

## B 6 KA 28/14 R

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung

6  
1. Instanz  
SG für das Saarland (SAA)

Aktenzeichen  
S 2 KA 118/07

Datum  
11.03.2011

2. Instanz  
LSG für das Saarland  
Aktenzeichen

L 3 KA 5/11  
Datum

03.12.2013

3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

B 6 KA 28/14 R  
Datum

15.07.2015

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Honorarverteilungsregelungen, nach denen sich der anzuerkennende Leistungsbedarf aus der Multiplikation des Punktzahlvolumens des Fachgruppendurchschnitts mit einem individuellen Anpassungsfaktor ergab, entsprachen der ab dem 1.4.2005 geltenden Übergangsregelung für die Einführung von Regelleistungsvolumen.

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts für das Saarland vom 3. Dezember 2013 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Gründe:

I

1

Die Klägerin begehrt eine höhere Honorierung ihrer vertragsärztlichen Leistungen, insbesondere für das Quartal II/2005.

2

Die klägerische, aus drei Hals-, Nasen-, Ohrenärzten bestehende Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) ist seit dem 3. Quartal 2004 in der derzeitigen Zusammensetzung vertragsärztlich in N. tätig. Im streitbefangenen Quartal wurde nach dem für die Mitglieder der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung ab dem 1.4.2005 geltenden Honorarverteilungsvertrag (HVV) der in Punkten anzuerkennende Leistungsbedarf des Vertragsarztes bzw der BAG in ein Individualvolumen (IV) und ein Restvolumen (RV) aufgeteilt. Der Leistungsbedarf des IV ergab sich je Arztpraxis bzw Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) aus der Multiplikation des arztgruppenbezogenen Durchschnittsvolumens mit dem individuellen Anpassungsfaktor und der Zahl der Ärzte der Praxis bzw des MVZ. Die Basis zur Berechnung des arztgruppenbezogenen Durchschnittsvolumens bildeten 72,50 % der im Vorjahresquartal gezahlten Ersatz- bzw Primärkassenhonorare der jeweiligen Fachgruppe. Diese Honoraranteile wurden im Bereich der Ersatzkassen durch einen Punktwert von 0,040 Euro und für den Bereich der Primärkassen durch einen Punktwert von 0,033 Euro dividiert. Die Division der Summe der so ermittelten Punkte für Ersatz- und Primärkassen durch die Arztzahl der Fachgruppe (einschließlich angestellte Ärzte, die im Rahmen der Bedarfsplanung berücksichtigt werden) im jeweiligen Vorjahresquartal, gerundet auf eine Dezimalstelle, bildete das Durchschnittsvolumen der Fachgruppe. Der individuelle Anpassungsfaktor ergab sich im Wege einer Günstigkeitsprüfung entweder aus einem Vergleich der Fallzahl der Arztpraxis im aktuellen Quartal, höchstens jedoch der um 3 % erhöhten Fallzahl des jeweiligen Vorjahresquartals, zur Durchschnittsfallzahl je Arzt der Fachgruppe des Vorjahresquartals oder aus einem Vergleich der Leistungsanforderung der Arztpraxis im Vorjahresquartal zur Durchschnittsanforderung der Fachgruppe im Vorjahresquartal. Der jeweils höhere Faktor fand als individueller Anpassungsfaktor Eingang in die Berechnung des IV. Die Punktwerte für das IV waren für Ersatz- und Primärkassen auf 0,040 Euro und 0,033 Euro festgelegt.

3

Mit Bescheid vom 25.10.2005 erteilte die Beklagte der Klägerin die Honorarabrechnung für das Quartal II/2005. Die Klägerin hatte bei 2912 Fällen einen Gesamt-Leistungsbedarf von 4 696 030,5 Punkten. Das Durchschnittsvolumen für die Fachgruppe der HNO-Ärzte laut Anlage 3 des HVV (857 045,8) wurde mit dem Anpassungsfaktor 1,25 auf für drei Ärzte insgesamt 3 213 921,8 Punkte fortgeschrieben und ergab das IV. Der Anpassungsfaktor für die Klägerin wurde aus dem Verhältnis ihrer Leistungsanforderung aus dem Vorjahresquartal zum durchschnittlichen Leistungsbedarf der Fachgruppe in diesem Quartal errechnet. Der prozentuale Anteil des IV am Leistungsbedarf lag bei

68,4391 %. Die übrige Leistungsanforderung von 1 482 108,7 Punkten wurde im RV honoriert. Die Leistungen im IV wurden im Ersatzkassenbereich mit 4,0958 Cent je Punkt und im Primärkassenbereich mit 3,3000 Cent je Punkt honoriert. Die Punktwerte für das RV betragen im Bereich der Ersatzkassen 2,0000 Cent, im Bereich der Primärkassen 1,2719 Cent. Insgesamt ergab sich für Leistungen der Klägerin, die unter das IV/RV nach dem HVV fielen, ein Honorar von 139 660,01 Euro. Das Gesamthonorar der Klägerin unter Einbeziehung der Vergütung von Leistungen außerhalb des IV/RV lag bei 158 393,23 Euro.

