozialgericht die Klage im Wesentlichen mit der Begründung abgewiesen, dass der Kläger von den Regelungen zur "Weiterentwicklung des IPZV in der Folgezeit" in § 12.4.3 HVM nicht betroffen sei, so dass sich keine Rechtsverletzung zu seinen Lasten ergeben könne. Die Fallzahlen des Klägers wiesen keinen Aufwärtstrend aus. Außerdem sei festzustellen, dass der Kläger im Quartal III/03 98 Behandlungsfälle abgerechnet habe, während in dem diesem Quartal zugrunde liegenden Bestquartal 107 Behandlungsfälle abgerechnet worden seien. Im Quartal IV/03 habe der Kläger 116 Behandlungsfälle abgerechnet, während in dem für die Bildung des IPZV zugrunde liegenden Bestquartal (IV/02) 115 Behandlungsfälle abgerechnet worden seien. Da der Kläger keine Erhöhung der Zahl der behandelten Patientinnen aufweise, könne er sich nicht auf die mögliche Rechtswidrigkeit einer Honorarbegrenzungsregelung berufen, die ihn hindern würde, das Abrechnungsvolumen in angemessener Zeit durch Eigenleistung bis zum Durchschnittsumsatz auszuweiten.

Gegen das ihm am 19. März 2007 zugestellte Urteil wendet sich der Kläger mit der am 17. April 2007 beim Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht eingegangenen Berufung, zu deren Begründung er sein Vorbringen aus dem erstinstanzlichen Verfahren wiederholt und vertieft. Auf die Umsatzentwicklung einer kleinen Praxis über mehrere Quartale komme es im vorliegenden Zusammenhang nicht an. Nach dem hier zugrunde liegenden HVM sei das IPZV für jedes Quartal zu ermitteln. Es komme also ausschließlich auf die Verhältnisse innerhalb eines Quartals an. Er habe zulässigerweise im Quartal IV/03 einen Patienten mehr behandelt als in dem für die Bildung des IPZV berücksichtigten "Bestquartal" IV/02. Diese Leistungsausweitung hätte bei der Honorarabrechnung berücksichtigt werden müssen. Darüber hinaus habe die Beklagte das IPZV fehlerhaft berechnet und die Regelung in § 12.4 HVM unbeachtet gelassen, nach der Über- und Unterschreitungen des IPZV zwischen den Kassenarten auszugleichen und der daraus entstehende Puffer mit dem Referenzpunktwert zu vergüten sei. Bei der Entscheidung über den Härtefallantrag habe die Beklagte ihr Ermessen nicht ausgeübt und lediglich ihre unrichtige Ansicht mitgeteilt, dass für die Entscheidung über den Härtefallantrag lediglich Aspekte der Sicherstellung zu berücksichtigen seien. Die Vorgaben des BSG zum Schutz kleiner Praxen habe sie nicht berücksichtigt.

Der Kläger beantragt,

das angefochtene Urteil zu ändern und unter Aufhebung des Widerspruchsbescheids der Beklagten vom 24. Juni 2004 die Beklagte zu verurteilen, über die Honorarabrechnung für die Quartale III/03 und IV/03 und den Härtefallantrag unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die den Kläger betreffenden Verwaltungsakten der Beklagten zur Honorarabrechnung für die streitgegenständlichen Quartale haben dem Senat vorgelegen. Wegen weiterer Einzelheiten wird auf diese sowie auf die Prozessakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist zulässig. Dabei ist der Senat unter Berücksichtigung des Inhalts der Berufungsbegründung abweichend von dem Wortlaut des in der mündlichen Verhandlung formulierten Antrags ([§ 123 SGG](#)) – davon ausgegangen, dass der Kläger nicht lediglich eine Abänderung, sondern die Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts begehrt und dass er sich nicht nur gegen den Widerspruchsbescheid vom 24. Juni 2004 wendet, sondern auch die Abänderung der Honorarbescheide vom 14. Januar 2004 und vom 20. April 2004 sowie die Aufhebung des Bescheides über die Ablehnung des Härtefallantrags vom 14. Januar 2004 begehrt.

Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Die angefochtenen Honorarbescheide für die Quartale III/03 und IV/03 sowie die Ablehnung des Härtefallantrages durch die Beklagte sind nicht zu beanstanden. Das Sozialgericht hat die Klage deshalb im Ergebnis zu Recht abgewiesen. Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts geht der Senat allerdings davon aus, dass die der Honorarabrechnung für die Quartale III/03 und IV/03 zugrunde liegenden Regelungen des HVM nicht zu beanstanden sind und dass die Klage bereits aus diesem Grunde und damit unabhängig von der im Urteil des Sozialgerichts angesprochenen Frage der Betroffenheit des Klägers - abzuweisen ist.

Rechtsgrundlage für Regelungen über Honorarbegrenzungen durch sog. individuelle Leistungsbudgets ist [§ 85 Abs. 4](#) Sätze 1 bis 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V - hier in der Fassung des Gesundheitsreformgesetzes GRG - vom 20. Dezember 1988, [BGBl. I S. 2477](#), geändert durch Gesetz vom 22. Dezember 1999, [BGBl. I S. 2626](#) und durch Gesetz vom 11. Dezember 2001, [BGBl. I S. 3526](#)). Danach haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Gesamtvergütung an die Vertragsärzte (getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung) zu verteilen. Sie wenden dabei den im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an.

Bei der Ausgestaltung des HVM haben die Kassenärztlichen Vereinigungen einen Gestaltungsspielraum, weil die Honorarverteilung eine in der Rechtsform einer Norm, nämlich einer Satzung, ergehende Maßnahme der Selbstverwaltung ist. Zu beachten ist dabei insbesondere das in [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) angesprochene Gebot der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars sowie der aus [Art. 12 Abs. 1](#) in Verbindung mit [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) herzuleitende Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Bei dem Gebot der leistungsproportionalen Vergütung handelt es sich allerdings nur um einen Grundsatz, von dem abgewichen werden darf, wenn die Kassenärztliche Vereinigung damit andere billigenwerte Ziele verfolgt. Solche aner kennenswerten Zielsetzungen können in einer Stabilisierung des Auszahlungspunktwertes durch die Begrenzung des Anstiegs der zu vergütenden Leistungsmenge liegen, weil auf diese

Weise die Vertragsärzte einen Teil des vertragsärztlichen Honorars sicherer kalkulieren können (vgl. BSG, Urt. v. 10. März 2004 – [B 6 KA 3/03 R](#), [BSGE 92, 233](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 9](#); BSG, Urt. v. 10. Dezember 2003 – [B 6 KA 54/02 R](#), [BSGE 92, 10](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 5](#)).

Die Bildung von Individualbudgets, die nach Abrechnungsergebnissen des Arztes aus vergangenen Zeiträumen bemessen werden, ist nicht zu beanstanden, auch wenn sie dessen gesamtes Leistungsvolumen umfassen (ständige Rechtsprechung, vgl. BSG, Urt. v. 8. Februar 2006 – [B 6 KA 25/05 R](#), [BSGE 96, 53](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 23](#), juris Rz. 23; BSG, Urt. v. 9. Dezember 2004 [B 6 KA 44/03 R](#), [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#) m.w.N.). Diese ist ebenso zulässig wie Fallwertgrenzen oder auch Fallzahlgrenzen (vgl. BSG, Urt. v. 10. Dezember 2003 – [B 6 KA 54/02 R](#), a.a.O.). Bei einer solchen Budgetierung handelt es sich um eine zulässige Maßnahme, um dem sog. "Hamsterradeffekt" entgegenzuwirken. Genau dieses Ziel hat die Beklagte mit der Einführung der IPZV verfolgt (vgl. dazu Ennenbach, Nordlicht 4/2003, Seite 12; derselbe in Nordlicht 1/2004, Seite 18). Im vorliegenden Fall ist zur Erreichung dieses Ziels ein zwar nicht fester, aber von Mengenausweitungen nur in geringerem Maße beeinflussbarer Punktwert für Leistungen innerhalb des IPZV gebildet worden mit der Folge, dass für die darüber hinausgehende Leistungsmenge eine niedrige Restvergütung zur Verfügung steht. Dass für die übersteigenden Leistungen nur eine sehr geringe Vergütung mit einem Punktwert von 0,05 Cent gezahlt wird, weil der ganz überwiegende Teil des Gesamtvergütungsvolumens für die Honorierung von Leistungen innerhalb des IPZV verwandt wird, ist ebenfalls nicht zu beanstanden. Nach ständiger Rechtsprechung kann die Restvergütungsquote sogar auf Null absinken, so dass auf eine Restvergütung gänzlich verzichtet werden kann (BSG, Urt. v. 8. Februar 2006 [B 6 KA 25/05 R](#), a.a.O., juris Rz. 31 m.w.N.).