4

Den Antrag auf Erhöhung des Anpassungsfaktors auf 1,5 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 14.11.2005 ab, weil eine Analyse der Abrechnungsergebnisse der Klägerin keine Anhaltspunkte für eine Benachteiligung habe erkennen lassen. Da die Klägerin im streitbefangenen Quartal weniger Fälle als der Fachgruppendurchschnitt (3.411 Fälle) behandelt habe, werde für die Folgequartale die Fallzuwachsbeschränkung bis zur Höhe des Fachgruppendurchschnitts ausgesetzt.

5

Die gegen die Bescheide ohne Begründung erhobenen Widersprüche wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 23.2.2006 zurück.

6

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 11.3.2011 abgewiesen und ausgeführt, hinsichtlich des Bescheides vom 14.11.2005 fehle es der Klägerin an einem Rechtsschutzbedürfnis, sodass die Klage insoweit unzulässig sei. Ob der der Honorierung zugrunde gelegte Anpassungsfaktor nach dem im jeweils streitigen Quartal geltenden HVV rechtmäßig gewesen sei, sei stets im Rahmen der Überprüfung der angegriffenen Honorarbescheide zu beurteilen. Im Hinblick auf den (Honorar-)Bescheid vom 25.10.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.2.2006 sei die Klage unbegründet. Die Regelungen des HVV der Beklagten beachteten den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit und seien rechtmäßige Vergütungsbegrenzungsregelungen. Sie stellten sich in ihren Auswirkungen als ein dem Regelleistungsvolumen (RLV) vergleichbares Steuerungsinstrument iS des III. Nr 2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses (BewA) vom 29.10.2004 dar. Kernpunkte der Regelleistungsvolumina seien die Festlegung arztgruppenspezifischer Grenzwerte und fester Punktwerte; für darüber hinausgehende Leistungsmengen erfolge eine Abstufung der Punktwerte. Eben dies vollziehe der HVV der Beklagten nach. Im IV seien feste Punktwerte gewährleistet gewesen. Die Vorgabe der Festlegung arztgruppenspezifischer Grenzwerte erfülle der HVV durch die Bildung der arztgruppenspezifischen Durchschnittsvolumina. Die daran anknüpfende Errechnung praxisindividueller Grenzwerte sei zulässig. Da die Beklagte am 15.3.2005, also vor Beginn des Quartals II/2005, sowohl die Daten zu den Durchschnittsvolumina als auch die Daten zur Errechnung der Anpassungsfaktoren veröffentlicht habe, sei auch die prognostische Kalkulationssicherheit gegeben gewesen. Soweit die Klägerin vortrage, zwar eine unterdurchschnittliche Fallzahl zu haben, dafür aber je Fall eine größere Leistungsmenge abzurechnen, werde diesem Umstand gerade durch die Regelungen zum Anpassungsfaktor samt Günstigkeitsklausel Rechnung getragen. Eine weitergehende Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten würde letztlich auf eine Aussetzung der Honorarbegrenzung und damit einhergehend eine gleichheitswidrige Benachteiligung der weiteren Ärzte der klägerischen Fachgruppe hinauslaufen. Aus dem Leistungsdatenvergleich der Klägerin mit dem Fachgruppendurchschnitt zeige sich gerade, dass die höhere Punkteanforderung der Klägerin je Fall mit einer höheren Vergütung je Fall einhergehe; auch erreichten die Ärzte der Klägerin ein um 17,5 % über dem Fachgruppendurchschnitt liegendes Honorar.

7

Das LSG hat mit Urteil vom 3.12.2013 die Berufung der Klägerin zurückgewiesen und zur Begründung auf die Gründe der erstinstanzlichen Entscheidung verwiesen. Die angegriffenen Regelungen des HVV genügten den Anforderungen des [§ 85 Abs 4 Satz 5 bis 8 SGB V](#) aF. Die Beklagte habe zu Recht ausgeführt, dass der zum 1.4.2005 in Kraft getretene HVV die vorherige Systematik der arztgruppenspezifischen Grenzwerte mit festen Punktwerten und einem Anpassungsfaktor (Systematik IV/RV) beibehalten und lediglich durch einen weiteren fallzahlbezogenen Anpassungsfaktor ergänzt habe. Beide Vergütungsmodelle hätten sich am durchschnittlichen Abrechnungsverhalten der Arztgruppe orientiert. Im Rahmen eines "vergleichbaren Steuerelements" sei ein Aufschlag von 130 Punkten bei Gemeinschaftspraxen nicht zwingend erforderlich gewesen. Den geltend gemachten Praxisbesonderheiten habe der im HVV vorgesehene Anpassungsfaktor, der sich nach dem Günstigkeitsprinzip entweder an den Fallzahlen oder an dem abgerechneten Punktzahlvolumen orientiert habe, Rechnung getragen. Einer weiteren Erhöhung habe es nicht bedurft, zumal die einzelnen Ärzte der Klägerin Einkommen deutlich über dem Fachgruppenniveau erzielt hätten.

8

Dagegen richtet sich die vom Senat zugelassene Revision der Klägerin. Sie macht geltend, der HVV enthalte weder ein durch vorab festgelegte Werte bestimmtes RLV noch feste Punktwerte. Das Durchschnittsvolumen der Fachgruppe stelle sich je nach Quartal unterschiedlich dar, sodass nicht von festen Werten ausgegangen werde, weshalb eine Vergleichbarkeit mit den gesetzlichen Regelungen nicht gegeben sei. Das Ziel der Kalkulationssicherheit werde verfehlt, weil das auf der Grundlage der in jedem Quartal unterschiedlichen Fachgruppendurchschnittswerte gebildete IV und der darauf angewandte Anpassungsfaktor, der von den individuellen Verhältnissen der Praxis abhängt, dazu führe, dass die endgültige Höhe des Volumens nicht absehbar sei und nicht feststehe, wie die jeweilige ärztliche Leistung vergütet werde. Die Durchschnittswerte würden von der Beklagten gar nicht bzw erst nach Ablauf des entsprechenden Quartals veröffentlicht. Das System des RLV setze entscheidend bei den Fallzahlen an, eine vergleichbare Einwirkung auf das IV sei nicht zu erkennen. Das LSG habe gänzlich außer Acht gelassen, dass nur 72,5 % des Honorarkontingents des Vorjahresquartals zur Verfügung gestellt worden seien. Die Kürzung des Volumens um 27,5 % führe zu kontinuierlich geringer werdenden Grenzwerten. In den Quartalen II/2005 bis IV/2008 sei der obere Punktwert der Primärkassen mehrmals unterschritten worden, ebenso der untere Punktwert der Ersatzkassen, sodass keine festen Punktwerte gewährleistet gewesen seien. Auch hätten sich für unterschiedliche Facharztgruppen unterschiedliche Punktwerte ergeben. "Vergleichbare Steuerungsinstrumente" hätten nur bis zum 31.12.2005 fortgeführt werden dürfen, sodass der HVV jedenfalls ab dem 1.1.2006 rechtswidrig gewesen sei. Entgegen den Vorgaben des BewA sehe der HVV auch keinen Zuschlag für Gemeinschaftspraxen vor. Nicht berücksichtigt sei auch, dass nach den Vorgaben des BewA die Vergütung bestimmter Leistungen, wie etwa der belegärztlichen Leistungen, außerhalb der RLV vorgesehen sei. Es fehle im HVV der Beklagten an einer

Härtefallregelung, in deren Rahmen sie Praxisbesonderheiten habe geltend machen können wie etwa die belegärztliche Tätigkeit, aus der 24 % der Leistungsanforderung resultierten. Der HVV verstoße gegen den Grundsatz der Normenklarheit, weil der Begriff des "Anpassungsfaktors" weder definiert werde, noch seine Auswirkungen erkennbar seien.

9

Die Klägerin beantragt, die Urteile des Landessozialgerichts für das Saarland vom 3. Dezember 2013 und des Sozialgerichts für das Saarland vom 11. März 2011 sowie die Bescheide der Revisionsbeklagten vom 25. Oktober 2005 und 14. November 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. Februar 2006 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, über ihren Honoraranspruch für das Quartal II/2005 erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

10

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

11

Sie hält die angefochtenen Urteile für zutreffend.

II

12

Die Revision der Klägerin ist unbegründet. Das LSG hat die Berufung der Klägerin gegen das klageabweisende Urteil des SG zu Recht zurückgewiesen. Der angefochtene Honorarbescheid beruhte auf einer wirksamen Rechtsgrundlage. Die Honorarverteilungsregelungen, auf deren Grundlage dieser erging, verstießen nicht gegen höherrangiges Recht. Der HVV, den die Beklagte und die Krankenkassen(-Verbände) mit Wirkung ab dem 1.4.2005 vereinbart hatten, entsprach - soweit dies im Streit steht - den Vorgaben des [§ 85 Abs 4 Satz 7 SGB V](#) (in der seinerzeit maßgeblichen, vom 1.1.2004 bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) vom 14.11.2003, [BGBl I 2190](#)) ebenso wie den Regelungen im Beschluss des BewA zur Festlegung von RLV vom 29.10.2004 ((BRLV) DÄ 2004, A 3129 ff). Ein Anspruch der Klägerin auf Änderung des zugrunde gelegten Anpassungsfaktors oder auf Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten unter Härtegesichtspunkten bestand nicht.