Die Beklagte war auch nicht gehalten, die Gruppe der Anästhesisten generell aus der Budgetierung in Gestalt von IPZV auszunehmen. Dies folgt bereits aus dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 19. Dezember 2002 (Deutsches Ärzteblatt 2003, A-218). Im Zusammenhang mit der Streichung der Bestimmungen zum Praxisbudget mit Wirkung zum 1. Juli 2003 (Teil A des Beschlusses) ist den Kassenärztlichen Vereinigungen mit diesem Beschluss (Teil B) aufgegeben worden, die Gesamtvergütung in der Weise zu verteilen, dass der zum Zeitpunkt der Auszahlung ohne Quotierung oder Abstaffelung anerkannte Leistungsbedarf in Punkten aller abrechnenden Vertragsärzte je Arztgruppe im dritten und vierten Quartal 2003 den anerkannten Leistungsbedarf aller abrechnenden Vertragsärzte je Arztgruppe des dritten und vierten Quartals 2002 nicht mehr als 5 % überschreitet. Ob sich diese Vorgaben allein auf die Arztgruppen beziehen, die bis zum 30. Juni 2003 dem Praxisbudget unterworfen waren, oder auf alle Arztgruppen, kann im vorliegenden Zusammenhang dahingestellt bleiben, weil das Praxisbudget jedenfalls für die Arztgruppe der Anästhesisten galt und für diese Arztgruppe deshalb für die Quartale III/03 und IV/03 Maßnahmen zur Begrenzung des Leistungsbedarfs verbindlich vorgeschrieben werden. Die Vorgaben aus dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 19. Dezember 2002 sind für die Beklagte verbindlich (vgl. zur sog. Praxisbudgetvereinbarung zum 1. Juli 1997, Deutsches Ärzteblatt 1997, A 403; BSG, Urt. v. 13. März 2002 – [B 6 KA 48/00 R](#), [SozR 3-2500 § 85 Nr. 44](#), juris Rz. 18).

Ebenfalls nicht zu beanstanden ist, dass von dem IPZV auch Leistungen umfasst sind, die zu einem maßgeblichen Teil auf Überweisung erbracht werden (ständige Rechtsprechung, vgl. BSG, Urt. v. 10. März 2004 [B 6 KA 13/03 R](#), [SozR 4-2500 § 85 Nr. 10](#), juris Rz. 23 m.w.N.). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass nach der Rechtsprechung des BSG selbst Arztgruppen, die ausschließlich auf Überweisung in Anspruch genommen werden können, einer individuellen Budgetierung im HVM unterworfen werden dürfen (BSG, Urt. v. 9. Dezember 2004 – [B 6 KA 44/03 R](#), a.a.O., juris Rz. 66, 69).