13

1. Nach [§ 85 Abs 4 Satz 7 SGB V](#) aF waren in der Honorarverteilung "insbesondere arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina)". Kernpunkt dieser Bestimmung waren nach der Rechtsprechung des Senates zwei Vorgaben, nämlich die Festlegung arztgruppenspezifischer Grenzwerte und fester Punktwerte; gemäß [§ 85 Abs 4 Satz 8 SGB V](#) aF waren außerdem für die darüber hinausgehenden Leistungsmengen abgestaffelte Punktwerte vorzusehen (stRspr seit [BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 14; zusammenfassend BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 18 und Nr 70 RdNr 15; zuletzt BSG Urteil vom 19.2.2014 - [B 6 KA 16/13 R](#) - Juris RdNr 39; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 73 RdNr 16; [BSGE 113, 298](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 76, RdNr 37). Die Partner der HVV blieben berechtigt, ergänzende Steuerungsmaßnahmen vorzugeben, soweit damit das Instrument der RLV als gesetzgeberisches Leitbild der Vergütung ab dem Quartal II/2005 nicht in Frage gestellt wurde (vgl zuletzt BSG Urteil vom 19.2.2014 - [B 6 KA 16/13 R](#) - Juris RdNr 20 mwN). Der Senat hat wiederholt ([BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 15 aE; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 19; Nr 70 RdNr 16; Nr 73 RdNr 17; [BSGE 113, 298](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 76, RdNr 18) ausgeführt: "Die Formulierung insbesondere in [§ 85 Abs 4 Satz 7 SGB V](#) relativiert die Verbindlichkeit nicht etwa im Sinne eines lediglich möglichen Regelungsinhalts; wie der Kontext ergibt, wird damit vielmehr die Notwendigkeit solcher Festlegungen nochmals hervorgehoben und zugleich klargestellt, dass darüber hinaus auch noch weitere Steuerungsinstrumente vorgesehen werden können, die allerdings das System aus RLV und abgestaffelten Punktwerten nicht schwächen, sondern nur ergänzen dürften."

14

Nach der Übergangsregelung, die der BewA durch Beschluss vom 29.10.2004 normiert hat (Teil III Nr 2.2 BRLV, DÄ 2004, A 3129 ff; - zur Vereinbarkeit mit der zugrunde liegenden Ermächtigungsgrundlage in [§ 85 Abs 4a Satz 1](#) iVm Abs 4 Satz 7 und 8 SGB V aF s grundlegend [BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 20 ff, und aus jüngerer Zeit BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 23 und Nr 70 RdNr 20) konnten Steuerungsinstrumente, die mit der gesetzlichen Regelung in ihren Auswirkungen vergleichbar waren, fortgeführt werden. Die Regelung des BewA über die "Fortführung" von Steuerungsinstrumenten stand zwar grundsätzlich Honorarverteilungsregelungen entgegen, die von den Vorgaben des [§ 85 Abs 4 Satz 7](#) und 8 SGB V aF wegführten (vgl [BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 22 ff), hinderte aber nicht einzelne Änderungen der Honorarverteilung, soweit die wesentlichen Grundzüge des Steuerungsinstrumentes unverändert blieben (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 24; Nr 70 RdNr 21; Nr 73 RdNr 27).

15

2. Nach diesen Maßstäben hat der zum 1.4.2005 geschlossene HVV die bis zum 31.3.2005 geltenden Steuerungsinstrumente in ausreichendem Maße "fortgeführt". Die fortgeführten Steuerungsinstrumente waren auch in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs 4 SGB V](#) vergleichbar, deren Kernvorgaben die Festlegung arztgruppenspezifischer Grenzwerte und fester Punktwerte waren (vgl zuletzt [BSGE 113, 298](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 76 RdNr 37 mwN). Bereits zuvor sahen hier die Honorarverteilungsregelungen der Beklagten ein IV vor, das an arztgruppenspezifische Durchschnittswerte anknüpfte, die mit einem Anpassungsfaktor "individualisiert" wurden. Der individuelle Anpassungsfaktor ergab sich aus dem Verhältnis des anzuerkennenden Leistungsbedarfs zum arztgruppenbezogenen Durchschnittsvolumen. Der ab dem 1.4.2005 geltende HVV hat diese Systematik mit der Maßgabe fortgeführt, dass ein weiterer fallzahlbezogener Anpassungsfaktor eingefügt wurde, der alternativ zu dem am Leistungsbedarf orientierten Anpassungsfaktor zur Anwendung kam, wenn er für den Arzt günstiger war. Gleichzeitig entfiel die Leistungsbegrenzung durch das anerkannte

Punktzahlvolumen des Vorjahresquartals.