Der Kläger hat auch aufgrund der Tatsache, dass es sich um eine kleine Praxis mit unterdurchschnittlichem Honorarvolumen handelt, keinen Anspruch darauf, von einer Begrenzung der Honorarsteigerung ausgenommen zu werden. Entsprechende Anforderungen bestehen lediglich für sog. Anfängerpraxen in der Aufbauphase (BSG, Urt. v. 10. März 2004 [B 6 KA 3/03 R](#), a.a.O., juris Rz. 25; BSG, Urt. v. 10. März 2004 – [B 6 KA 13/03 R](#), a.a.O.). Entgegen der Auffassung des Klägers verlangt das BSG keine Gleichstellung unterdurchschnittlich abrechnender Praxen mit Anfängerpraxen, sondern beschränkt die Forderung nach einer vollständigen Freistellung von Honorarbegrenzungen ausdrücklich auf Anfängerpraxen. Der bereits im Jahr 1988 als Anästhesist zugelassene Kläger hatte die nach § 12.4.4.a) HVM auf höchstens fünf Jahre bemessene Aufbauphase zum Zeitpunkt der Einführung der IPZV seit langem abgeschlossen. Daher ist es zulässig, das Honorarwachstum der Praxis des Klägers zu beschränken, obwohl er den Fachgruppendurchschnitt unterschritten hat. Allerdings ist zu verlangen, dass der HVM Wachstumsraten in einer Größenordnung zulässt, die es einer Praxis mit unterdurchschnittlichem Umsatz noch gestattet, den durchschnittlichen Umsatz in absehbarer Zeit zu erreichen. Als absehbar wird in diesem Zusammenhang ein Zeitraum von fünf Jahren angesehen (BSG, Urt. v. 10. März 2004 – [B 6 KA 3/03 R](#), a.a.O.; BSG, Urt. v. 10. Dezember 2003 – [B 6 KA 54/02 R](#), a.a.O., juris Rz. 27).

Der Senat geht davon aus, dass die hier maßgebenden Regelungen über die Bildung eines IPZV für die Startquartale ein effektives Wachstum nicht ermöglichen. Zwar ist auch die Sichtweise des Klägers unzutreffend, nach der der Abschlag von 3 %, der bei der Berechnung des IPZV nach § 12.4.2.c HVM vorzunehmen ist, eine entsprechende Absenkung des Honorars bewirken würde. Vielmehr ist auch eine Erhöhung des Honorarvolumens aufgrund der Anknüpfung an die sog. Bestquartale der Jahre 2001 und 2002 und der – wenn auch geringen – Vergütung der das IPZV übersteigenden Mehrleistungen nicht von vornherein ausgeschlossen. Die denkbare Erhöhung durch die Anknüpfung an Bestquartale hängt jedoch nicht von einem Wachstum der Praxis in den Startquartalen oder den Folgequartalen ab, sondern besteht unabhängig davon, und die Vergütung der Mehrleistungen ist so gering, dass darin jedenfalls keine "effektive" Wachstumsmöglichkeit gesehen werden kann. Einer Sichtweise, nach der ein "Wachstum" auch in den sog. Startquartalen möglich ist, steht schließlich entgegen, dass die Begünstigung durch die Bestquartalsregelung von allen Ärzten und somit auch von den unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen wie der des Klägers über den Abschlag in Höhe von 3 % nach § 12.4.2.c) HVM und über die Unterschreitung des Zielpunktwerts von 4,5 Cent "finanziert" worden ist (vgl. Ennenbach in Nordlicht 1/2004, S. 18 ff., 19). Wie § 12.4.2.c) Satz 2 HVM klarstellt, werden auch die Kosten für Mehrleistungen aus dem Abschlag von 3 % gedeckt.

Gleichwohl ist der HVM der Beklagten bezogen auf die Vergütung für die sog. Startquartale nach Auffassung des Senats rechtmäßig. Der Beklagten kann es im Rahmen des ihr zukommenden Gestaltungsspielraums nicht verwehrt werden, bei der erstmaligen Einführung von IPZV zunächst Startquartale zu bilden, auf deren Grundlage sich die Weiterentwicklung der IPZV vollzieht. In diesem Fall kann nicht verlangt werden, dass ein Wachstum bereits in den vier Startquartalen ermöglicht wird. Entgegen der Auffassung des Klägers handelt es sich dabei auch nicht um eine "Anfangs- und Erprobungsregelung". Der Rechtsprechung des BSG ist keine Vorgabe dahin zu entnehmen, dass der HVM eine Steigerung in Richtung des Fachgruppendurchschnitts in jedem einzelnen Quartal ermöglichen müsste. Gefordert wird allein eine Ausgestaltung der Wachstumsraten dahin, dass sie das Erreichen des Fachgruppendurchschnitts innerhalb eines absehbaren Zeitraums von 5 Jahren ermöglichen. Einer Regelung wie der vorliegenden, die dazu führt, dass steigende Honoraranforderungen zunächst unberücksichtigt bleiben und sich erst bei der Bildung des Budgets für das Folgejahr auswirken, kann nicht entgegengehalten werden, dass dem Arzt jede Möglichkeit der Honorarsteigerung durch Fallzahlerhöhung verweigert werde (vgl. BSG, Urt. v. 14. Dezember 2005 [B 6 KA](#)

[17/05 R](#) – [SozR 4-2500 § 85 Nr. 22](#) = [BSGE 96, 1](#), juris Rz 33).

Gegenstand des vorliegenden Verfahrens sind die Honorarbescheide für die Startquartale III/03 und IV/03. Für die Bildung der Startquartale trifft der HVM in § 12.4.2. eigenständige Regelungen, die nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit den Regelungen über die Weiterentwicklung der IPZV (§ 12.4.3. HVM) in der Zeit ab dem Quartal III/04 (sog. Folgequartale) stehen. Zwar wird bei der Prüfung der Rechtmäßigkeit der für die Folgequartale ab III/04 getroffenen Regelungen zur Weiterentwicklung der IPZV im Zusammenhang mit der Frage, ob eine effektive Steigerung innerhalb eines überschaubaren Zeitraums ermöglicht wird, zu berücksichtigen sein, dass in den vier Startquartalen keine effektive Steigerung des IPZV möglich war. Für die Vergütung in den Startquartalen hat die für die Folgequartale getroffene Regelung aber noch keine unmittelbare Bedeutung, so dass deren Rechtmäßigkeit im vorliegenden Zusammenhang auch nicht zu prüfen war. Regelungen des Honorarverteilungsmaßstabes sind lediglich inzident im Rahmen der gegen den Honorarbescheid gerichteten Klage zu prüfen, soweit sie im Einzelfall Anwendung gefunden haben. Eine abstrakte Prüfung von Normen des Honorarverteilungsmaßstabes ist dagegen nicht möglich. Im sozialgerichtlichen Verfahren ist eine Normenkontrollklage nicht vorgesehen. Das hat zur Folge, dass untergesetzliche Rechtsvorschriften wie die Bestimmungen in § 12.4.3. HVM grundsätzlich nicht losgelöst von einem konkreten Sachverhalt zur gerichtlichen Überprüfung gestellt werden können (vgl. BSG, Urt. v. 25. August 1999 – [B 6 KA 34/98 R](#), [SozR 3-2500 § 85 Nr. 32](#); BSG, Urt. v. 10. März 2004 – [B 6 KA 13/03 R](#), [SozR 4-2500 § 85 Nr. 10](#), juris Rz. 25 m.w.N.).

Auch im Übrigen sind Fehler in der Honorarabrechnung nicht ersichtlich. Dies gilt auch für die vom Kläger angegriffene Berechnung des IPZV in den Quartalen III/03 und IV/03. Entgegen der Auffassung des Klägers hat die Beklagte die Regelung in § 12.4 HVM ("Allgemeine Erläuterungen"), nach der bei Über- und Unterschreitungen des IPZV ein Ausgleich zwischen den Kassenarten stattfindet, berücksichtigt. Dies ergibt sich aus den Berechnungen auf Bl. 34 (Quartal III/03) und Bl. 67 (Quartal IV/03) der Verwaltungsakte. Danach hat die Beklagte die Unterschreitung des IPZV für den Bereich der Ersatzkassen jeweils von der betragsmäßig höheren Punktzahlüberschreitung aus dem Bereich der Primärkassen in Abzug gebracht. Dass die im Klageverfahren von der Beklagten vorgelegten Daten für das Quartal IV/03 ein geringeres IPZV und einen entsprechend höheren Anteil von Mehrleistungen im Quartal IV/03 vorsehen als die in den Verwaltungsakten enthaltene Berechnung hat die Beklagte in der mündlichen Verhandlung nachvollziehbar mit der Teilnahme des Klägers an Strukturverträgen erklärt, nach denen ein Teil der Leistungen außerhalb des IPZV vergütet worden ist mit der Folge, dass das IPZV entsprechend abgesenkt worden ist. Die Richtigkeit der Angaben der Beklagten hat der Prozessbevollmächtigte des Klägers in der mündlichen Verhandlung pauschal bestritten. Die Teilnahme des Klägers an Strukturverträgen ergibt sich jedoch auch aus dem Inhalt der Verwaltungsakte (vgl. Bl. 51 ff.). Auf die Frage, ob dieser Reduzierung des IPZV eine zutreffende Umsetzung der Strukturverträge zugrunde liegt, kommt es im vorliegenden Verfahren nicht an, weil die zu den Strukturverträgen ergangenen Bescheide nicht gemäß [§ 96 SGG](#) Gegenstand des vorliegenden Verfahrens geworden sind (vgl. BSG, Urt. v. 23. Februar 2005 – [B 6 KA 45/03 R](#), [SozR 4-1500 § 86 Nr. 2](#)).