16

Die fortgeführten Steuerungsinstrumente waren "in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in [§ 85 Abs 4 SGB V](#) vergleichbar" (Teil III Nr 2.2 BRLV, DÄ 2004, A 3129 ff). Der Senat hat mit Blick auf die Regelungskompetenz des BewA auf der Grundlage des [§ 85 Abs 4a Satz 1](#) letzter Teilsatz SGB V aF mehrfach ausgeführt ([BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 21 sowie BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 28 und Nr 70 RdNr 23), dass nicht eine sofortige volle Übereinstimmung mit den Vorgaben des [§ 85 Abs 4 Satz 7](#) und 8 SGB V aF erforderlich war. Ausgeschlossen war indessen eine Auslegung der Übergangsvorschrift, die faktisch zu einer vollständigen Suspendierung der gesetzlichen Vorgaben geführt haben würde. Deshalb konnte es im Rahmen der Übergangsvorschrift nicht gestattet sein, dass eine Honorarverteilungsregelung sich im Vergleich zu den bisherigen - sei es auch nur vorübergehend - weiter von den Vorgaben des [§ 85 Abs 4 Satz 7](#) und 8 SGB V aF entfernte (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68, RdNr 28 f; Nr 70 RdNr 23 f). Dies erforderte entweder, dass die zu prüfende Honorarverteilungsregelung dem gesetzlichen Ziel deutlich näher stand als die Vorgängerregelung, oder, dass die Regelung bereits - ohne dass es einer Änderung bedurfte - eine ausreichende Nähe zu den gesetzlichen Vorgaben aufwies (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 30; Nr 70 RdNr 24; Nr 73 RdNr 29). Der HVV hat hier eine ohnehin den RLV nahestehende Regelung weiter verfeinert.

17

a) Das Honorarvolumen des Arztes wurde nicht im Sinne eines typischen Individualbudgets durch praxisindividuelle Werte aus vorangegangenen Vergütungszeiträumen bestimmt, sondern in wesentlichem Ausmaß durch fachgruppenspezifische Werte geprägt. Ausgangspunkt war nach der Konzeption des HVV das Punktzahlvolumen des Fachgruppendurchschnitts im Vorjahresquartal. Dabei war Basis der Berechnung des arztgruppenbezogenen Durchschnittsvolumens 72,5 % des im Vorjahresquartal gezahlten Ersatz- und Primärkassen-Honorars der jeweiligen Fachgruppe. Ebenso wie bei der Berechnung der Fallpunktzahl für das RLV wurde damit nur ein Teil der abgerechneten Leistungen erfasst. Der zur Festlegung des mit einem festen Punktwert zu vergütenden Leistungsvolumens zugrunde gelegte Anteil des Leistungsbedarfs unterlag dem Faktor 0,8, mit dem nach dem BRLV die Fallpunktzahl für das RLV zu ermitteln war (Anlage 2 zum Teil III zum Beschluss vom 29.10.2004: arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf in Punkten geteilt durch arztgruppenspezifische Anzahl der Behandlungsfälle multipliziert mit 0,8). Der hier nach dem HVV für die Berechnung des Fachgruppendurchschnitts anzusetzende Faktor lag hiervon nur etwa 10 % entfernt. Damit haben die Partner des HVV ihren Gestaltungsspielraum nicht überschritten. Mit der Einbeziehung von fast  $\frac{3}{4}$  des durchschnittlichen Honorarvolumens wurde der ganz überwiegende Anteil der vertragsärztlichen Leistungen durch das IV erfasst. Aus in den Folgequartalen blieb Anknüpfungspunkt für die Berechnung des durchschnittlichen Leistungsbedarfs jeweils das gesamte im jeweiligen Referenzquartal gezahlte Honorar. Die von der Klägerin aufgezeigte Reduzierung des dem IV zugrunde gelegten durchschnittlichen Punktzahlvolumens in den Folgequartalen verläuft dementsprechend auch nicht exponentiell, sondern kontinuierlich. Deutlich wird damit, dass der intendierte Begrenzungseffekt tatsächlich eingetreten ist.