Auch die Ablehnung des Härtefallantrags ist nicht zu beanstanden. Gegenstand der ablehnenden Entscheidung der Beklagten zum Härtefallantrag des Klägers und damit Gegenstand des vorliegenden Verfahrens sind insoweit alle Startquartale, also die Quartale III/03 bis II/04. Dieser Bestimmung des Streitgegenstands liegt die Tatsache zu Grunde, dass der Kläger den Härtefallantrag im Zusammenhang mit der Mitteilung des IPZV für die Quartale III/03 bis II/04 gestellt hat. Dass die Beklagte ihre Entscheidung über derartige Härtefallanträge auf alle Startquartale bezieht, entspricht der dem Senat aus anderen Verfahren bekannten Verwaltungspraxis der Beklagten (vgl. u.a. die in den mündlichen Verhandlungen am 13. November 2007 zu den Verfahren [L 4 KA 7/07](#) und [L 4 KA 9/07](#) abgegebenen Erklärungen der Beklagten).

Die in § 12.4.2.d) HVM beschriebene Ausnahmesituation (besonders geringe Punktzahlanforderung gerade in den Bemessungsquartalen der Jahre 2001 und 2002) liegt bei dem Kläger nicht vor, weil sein Honorar auch in den vorangegangenen Quartalen nicht deutlich höher war als in den Bemessungsquartalen. Der HVM der Beklagten enthält darüber hinaus hinsichtlich der Mengenzuwachsbegrenzung eine Härteregelung in § 12.4.4.j) HVM. Danach kann der Vorstand in begründeten Fällen aus Sicherstellungsgründen Punktzahlvolumina der Praxis neu festlegen, wenn besondere Umstände des Einzelfalles vorliegen. Hierzu zählen insbesondere dauerhafte Veränderungen in der vertragsärztlichen Versorgung im Umfeld der Praxis. Ergänzt wird diese Härtefallregelung durch eine allgemeine Härtefallregelung in § 12.6.2. HVM, nach der der Vorstand über unbillige Härtefälle infolge der Anwendung dieses HVM auf Antrag entscheidet. Damit wird den in der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an das Vorliegen einer General- bzw. Härteregelung ausreichend Rechnung getragen (vgl. dazu BSG, Urt. v. 21. Oktober 1998 [B 6 KA 65/97 R](#), [SozR 3-2500 § 85 Nr. 27](#) Rz. 23 und [B 6 KA 71/97 R](#), a.a.O., juris Rz. 29; BSG, Urt. v. 10. März 2004 [B 6 KA 3/03 R](#), a.a.O., juris Rz. 29; BSG, Urt. v. 22. Juni 2005 – [B 6 KA 80/03 R](#), a.a.O., juris Rz. 41 ff.).

Wegen des Ermessensspielraums der Beklagten beschränkt sich die gerichtliche Kontrolle darauf, ob der Entscheidung ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde liegt, ob die Grenzen des Ermessens eingehalten worden sind und ob die angestellten Ermessenserwägungen so hinreichend in der Begründung der Entscheidung verdeutlicht wurden, dass die zutreffende Anwendung der Maßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist. Dabei sind die Gerichte nicht darauf beschränkt, nur die Gründe in der Form zu würdigen, wie sie gemäß [§ 35 Abs. 1 Satz 3 SGB X](#) in der schriftlichen Begründung der Bescheide ihren Niederschlag gefunden haben. Jedenfalls dann, wenn die bei Erlass der Bescheide von der Behörde tatsächlich angestellten Erwägungen lediglich unvollständig oder unklar in der Begründung wiedergegeben worden sind, können sie auch noch im Laufe des anschließenden Gerichtsverfahrens in den Tatsacheninstanzen präzisiert oder ergänzt werden (vgl. BSG, Urt. v. 22. Juni 2005 – [B 6 KA 80/03 R](#), a.a.O., juris Rz. 45 m.w.N.).

Ermessensfehler, die zur Rechtswidrigkeit der Härtefallentscheidung der Beklagten führen würden, sind danach nicht zu erkennen. Die Beklagte hat ihr Ermessen entsprechend dem Zweck der Härtefallregelung ausgeübt. Deren Funktion besteht darin, in atypischen Einzelfällen unbillige Belastungen einer generell gerechtfertigten Regelung zu verhindern (BSG, Urt. v. 22. Juni 2006 – [B 6 KA 80/03 R](#), a.a.O., juris Rz 46). Die Beklagte hat in der Begründung der angefochtenen Bescheide, die sie durch Ausführungen in der Klagebegründung konkretisiert hat, zutreffend darauf hingewiesen, dass eine Steigerung der Fallzahl, die bereits im Jahr 2002 eingetreten ist, bereits durch die Bemessung des IPZV nach den Bestquartalen aus den Jahren 2001 und 2002 berücksichtigt worden ist. Damit ist die vom Kläger zur Begründung seines Härtefallantrags angegebene Erhöhung von Fallzahlen aufgrund einer Erweiterung der Tätigkeit der zuweisenden Praxis ab Februar 2002 von vornherein nicht geeignet, einen Härtefall zu begründen. Darüber hinaus ist festzustellen, dass eine relevante Steigerung der Fallzahlen nicht eingetreten ist. Im Quartal III/03 war die Zahl der vom Kläger behandelten Patienten (Fallzahl 98) sogar deutlich geringer als die Fallzahl in dem der Berechnung des IPZV, Bereich Ersatzkassen, zugrunde liegenden Bemessungsquartal III/02 (Fallzahl insgesamt 107). Gegenüber dem für den Bereich der Primärkassen zugrunde liegenden Bemessungsquartal III/01 ergibt sich eine Fallzahlsteigerung von 88 auf 98, sodass im Saldo keine wesentliche Änderung festzustellen ist. Bezogen auf das Quartal IV/03 liegt

ebenfalls keine im vorliegenden Zusammenhang relevante Fallzahlsteigerung vor: Bemessungsquartal war hier sowohl für den Bereich der Primärkassen als auch für den Bereich der Ersatzkassen das Quartal IV/02 mit einer Fallzahl von 115 gegenüber einer Fallzahl von 116 im Quartal IV/03. Der Kläger hat die Fallzahl also um einen einzigen Fall und damit weniger als 1 % gesteigert. Nach der Rechtsprechung des BSG sind dagegen auch Fallzahlerhöhungen um 1/6 noch nicht geeignet, das Vorliegen einer unbilligen Härte zu begründen (vgl. BSG, Urt. v. 10. März 2004 - [B 6 KA 3/03 R](#) - [BSGE 92, 233](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 9](#)). Vor diesem Hintergrund bedarf es keiner ins Einzelne gehenden Begründung, dass ein besonderer Härtefall nicht gegeben ist. Lediglich ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass sich der Kläger in dem an die Beklagte gerichteten Schreiben vom 19. Oktober 2003 als "reisender Anästhesist" mit "Kontakt zu vielen Praxen" bezeichnet hat und dass vor diesem Hintergrund eine Abhängigkeit von dem Umfang der Tätigkeit einer einzigen zuweisenden Praxis nicht naheliegend erscheint.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Der Senat hat die Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zu der Frage zugelassen, ob die Wachstumsmöglichkeiten auch für unterdurchschnittlich abrechnende Praxen für eine begrenzte Zeit faktisch ausgesetzt werden können, um die Vorgaben des Erweiterten Bewertungsausschusses nach dem Auslaufen der Praxisbudgets im EBM-Ä umzusetzen ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

SHS

Saved

2008-04-25