18

Das Punktzahlvolumen des Fachgruppendurchschnitts wurde zwar mit einem individuellen Anpassungsfaktor multipliziert, dessen Berechnung in § 5 II D 4 (a) HVV im Einzelnen hinreichend klar vorgegeben war. Aus dieser individuellen Anpassung folgt jedoch noch nicht, dass ein Individualbudget gebildet wurde. Soweit der praxisindividuelle Leistungsbedarf und die individuelle Fallzahl in Relation zum durchschnittlichen Leistungsbedarf und der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe gesetzt wurden, wurde in zulässiger Weise der individuellen Ausrichtung der Praxis in Grenzen Rechnung getragen. Während bei dem RLV, wie der BRLV es vorsah, eine Multiplikation der arztgruppenspezifischen Fallpunktzahl mit der Fallzahl der Arztpraxis im aktuellen Abrechnungsquartal stattfand, legte der HVV der Beklagten das durchschnittliche Punktzahlvolumen der Fachgruppe zugrunde, das nur durch den Anpassungsfaktor individualisiert wurde. Insofern war die Vergütung nach dem HVV eher stärker am Fachgruppendurchschnitt orientiert als die RLV nach dem Beschluss des BewA. So wie der Senat angenommen hat, dass die Anpassung von persönlichen Punktzahlvolumina aus zurückliegenden Quartalen mittels eines einheitlichen Faktors der Arztgruppe die grundsätzliche Bindung an das individuelle Leistungsvolumen im Referenzzeitraum nicht aufhebt, sondern nur modifiziert (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 70 RdNr 31), wird hier durch den individuellen Anpassungsfaktor die grundsätzliche Bindung an den Fachgruppendurchschnitt nicht in Frage gestellt.

19

Der Anpassungsfaktor war auch nicht strikt an den konkreten Gegebenheiten der Praxis ausgerichtet, sondern wurde in zwölf Abstufungen mit einem Faktor von 0,125 bis 1,50 festgesetzt. Insofern erfolgte eine Verfeinerung des Anpassungsfaktors, der im davor geltenden HVV in sechs Stufen festgesetzt worden war. Der Umstand, dass der für die Praxis günstigste Anpassungsfaktor angewandt wurde, berücksichtigte den vom Senat herausgestellten Zusammenhang zwischen hoher Fallzahl und niedriger Fallpunktzahl einerseits - dann wird der Anpassungsfaktor für die Fallzahlen höher sein - und eher niedriger Fallzahl und hohem Fallwert in spezialisierten Praxen andererseits - dann wird der Anpassungsfaktor bei den Fallpunktzahlen höher sein (vgl. [BSGE 113, 298](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 76, RdNr 26 ff). Der Senat hat die weitere Untergliederung der im BRLV aufgeführten Arztgruppen in drei "fallwertbezogene" Untergruppen als zulässige weitere Steuerungsmaßnahme im RLV-System und ihre sachliche Rechtfertigung darin gesehen, dass arztgruppenspezifische Grenzwerte naturgemäß unterschiedlichen Praxisstrukturen nur unzureichend Rechnung tragen, sodass die HVV Regelungen über eine abweichende Festsetzung der RLV oder jedenfalls entsprechende Härtefallregelungen enthalten müssten. Die Vertragspartner des HVV waren danach im Rahmen des ihnen zustehenden Gestaltungsspielraums auch berechtigt, die ohnehin unvermeidliche besondere Behandlung von Praxen mit einer vom Regelfall abweichenden Praxisstruktur nicht auf einer späteren Stufe - über Sonderregelungen zum RLV für bestimmte Leistungen oder über Härtefallentscheidungen - zu realisieren, sondern bereits vorab bei der Ausgestaltung der Regelungen über die Bemessung der Fallpunktzahl. Eine vergleichbare Funktion kam hier dem Anpassungsfaktor zu. Der Klägerin ist zuzugeben, dass den Fallzahlen bei der im HVV geregelten alternativen Vorgehensweise eine geringere Bedeutung beigemessen wurde als bei dem im BRLV vorgesehenen Verfahren der Multiplikation der Fallpunktzahl mit der Fallzahl. Die Klägerin, die unterdurchschnittliche Fallzahlen hatte, hat allerdings von der Regelung profitiert und ist insoweit nicht beschwert. Im Übrigen fanden die Fallzahlen typisierend ausreichend Berücksichtigung durch den gestaffelten Anpassungsfaktor, der ab dem 1.4.2005 eben auch fallzahlbezogen ermittelt wurde. Die Untergliederung in zwölf Untergruppen je nach abgerechneter Fallzahl und Leistungsvolumen ist zwar wesentlich "kleinteiliger" als die Einteilung in drei fallwertbezogene

Untergruppen, die der Senat im Hinblick auf eine typisierende Unterscheidung nach dem Leistungsspektrum der Praxen als ergänzende Steuerungsmaßnahme gebilligt hat. Strukturell steht die Konzeption des angegriffenen HVV den RLV-Regelungen aber ebenfalls nahe genug, um eine Vergleichbarkeit annehmen zu können.

20

Sie gewährleistete hinsichtlich der Leistungsmenge auch eine hinreichende Kalkulationssicherheit. Zwar variierten naturgemäß die Durchschnittswerte der Fachgruppe in den jeweiligen Vorjahresquartalen als Berechnungsgrundlage für das IV. Die Werte wurden jedoch bekanntgegeben, für das streitbefangene Quartal II/2005 gleichzeitig mit den für das Quartal III/2005 ermittelten Werten mit Übersendung des HVV am 15.3.2005. Damit war bereits vor dem Quartal II/2005 klar, von welcher Leistungsmenge grundsätzlich auszugehen war. Da auch die für die Bestimmung des Anpassungsfaktors maßgeblichen individuellen Daten vom Vertragsarzt selbst unschwer zu ermitteln waren, konnte die im IV vergütete Leistungsmenge ausreichend bestimmt werden. Nicht erforderlich - und auch mit einem RLV nicht möglich - ist die genaue Berechnung des voraussichtlichen Honorars bereits zu Beginn eines Quartals.

21

b) Es war auch in hinreichendem Maße ein fester Punktwert gewährleistet. Die Festlegung fester Punktwerte hat der Senat wiederholt als eine zentrale Vorgabe des [§ 85 Abs 4 Satz 7 SGB V](#) aF bezeichnet (vgl [BSGE 113, 298](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 76, RdNr 38; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 73 RdNr 17; Nr 70 RdNr 16; Nr 68 RdNr 19; Nr 58 RdNr 40; [BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 15). Der HVV der Beklagten sah für die Leistungen innerhalb des IV im Ersatzkassenbereich einen Punktwert von 0,040 Euro und im Primärkassenbereich von 0,033 Euro vor. Diese Vorgaben wurden im Quartal II/2005 eingehalten. Nach der von der Klägerin erstellten Auflistung der Punktwerte für die HNO-Ärzte in den Quartalen II/2005 bis IV/2008 wurde der obere Punktwert im Ersatzkassenbereich nur im Quartal III/2008 unterschritten, im Primärkassenbereich in insgesamt drei Quartalen (III/2007, III und IV/2008). Der Mindestpunktwert in Höhe von 10 % des festen Punktwertes des IV, dh im Ersatzkassenbereich mindestens 0,4 Cent und im Primärkassenbereich mindestens 0,33 Cent, mit dem das RV vergütet wurde, ist nach dieser Auflistung in keinem Quartal unterschritten worden.

22

Damit waren sowohl für die Leistungen im IV als auch für die Leistungen im RV feste Punktwerte gegeben. Die gesetzliche Vorgabe "fester" Punktwerte ist dabei einschränkend dahingehend zu interpretieren, dass es ausreicht, wenn die Gewährung eines festen Punktwerts dem Grunde nach sichergestellt ist und es nicht regelhaft zu einer Abweichung von diesem Grundsatz kommt ([BSGE 113, 298](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 76, RdNr 42; BSG Urteil vom 19.2.2014 - [B 6 KA 16/13 R](#) - Juris RdNr 44 mwN). Der Senat hat wiederholt dargelegt, dass die Festlegung "absolut" fester Punktwerte unter der Geltung einer gedeckelten Gesamtvergütung von vornherein ausgeschlossen ist, weil bei gedeckelter Gesamtvergütung die Vorgabe fester Punktwerte nur dadurch ermöglicht wird, dass entweder die RLV bzw Grenzwerte so (niedrig) bemessen werden, dass die gezahlten Gesamtvergütungen immer ausreichen, um alle erfassten Leistungen mit dem vorgesehenen Punktwert zu vergüten, oder dass dies zu einem immer weiter sinkenden Punktwert für die "freien Leistungen" führen müsste (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 40-41; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 70 RdNr 33). Ein gewisses Floten der Punktwerte ist nicht zu vermeiden; das System der RLV bei begrenzter Gesamtvergütung setzt vielmehr eine Quotierung voraus (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 40-41 unter Hinweis auf BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 61 RdNr 16; ebenso BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 70 RdNr 33). Dass sich, wie die Klägerin bemängelt, für die einzelnen Arztgruppen unterschiedliche Punktwerte ergaben, folgt daraus, dass für die einzelnen Fachgruppen Honorartöpfe gebildet waren. Die Bildung von Honorartöpfen ist aber auch im System der Vergütung nach RLV zulässig (vgl [BSGE 113, 298](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 76, RdNr 19; zuletzt BSG Urteil vom 25.3.2015 - [B 6 KA 13/14 R](#) - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen).

23

Ist mithin die Systematik der IV als zulässige Fortführung bisheriger Steuerungsinstrumente zu sehen, ist unerheblich, dass der HVV keinen Aufschlag für Gemeinschaftspraxen vorsah, wie er im Teil III Nr 3.2.2 BRLV geregelt war. Aus Teil III Nr 2.2 des Beschlusses des BewA ergibt sich, dass die Bestimmungen zu den RLV keine Anwendung finden, wenn in zulässiger Weise vorhandene Steuerungsinstrumente fortgeführt werden (vgl [BSGE 105, 236](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 53, RdNr 23; Nr 58 RdNr 21). Aus diesem Grund ist auch nicht zu beanstanden, dass der HVV die in Abschnitt III Nr 4.1 BRLV genannten Leistungen nicht aus dem IV ausgenommen hat. Im Übrigen enthält auch der hier maßgebliche HVV eine Liste von Leistungen, die vorab vergütet werden. Hierzu zählte etwa die Vergütung der im organisierten Notfallvertretungsdienst erbrachten Leistungen, die auch nach dem BRLV nicht dem RLV unterliegt. Soweit die Klägerin beanstandet, dass, anders als der BRLV dies für die RLV vorsieht, die belegärztlichen Leistungen dem IV unterliegen, begründet dies keinen Rechtsverstoß, weil ein rechtliches Gebot, die belegärztliche Tätigkeit stets außerhalb von Mengenbegrenzungsregelungen zu vergüten, nicht ersichtlich ist (vgl BSG SozR 4-2500 § 121 Nr 4 RdNr 21 ff).

24

Soweit die Klägerin vorträgt, "vergleichbare Steuerungsinstrumente" hätten nur bis zum 31.12.2005 fortgeführt werden dürfen, spielt dies für das streitbefangene Quartal keine Rolle. Im Übrigen ist die im Beschluss vom 29.10.2004 getroffene Regelung vom BewA in der Folgezeit verlängert worden (vgl für 2006: Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 16.12.2005, DÄ 2006, A 71 f).

25

3. Soweit die Klägerin geltend macht, es müsse für sie eine Härtefallregelung Anwendung finden, ist zunächst festzustellen, dass sie einen entsprechenden Antrag nicht gestellt hat. Ausdrücklich hat sie vielmehr die Änderung ihres Anpassungsfaktors beantragt. Insofern sind die Vorinstanzen zu Recht davon ausgegangen, dass der Anpassungsfaktor nur einer von zahlreichen Faktoren für die Honorarberechnung ist, die grundsätzlich nicht isoliert angefochten werden können (vgl BSG [SozR 4-2500 § 87 Nr 3](#) RdNr 11). In Anbetracht der durch den HVV vorgegebenen Berechnung des Anpassungsfaktors hat die Beklagte den Antrag als auf eine "Ausnahmeregelung" gerichtet interpretiert und eine solche mit Bescheid vom 14.11.2005 abgelehnt. Gleichzeitig hat sie die Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung ausgesetzt. Einen Anspruch auf eine weitergehende begünstigende Regelung hat die Beklagte zu Recht verneint. Die Praxisstruktur der Klägerin mit einem

überdurchschnittlichen Gesamtpunktzahlvolumen (vgl zu diesem Kriterium für die Annahme eines hohen Anteils an Spezialleistungen BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 66 RdNr 23) wird - wenn auch nur grob - durch die Anwendung des leistungsbezogenen Anpassungsfaktors nachvollzogen.

26

Die weitere Berücksichtigung von "Praxisbesonderheiten", die die Klägerin im Übrigen nicht hinreichend anhand von Diagnosen spezifiziert hat, würde sich vom Konzept der RLV, wie es der Beschluss des BewA vom 29.10.2004 enthält, noch weiter entfernen. Die Annahme eines Härtefalles kommt nach der Rechtsprechung des Senats, soweit besondere Versorgungsstrukturen bereits grundsätzlich berücksichtigt werden, außerdem nur noch im seltenen Ausnahmefall in Betracht, wenn trotz entsprechender Mechanismen im HVV durch Umstände, die der Vertragsarzt nicht zu vertreten hat, ein unabweisbarer Stützungsbedarf entsteht (vgl SozR 4-2500 § 85 Nr 69 RdNr 25; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 66 RdNr 29). Es müssten sowohl die wirtschaftliche Existenz der Praxis gefährdet sein als auch ein spezifischer Sicherstellungsbedarf bestehen (vgl [BSGE 96, 53](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 23](#), RdNr 40; BSG Beschlüsse vom 28.10.2009 - [B 6 KA 50/08 B](#) - RdNr 11 und vom 8.12.2010 - [B 6 KA 32/10 B](#) - RdNr 17 f; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 66 RdNr 29 mwN). Ansonsten könnten allenfalls noch gravierende Verwerfungen der regionalen Versorgungsstruktur zur Anerkennung einer Härte führen (vgl [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#), RdNr 148 f: Einziger auch konventionell arbeitender Radiologe im Landkreis). Für eine solche Situation fehlt es hier, nicht zuletzt im Hinblick auf das überdurchschnittliche Honorar, an jedem Anhaltspunkt.

27

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) iVm einer entsprechenden Anwendung der [§§ 154 ff VwGO](#). Danach hat die Klägerin auch die Kosten des Revisionsverfahrens zu tragen, weil sie unterlegen ist ([§ 154 Abs 1 VwGO](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2016-04-14